



HAL
open science

Le point de vue des internes de médecine générale concernant les demandes injustifiées : étude qualitative auprès des internes de la faculté de Montpellier-Nîmes

Aurélie Bernon

► To cite this version:

Aurélie Bernon. Le point de vue des internes de médecine générale concernant les demandes injustifiées : étude qualitative auprès des internes de la faculté de Montpellier-Nîmes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02940160

HAL Id: dumas-02940160

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02940160>

Submitted on 16 Sep 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

BERNON Aurélie

Le 12 décembre 2019

**Le point de vue des internes de médecine générale concernant les demandes
injustifiées : étude qualitative auprès des internes de la faculté de Montpellier-Nîmes**

Directeur de thèse : Professeur Philippe LAMBERT

Jury

Président

Monsieur le Professeur LAMBERT Philippe : Professeur des Universités, Médecine Générale

Assesseurs

Monsieur le Professeur MORIN Denis : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Madame le Docteur REBOUL Marie-Catherine : Maître de Conférence associé, Médecine générale

Madame le Docteur LACOSTE Anne-Sophie : Docteur en médecine, Médecine générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre

BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	THEVENET André
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MICHEL François-Bernard	VISIER Jean Pierre
DEMAILLE Jacques	MICHEL Henri	
DESCOMPS Bernard		
DIMEGLIO Alain		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MAURY Michèle
BLANC François	MILLAT Bertrand
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry
BOURREL Gérard	MONNIER Louis
BRINGER Jacques	PREFAUT Christian
CLAUSTRES Mireille	PUJOL Rémy
DAURES Jean-Pierre	SULTAN Charles
DAUZAT Michel	TOUCHON Jacques
DEDET Jean-Pierre	VOISIN Michel
ELEDJAM Jean-Jacques	ZANCA Michel
GUERRIER Bernard	
JOURDAN Jacques	
MARES Pierre	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie

CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie

CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion

CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie

DE VOS John – Cytologie et histologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie

GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie

HAYOT Maurice - Physiologie

KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel-Génétique moléculaire

LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation

DAIEN Vincent-Ophtalmologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -

DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation

FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie

FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique

GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas-Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric-Rhumatologie

MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier-Néphrologie

NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NOCCA David-Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio-Chirurgie générale

PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie

POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie

ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques

ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François-Cardiologie

SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUICHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT,

Pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider ce jury et pour avoir accepté de diriger cette thèse.

Je le remercie pour ses précieux conseils lors de la rédaction de cette thèse ainsi que pour tout ce qu'il m'a appris lors des groupes d'échanges pratiques et tutorés. J'ai pu, grâce à ces recommandations, faire évoluer ma communication avec les patients et exercer de façon plus sereine.

A Monsieur le professeur Denis MORIN,

Pour l'honneur qu'il me fait d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Qu'il veuille bien recevoir mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Marie-Catherine REBOUL

Pour avoir accepté de siéger dans ce jury.

Qu'elle veuille accepter l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Anne Sophie LACOSTE

Pour avoir accepté de juger mon travail.

Pour cette année passée en stage auprès d'elle.

Sa bienveillance et son empathie sont une source d'inspiration. J'ai été heureuse de pouvoir passer ces moments auprès d'elle.

Je la remercie respectueusement pour tout ce qu'elle m'a apporté.

A mes parents,

De m'avoir soutenue et supportée toutes ces difficiles années ... Si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à eux. Merci de m'avoir donné les outils nécessaires pour construire ce que j'ai aujourd'hui. Et merci d'être les grands parents que vous êtes. Je vous en serai éternellement reconnaissante.

A Florentin,

Pour tout le bonheur et l'amour qu'il m'apporte au quotidien. Pour le plus beau cadeau qu'il m'a fait. Pour son soutien et son amour sans faille. Pour le fabuleux père qu'il est devenu. Pour la perle rare qu'il représente. Je le remercie du plus profond de mon cœur.

A Eléna,

Ce petit être qui a changé ma vie à jamais ce 22 juin 2019. Elle qui m'a accompagnée dans la rédaction de cette thèse, qui a subi mes angoisses et mes doutes. Ma fille qui m'apporte tant d'amour au quotidien... Elle est ma plus grande fierté. Aucun mot ne peut décrire la profondeur de mon amour pour elle. En espérant la rendre heureuse et fière chaque jour.

A ma sœur Sylvie,

Parce qu'il y a des grandes sœurs et il y a LA grande sœur. 17 ans d'écart je trouve ça vraiment bien. Merci pour tous ces souvenirs qu'ils soient parisiens ou colletains et pour ceux à venir, de m'avoir soutenue à chaque instant depuis nos retrouvailles, de m'avoir accueillie comme sa fille en vacances ou en week-end. Je remercie également son mari Olivier, et ses quatre enfants Coralie, Alexandre, Estelle et Clélia pour tous ces moments partagés.

A mon frère Thibaut,

Pour son soutien et le super tonton qu'il est devenu.

A Cathy, Eric et Maryse,

Pour la relecture et pour les moments passés et à venir.

A mes amies d'enfance, beaucoup trop loin

Jessica D.

Pour tous ces moments partagés. Elle qui a toujours été là dans les pires comme dans les meilleurs moments. Lattes, ce petit coin de paradis où j'adorais passer ces moments avec elle. Elle est un exemple de réussite pour moi. Je la remercie pour tout ce qu'elle représente. Une amie, une sœur, une cousine, ...

Elodie

Parce que même avec la distance, elle a toujours su être là. Pour ce long chemin parcouru depuis le premier jour de mon arrivée dans cette classe de CE2. Je n'oublierai jamais son accueil et son aide. Pour tout ce que l'on a vécu et que l'on continuera de vivre.

Jessica L

Pour l'exemple de maman merveilleuse qu'elle est devenue. Pour son soutien et ses conseils rassurants et bienveillants.

A Florianne et Julie,

Mes plus vieilles copines de médecine. Pour ces deux P1 passées ensemble. Elles ont été un accompagnement en or. A nos souvenirs parisiens entre les deux quadrimestres, et nos souvenirs de soirée. J'espère que l'on pourra revivre ces moments toutes les trois.

A Sami,

Pour les sous colles du dimanche de D4, pour les balades en vélo et pour sa gentillesse extrême. Son retour me fait espérer le voir plus souvent.

A la coloc perpignanaise, Alexis, Hélène, Fabian, Julien, Diane, Laureline,

Pour ce premier semestre en votre compagnie et tous les moments passés ensemble. Ce semestre n'aurait pas été le même sans eux.

A Irène

Pour la relecture et pour tout ce que l'on partage. La distance ne sera pas un frein à la poursuite de nos aventures.

A Yves, Anne-So, Carine, Eve et Lucas

Pour ces 2 semestres passés en leur compagnie. Les deux meilleurs semestres de mon internat et les 2 meilleurs stages. Merci pour tout ce qu'ils m'ont transmis et pour tous les conseils qu'ils m'ont donnés. Et merci Yves pour la découverte de Sète en visite. Ils ont su me faire adorer cette ville et y avoir que de bons souvenirs.

A Rudy, Marion, Clara et Marjorie

Pour leur accueil lors des remplacements et leur aide lors des consultations. Je comprends l'envie irrésistible de Florentin de s'installer avec eux.

A Juliette,

Ma « cheffe » de dernier semestre, à tous les fous rires que l'on a vécus. Mais surtout à cette année 2019 et au partage de l'évènement le plus important de notre vie. Je n'oublierai jamais ces 9 mois à se « suivre » et l'expérience partagée.

A Thomas, Julien, Nicolas,

Pour les balades en bateau et les soirées à la maison.

Au Docteur David Costa,

Pour le premier contact avec la médecine générale qui m'a permis de continuer dans cette voie et qui m'a empêché d'abandonner. Je le remercie pour sa patience et son aide.

A la mémoire de mes grands-parents.

Table des matières

I/ INTRODUCTION.....	22
A/ Contexte	22
B/ Les demandes injustifiées et leur conséquences	22
a/ Les demandes injustifiées	22
b/ Les conséquences sur les professionnels de santé.....	23
C/ La formation.....	23
a/ Apprendre à dire non.....	23
b/ La formation des Internes de Médecine Générale.....	24
C/ Les nouveautés dans la formation médicale	25
II/ MATERIELS ET METHODES.....	25
A/ Type d'étude.....	25
B/ Population et recrutement.....	26
C/ Recueil de données.....	26
1/ Entretiens semi-structurés.....	26
2/ Le déroulement des entretiens.....	27
D/ Analyse des données.....	27
1/ Retranscription des entretiens	27
2/ Analyse des données	28
III/ RESULTATS	28
A/ Population	28
B/ Recueil des données	29
C/ Arbres thématiques	30
1/ Les demandes injustifiées.....	30
2/ Les difficultés des internes face au refus.....	32
3/ Les conséquences négatives de ces demandes sur les internes de médecine générale.....	36
4/ Stratégies de refus des internes de médecine générale.....	40
5/ La compréhension.....	42
6/ L'expérience.....	43
7/ Les perspectives de la formation médicale.....	45
IV/ Discussion	47
A/ Les forces de l'étude.....	47
B/ Les limites de l'étude.....	48
C/ Synthèse des résultats	49
1/ Céder aux demandes injustifiées.....	49

2/ Le risque de burn-out.....	50
3/ Ne pas céder aux demandes	51
4/ L'entretien motivationnel	52
5/ La formation actuelle	53
6/ La simulation	54
D/ Le scénario de simulation	55
1/ Déroulement d'une simulation	55
2/ Les points importants à développer	56
V/ Conclusion	57
VI / Annexes	57
A / Guides d'entretien.....	58
1/ Première version utilisée au cours des trois premiers entretiens.....	58
2/Deuxième version utilisée pour les sept autres entretiens	58
B/ Entretiens.....	59
C/ Arbres thématiques	59
1/ Les demandes injustifiées	60
2/ Les difficultés des internes face au refus.....	61
3/ Les conséquences négatives de ces demandes sur les internes de médecine générale.....	62
4/ Stratégies de refus	63
5/ L'expérience	64
6/ Perspective de la formation médicale	65
VII/ Références bibliographiques	66

Table des illustrations

Figure 1 : Les demandes injustifiées	30
Figure 2 : Les difficultés des internes face au refus	32
Figure 3 : Les conséquences négatives sur les internes de médecine générale	37
Figure 4 : Stratégies de refus des internes de médecine générale	40
Figure 5 : L'expérience.....	43
Figure 6 : Les perspectives de la formation médicale	45

I/ INTRODUCTION

A/ Contexte

« Et j'en profite d'être là, je souhaiterais un certificat médical qui indique que je n'ai pas de contre-indication physique et psychologique pour partir en voyage. Par contre, il faut que vous me le datiez comme si vous me l'aviez rédigé dans 15 jours sinon il ne sera pas valable, il sera daté de trop tôt, et je n'ai pas envie de revenir et de repayer une consultation pour ça... »

Cette idée de thèse est partie de cette mauvaise expérience, où le refus de ma part à accéder à cette demande, a été vécu par ce patient comme de la mauvaise volonté et comme un affront. Allant jusqu'à se plaindre auprès de mon maître de stage de la réponse négative que je lui avais formulée. Malgré le soutien de celui-ci, je me suis retrouvée vexée, blessée et surtout rabaissée par ce comportement.

Cet exemple a été pour moi le plus marquant, de par les conséquences que cette réaction a eu sur moi.

Cependant, tous les jours, nous sommes confrontés à des demandes diverses que nous trouvons injustifiées. J'ai voulu explorer et comprendre, à travers cette thèse, le point de vue des Internes de Médecine Générale de la faculté de Montpellier-Nîmes concernant les demandes paraissant injustifiées les plus fréquemment rencontrées, et dans un deuxième temps, proposer une ébauche de scénario de simulation afin de former et d'aider les étudiants à mieux gérer ces situations parfois difficiles et mal vécues.

B/ Les demandes injustifiées et leur conséquences

a/ Les demandes injustifiées

Les demandes injustifiées sont fréquemment rencontrées en consultation de médecine générale. Bien que difficile à quantifier, une étude réalisée en 2004 auprès de 14 médecins

généralistes par G. Levasseur rapporte que sur une semaine 7% des consultations contenaient des demandes non fondées(1).

Il s'agit d'une entité très subjective correspondant à une demande que le médecin peut trouver abusive et démesurée par rapport au contexte. Elles dépendent du médecin et de sa perception de la situation(2).

La réponse formulée à cette requête, qu'elle soit positive ou négative, ne modifie pas le caractère jugé non fondé de cette réclamation par le médecin(2).

b/ Les conséquences sur les professionnels de santé

Les demandes injustifiées ont un impact négatif d'un point de vue personnel et professionnel sur le médecin.

D'un point de vue professionnel, le médecin peut ressentir un sentiment de dévalorisation en se représentant comme un simple dispensateur de soin, entraînant une insatisfaction personnelle avec une perte d'intérêt pour le travail(2).

D'un point de vue personnel, ces demandes et l'énergie dépensée pour y répondre, peuvent entraîner le professionnel de santé à rapporter ces soucis à son domicile(2) et créer un impact négatif sur sa vie de famille.

Les difficultés à dire « non » à ces requêtes peuvent même amener le médecin au burn-out(3). Il est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme un « épuisement professionnel, un syndrome conceptualisé résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré »(4).

C/ La formation

a/ Apprendre à dire non

Carl Roger a expliqué les 3 attitudes nécessaires à l'établissement d'une relation d'aide centrée sur le patient : l'empathie ou la capacité à comprendre l'autre, la considération positive

inconditionnelle ou la capacité de ne pas juger l'autre, et la congruence ou être en accord avec soi-même(5).

L'évolution de la relation médecin-patient met le patient au centre des décisions avec parfois des désaccords avec son médecin traitant(6).

Formuler une réponse négative, à une demande nous paraissant injustifiée, nous permettrait de donner plus de valeur aux réponses positives et contribuerait à nous protéger(3).

Des recherches réalisées auprès de médecins généralistes en 2016 par E. Gerbaud et AC. Julien s'intéressant aux difficultés de refus des demandes injustifiées, soulignent la nécessité d'une formation pour apprendre à dire « non »(7).

b/ La formation des Internes de Médecine Générale

1/ La formation pratique

La réforme du troisième cycle des études de médecine implique l'obligation de réaliser deux stages ambulatoires pendant le Diplôme d'Etudes Spécialisé (DES) de médecine générale. Le stage ambulatoire de niveau 1 se réalise la première année d'internat et le Stage Ambulatoire en Soins Primaires et en Autonomie Supervisée (SASPAS), la troisième année d'internat.

Au cours de leurs stages, les internes de Médecine Générale se retrouvent très souvent en difficulté pour dire « non » à des demandes injustifiées(8).

2/ La formation théorique

Des recherches réalisées auprès de médecins généralistes en 2016, s'intéressant aux difficultés de refus des demandes injustifiées, soulignent la nécessité d'une formation pour apprendre à dire « non »(7).

Une thèse réalisée auprès d'internes de médecine générale parisiens, sur leurs difficultés à refuser des demandes non fondées, met en évidence leur demande à être mieux préparés à ces situations par des cours ou des jeux de rôle. L'expérience jouait pour eux un rôle prépondérant dans des réponses négatives plus sereines(9).

C/ Les nouveautés dans la formation médicale

La formation médicale est en cours de changement : la nouvelle faculté de Montpellier, inaugurée en 2017, offre un laboratoire de simulation permettant aux étudiants de se confronter à des situations au plus proche du réel(10).

L'élaboration et la mise en pratique d'une simulation basée sur les demandes injustifiées fréquemment rencontrées par les internes de médecine générale permettraient aux étudiants en première ou deuxième année de DES de mieux appréhender, de mieux répondre et d'avoir une première expérience face à ces demandes injustifiées avant le stage ambulatoire en autonomie supervisée (SASPAS) et le début des remplacements.

II/ MATERIELS ET METHODES

A/ Type d'étude

Le type d'étude utilisé pour cette thèse est une étude qualitative. Cette recherche est issue des sciences humaines et sociales. Elle permet d'étudier les représentations et les comportements des acteurs du système de soins(11). La méthode d'analyse des données consiste en une analyse thématique et par catégories conceptualisantes des entretiens. La recherche qualitative permet de développer des travaux de recherche sur la compréhension des phénomènes de santé en soins primaires(12). Ce type d'étude était le plus à même d'explorer le point de vue des internes de médecine générale concernant les demandes paraissant injustifiées.

B/ Population et recrutement

Les internes ont été recrutés sur la base du volontariat. Ils faisaient partie au départ de connaissances proches, puis par la suite, ils ont été choisis sur des demandes faites lors de cours au sein de la faculté ou lors des groupes d'échanges pratiques et tutorés. L'échantillonnage a été orienté(13) : après plusieurs entretiens, il ne paraissait pas pertinent d'inclure dans cette étude les étudiants en première année d'internat, qui eux mêmes lors du recrutement m'ont exprimée leur manque d'expérience pour répondre à mes questions. Les étudiants pris pour cette étude étaient donc au minimum en deuxième année d'internat. Ceux ayant fini leur cursus mais n'ayant pas encore passé leur thèse ont également été inclus.

Les internes ont été contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous pour les entretiens. Ils faisaient tous partie de la faculté de Montpellier-Nîmes.

C/ Recueil de données

1/ Entretiens semi-structurés

a/ Choix de l'entretien semi-structuré

L'entretien semi-directif individuel a été choisi pour cette étude. Il nous a permis d'établir une liste de thème à aborder auprès des participants. C'est un entretien ouvert. L'entretien libre ne nous aurait pas permis de nous centrer sur notre question de recherche, le risque étant l'égarement du participant au cours de la discussion. L'entretien directif se fonde sur une liste de questions fermées : il est le plus utilisé en recherche quantitative(12).

b/ Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir de questions ouvertes représentant les objectifs de l'étude. Il a été validé par le directeur de thèse (Pr LAMBERT Philippe), expert en analyse qualitative, avant la première interview.

Les premiers entretiens ont été faits à partir de ce guide. Des questions de relance ont dû être utilisées afin de préciser certains points de vue exprimés par les internes.

Après trois entretiens, nous avons procédé à des modifications de ce guide. Certaines questions n'étaient pas comprises par les participants ou semblaient imprécises dans leur intitulé avec la nécessité au cours de ces trois premières interviews de reformuler les questions en cours d'entretien. Le deuxième guide utilisé a été validé par Le Pr LAMBERT Philippe. Les deux versions de ce guide sont présentées dans les annexes.

2/ Le déroulement des entretiens

Les entretiens se déroulaient en face à face. Ils étaient réalisés dans un endroit neutre, au calme. Les lieux étaient changeants en fonction des participants : bureaux au sein d'un centre hospitalier ou au sein du département de médecine générale, salle de cours, enceinte de groupe d'échange pratique et tutoré (GEPT), ...

Les internes de médecine générale ont été enregistrés après leur accord. Le caractère anonyme de l'entretien a été précisé à chaque participant ainsi que l'anonymisation des noms qui pouvaient ressortir de cette interview. Le matériel utilisé était un Iphone 6S® ainsi qu'un Samsung Galaxy S9®. Ils étaient réalisés par une enquêtrice (Aurélie BERNON).

D/ Analyse des données

1/ Retranscription des entretiens

Le logiciel de retranscription des entretiens utilisé est Microsoft Office® avec le format Word. Tous les entretiens ont été retranscrits au mot près. Les langages non verbaux ont été utilisés (blancs, rires, ...) afin de s'approcher le plus possible de l'entretien oral. Chaque entretien constitue donc un verbatim que nous noterons d'E1 à E10. Les entretiens sont disponibles en annexe.

2/ Analyse des données

Une analyse thématique et par catégories conceptualisantes a été réalisée sur ces entretiens. Il était nécessaire d'arriver à saturation des données qui se définit par l'absence de nouveaux concepts recueillis après analyse des verbatims. Après être arrivé à saturation des données, deux entretiens supplémentaires ont été nécessaires afin de confirmer l'absence de nouveaux éléments.

L'analyse des entretiens a été faite après chaque retranscription en verbatim.

Une triangulation partielle des données a été réalisée : elle consiste en un croisement d'analyse de deux chercheurs (Aurélie BERNON et Pr Philippe LAMBERT).

III/ RESULTATS

A/ Population

Les internes de médecine générale recrutés étaient en majorité de sexe féminin (7 entretiens sur les 10 réalisés). Le panel des internes recrutés correspondait au pourcentage homme/femme des internes poursuivant des études médicales(14).

Les DES 3 étaient majoritaires : 7 entretiens sur 10. Les DES 1 ont été exclus du recrutement : après concertation avec le Professeur Lambert et avoir sollicité ces étudiants aux entretiens, il a été conclu que le manque d'expérience ne leur permettrait pas d'avoir un recul suffisant pour répondre aux questions posées. En effet, ils étaient en cours de réalisation de leur premier stage et la moitié d'entre eux n'était pas en stage chez le praticien.

Les âges des participants au moment de l'enquête se situaient entre 24 et 28 ans avec une moyenne de 26,6 ans.

Tableau 1 : Caractéristique de la population

E	SEXE	AGE	ANNEE D'ETUDE
E1	Féminin	28 ans	DES 3
E2	Masculin	28 ans	DES 3
E3	Féminin	27 ans	DES 3
E4	Féminin	26 ans	DES 3
E5	Féminin	25 ans	DES 2
E6	Féminin	27 ans	DES 3
E7	Masculin	28 ans	DES 3
E8	Féminin	24 ans	DES 2
E9	Féminin	27 ans	DES 3
E10	Masculin	26 ans	DES 2

B/ Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés du 10 octobre 2018 au 19 février 2019. La durée des entretiens variait de onze minutes à trente et une minutes avec une moyenne de vingt minutes. Nous sommes arrivés à saturation des données au bout de huit entretiens. Nous avons donc réalisé deux entretiens supplémentaires afin de nous assurer de l'absence de nouvelle donnée.

C/ Arbres thématiques

1/ Les demandes injustifiées

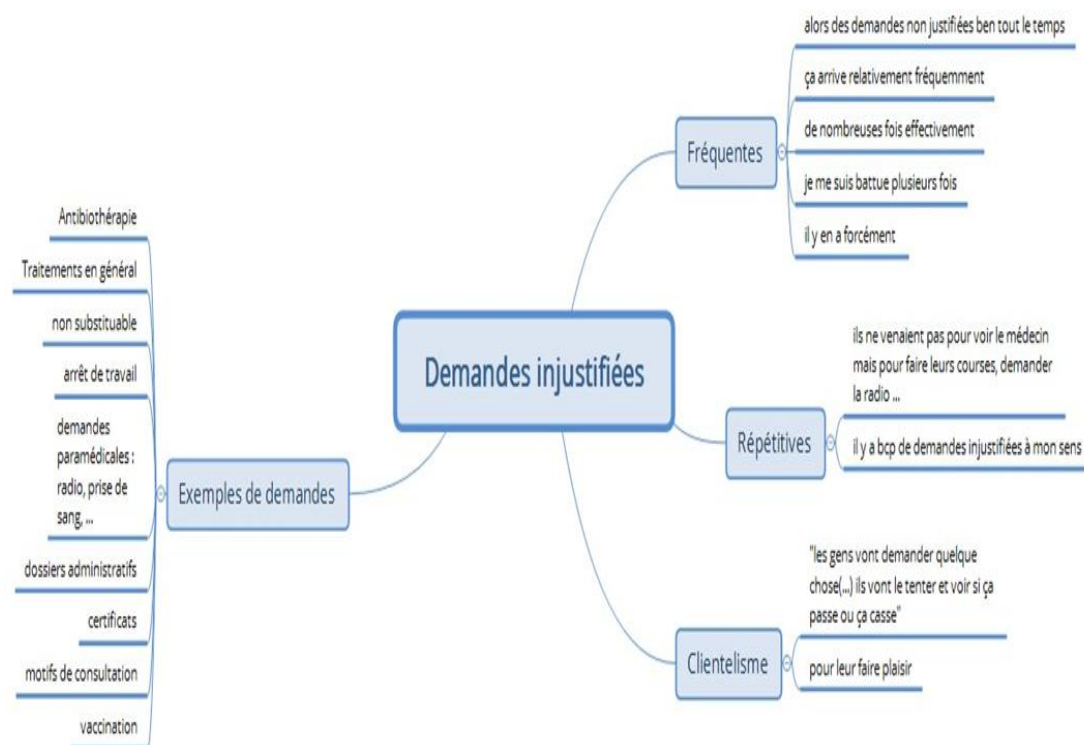


Figure 1 : Les demandes injustifiées

a/ Des demandes fréquemment rencontrées et jugées clientélistes

Les demandes jugées injustifiées par les internes de médecine générale se retrouvent fréquemment dans les consultations auxquelles ils ont assisté ou qu'ils ont pu mener : « *il y a beaucoup de demandes injustifiées à mon sens* » E7, « *de nombreuses fois effectivement* » E7, « *en stage prat, il y en a forcément* » E10, « *je me suis battue plusieurs fois effectivement* » E9.

Ces demandes sont jugées clientélistes : « *accepter cette demande et que le patient soit content* » E8, « *ne pas répondre à la demande est moins important que la satisfaction du patient* » E8, « *ils vont tenter et voir si ça passe ou ça casse* » E8, « *je n'ai pas envie de leur*

prescrire tout et n'importe quoi pour leur faire plaisir » E9, « le médecin qui prescrit ce que le patient demande, ce n'est pas très cohérent » E10.

b/ Exemples de demandes

Les différents entretiens réalisés nous ont montré que les exemples de demandes étaient répétitifs.

On retrouve :

- Les traitements : les demandes d'antibiothérapie, « la liste de courses », le non substituable.
- L'administratif avec les demandes de certificats médicaux et les dossiers administratifs en général.
- Les arrêts de travail.
- Les demandes paramédicales : imagerie, prise de sang, kinésithérapie.

2/ Les difficultés des internes face au refus

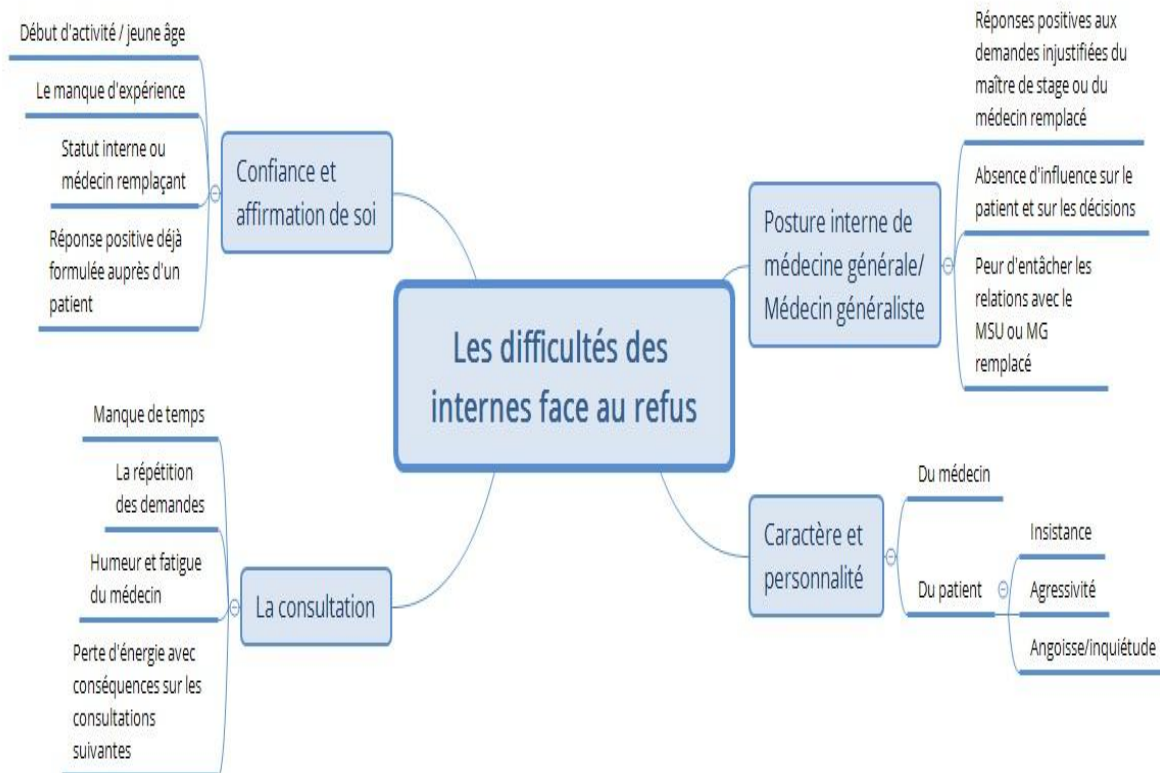


Figure 2 : Les difficultés des internes face au refus

a/ Posture interne de médecine générale/ médecin généraliste

La première difficulté rapportée par les internes de médecine générale est la posture et le positionnement par rapport au maître de stage ou au médecin remplacé le cas échéant.

Il est plus difficile pour eux de se placer dans une position de médecin et d'affirmer leur décision lorsque le maître de stage ou le médecin remplacé répond positivement aux demandes qu'ils jugent injustifiées. « Je savais qu'il le faisait forcément » E1, « ce qui m'a empêché de dire non (...) c'est surtout le médecin avec qui j'étais » E1, « on est obligé de s'adapter au médecin que l'on remplace » E2, « on s'adapte aux pratiques des médecins que l'on remplace » E4, « tu te sens mal en tant qu'interne de leur dire « ben non moi je ne le fais pas »... » E5, « j'ai accepté l'arrêt de travail parce que le médecin généraliste (MG) avec qui je suis a accepté l'arrêt de travail » E6, « lui me le fait » E2.

Ils ont l'impression d'avoir moins d'influence sur le patient et sur les décisions. « *Et là du coup c'est plus difficile d'exposer son point de vue et d'être cru* » E7, « *si on ne prescrit pas la même chose c'est qu'on n'y connaît rien* » E7, « *peut-être parce qu'en tant qu'interne ils se disent qu'ils vont plus y arriver* » E9, « *il n'aurait jamais osé faire ça avec un médecin référent* » E9, « *on ne peut pas vraiment dire non* » 1, « *on leur dit que nous on ne ferait pas mais on prescrit quand même* » E4.

Deux des entretiens réalisés rapportent la peur de salir la relation avec le médecin généraliste référent : « *ça peut entacher la relation qu'on a avec le médecin* » E2, « *si après il va voir le médecin "ah ben elle a dit non alors que vous me le faites tout le temps"* » E1.

b/ Caractères et personnalités

Les internes de médecine générale rapportent pour la plupart des difficultés face à ces demandes à cause de leur caractère et leur personnalité mais également ceux du patient face à eux : « *je pense que le caractère du médecin ça joue beaucoup* » E10, « *tu sais tu ne peux pas toujours dire non* » E10, « *en face de toi quelqu'un qui n'est pas réceptif* » E9.

Pour la plupart, il est difficile de s'affirmer : « *oui je le sais mais je le fais quand même* » E1, « *c'est compliqué de dire non* » E2, « *c'était totalement injustifié sur le plan thérapeutique, sur le plan de la durée... Je n'ai pas réussi à lui en faire démordre* » E7, « *donc au final j'en viens quand même à prescrire* » E8.

Le patient face à eux joue un rôle prépondérant dans les difficultés au refus, de par son comportement mais également son caractère : « *ça dépend du patient que j'ai en face de moi* » E5, « *si je le fais c'est vraiment les personnes pour lesquelles je ne m'en sors pas, je craque pour ça* » E1, « *il comprend ça se passe relativement bien. Quelqu'un de borné le ton monte* » E2, « *en face de toi quelqu'un qui n'est pas réceptif* » E9, « *l'attitude du patient en face de toi est difficile* » E9.

L'insistance et l'agressivité du patient se retrouvent dans plusieurs entretiens : la sensation d'insécurité va accélérer la réponse positive à la demande : « *si le patient est agressif, si un mec se pointe avec des gros bras, tu ne peux pas lui dire non* » E5, « *leur demande peut être assez agressive* » E9, « *quand tu leur dis « non » au départ ils insistent* » E9, « *ils ont réussi*

à le faire céder sur certaines choses » E7, « la persévérance face à cette demande » E8, « un fort caractère ou un patient un peu embêtant (...) j'aurais plus de mal à dire non » E3.

A l'inverse, certains internes rapportent que le fait de se sentir rabaissé par le patient va les aider dans la démarche de la réponse négative : « moi je trouvais que la demande, au-delà d'être abusive, il ne me l'avait pas demandé respectueusement » E9, « j'avais vraiment l'impression qu'il s'était foutu de moi » E9.

Trois interviews réalisées nous montrent que certains internes vont avoir plus tendance à céder à ces demandes à cause de l'inquiétude des patients en face d'eux, dans le but de les soulager et de soulager leurs angoisses: « ce qui aurait pu me laisser céder, c'est l'inquiétude de la patiente » E8, « les gens partent mécontents avec l'impression de ne pas avoir été compris entendus et bien soignés » E4, « je me suis dit que le traitement de base, ce n'était pas si embêtant que ça » E3.

Au cours des entretiens, nous avons également pu constater que certains internes étaient moins en difficulté pour répondre négativement aux demandes qui leur semblaient injustifiées par leur force de caractère ou par le caractère du praticien chez qui ils étaient en stage : « je ne suis peut être parfois pas très diplomate mais parfois on est obligé d'être ferme » E10, « je pense qu'un médecin doit avoir de la personnalité » E10, « après je sais que dans la pratique c'est un peu mon défaut, je suis un peu brut de décoffrage » E10, « la prat que j'avais était assez ferme » E9, « mon prat actuel ne l'aurait jamais fait » E9, « oui mais moi ça a changé, je ferai comme ça » E5.

c/ La confiance et l'affirmation de soi

Toutes les interviews réalisées, sans exception, rapportent la notion de confiance en soi et d'affirmation de soi. Quelle que soit l'année de DES, ils entraînent des difficultés pour les internes de formuler des réponses négatives aux demandes qu'ils jugent injustifiées.

Le fait de débiter et d'être jeune les empêche de répondre non: « c'est compliqué de dire non quand on est jeune et quand on débute » E2, « en tant que jeune médecin (...) pas apte à dire non » E3, « le fait de dire non et de vraiment insister ils iraient voir ailleurs [...] quelqu'un

avec peut-être plus de personnalité et plus de poigne, enfin plus de charisme que nous internes" E1, « des fois au début on cède un peu à certaines demandes » E4.

Le manque d'expérience est vécu comme un frein avec la peur des conséquences que cela peut avoir : *« pas assez sûr de soi » E2, « doute sur ma propre expérience » E3, « peur de se tromper » E3, « peur de passer à côté » E3, « on ne peut pas se permettre de passer à côté de quelque chose de grave » E4, « à l'inverse si tu n'as pas de justification, ou si tu ne sais pas comment t'y prendre c'est plus facile de dire oui » E9.*

A l'inverse, l'expérience permettrait de mieux s'affirmer : *« plus on prend d'expérience, plus on en voit, plus on arrive à s'en débarrasser » E2, « avec l'expérience, je suis plus convaincant, plus sûr de moi » E2, « où je suis vraiment sûr de moi ça va être plus facile » E3, « tu te sens plus légitime la dixième fois de dire non » E9, « au fur et à mesure tu es forcément beaucoup plus à l'aise » E9, « après je pense qu'avec le temps, ton discours est de mieux en mieux rodé et tu es de plus en plus à l'aise pour répondre à ces demandes » E9, « au fur et à mesure tu es forcément plus à l'aise » E9.*

Une réponse positive formulée empêcherait de répondre non aux patients lors des demandes suivantes : *« ils ne vont pas comprendre qu'on leur dise non (...) surtout si c'est toi qui leur a dit oui au début » E6, « si on a déjà dit oui à une personne c'est difficile de lui dire non la fois d'après » E6.*

La notion de confiance et d'affirmation de soi représente une part importante de la consultation. Elles sont nécessaires au bon déroulement de celle-ci. Le statut d'interne ou de médecin remplaçant le cas échéant joue un rôle prépondérant : *« ne pas me laisser marcher sur les pieds autant que ce que je fais maintenant » E7, « enfin c'est vrai que moi toute seule je ne l'aurais pas fait » E5, « je vais essayer de faire en sorte de m'affirmer » E1.*

d/ La consultation

Les conditions de la consultation médicale et de la journée passée au cabinet ont un impact sur ces demandes. L'humeur du médecin joue également dans la réponse à ces demandes.

Les demandes injustifiées seront plus acceptées par les médecins lorsqu'ils manquent de temps : « *ce qui fait dire oui c'est le temps* » E5, « *enfin t'as pas le temps de négocier, tu prescrist* » E5, « *enfin si tu as 20 minutes de retard, ça va commencer à s'empiler, tu vas dire oui* » E5, « *là en toute fin de consultation tu n'as plus vraiment le temps* » E6, « *t'as pas envie de perdre du temps parce que tu es déjà en retard* » E9, « *au bout d'un moment on craque, on a une heure de retard* » E10.

La répétition des demandes au cours de la journée ou par un même patient sur plusieurs consultations : « *ça dépend des consultations précédentes aussi* » E6, « *si on a déjà dit oui à une personne c'est difficile de lui dire non la fois d'après* » E6.

Dans plusieurs interviews, on retrouve la notion d'humeur et de fatigue du médecin : « *y'a aussi la notion d'humeur* » E10, « *soit t'es un peu plus fatigué un peu plus susceptible* » E9. L'agacement et l'énervement vont avoir un impact sur la réponse à ces demandes. Les Internes de Médecine Générale (IMG) jugent que ces sentiments vont être un facteur favorisant pour répondre négativement : « *je pense aussi que c'est venu sur une journée où je n'avais pas envie de négocier* » E9, « *le ton monte on ressent encore plus d'énervement* » E2, « *c'est moi qui détiens la responsabilité et c'est encore plus énervant* » E6, « *je me suis tellement laissé submerger par mon énervement* » E6.

Les consultations avec ce type de demande représentent une perte d'énergie qui peut impliquer un laisser-aller pour les prochaines consultations avec l'absence d'envie de se battre face à ces demandes : « *j'ai une certaine lassitude* » E7, « *c'est vrai que ce genre de consultation prend beaucoup d'énergie* » E7, « *ça ne vaut pas le coup de perdre son énergie* » E10, « *tu as l'impression de perdre un petit peu* » E6.

3/ Les conséquences négatives de ces demandes sur les internes de médecine générale

Tout échange entre deux personnes implique des sentiments, qu'ils soient positifs ou négatifs. L'écoute de nos patients nous empêche parfois de nous écouter nous-mêmes ce qui peut créer des conséquences fortement négatives sur nous et nous mener au burn-out(3).

Dans cette partie, nous allons développer les conséquences négatives des demandes injustifiées sur les internes de médecine générale et donc ce qui peut provoquer un sentiment d'insatisfaction dans leur travail.

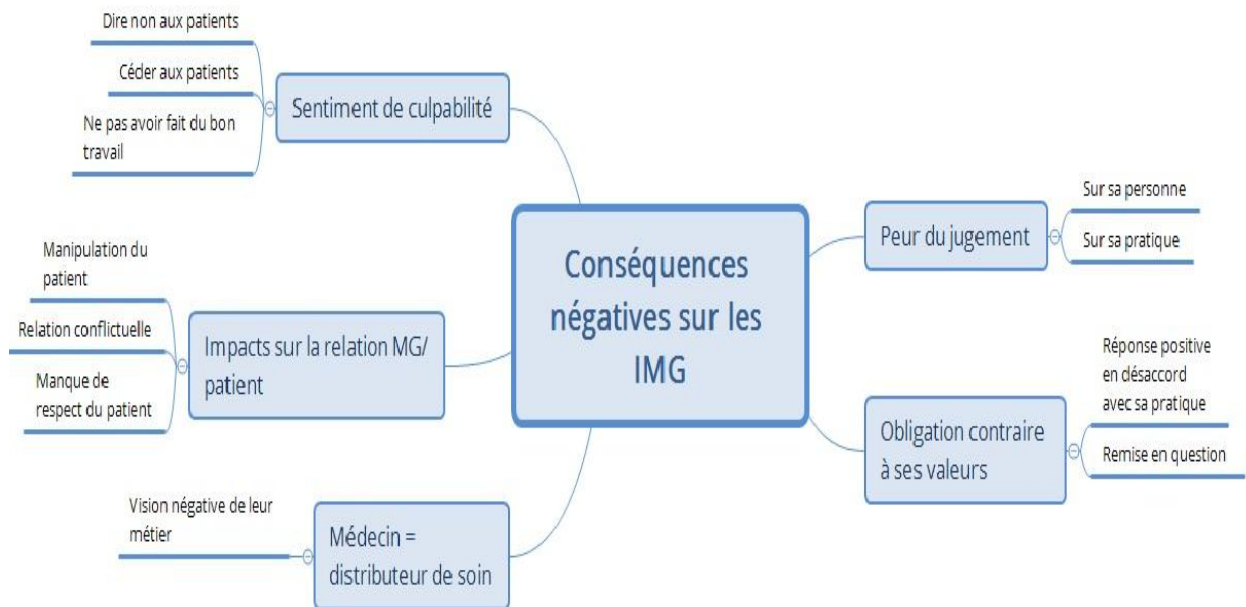


Figure 3 : Les conséquences négatives sur les internes de médecine générale

a/ La peur du jugement

La peur du jugement est un sentiment très fréquemment retrouvé au cours des entretiens réalisés.

La réponse négative du médecin à la demande va impliquer qu'il se sente jugé négativement que ce soit sur leur personne ou sur leur pratique médicale : « ils pensent juste que c'est le médecin qui ne veut pas » E1, « que l'autre était gentil » E1, « ils pensent que c'est la personne qui dit non, alors que c'est la règle » E1, « peur que les gens ne nous aiment pas » E2, « si on ne prescrit pas la même chose, c'est qu'on n'y connaît rien » E6, « toute la faute va être rejetée sur moi » E6.

b/ Obligation contraire à ses valeurs

L'insistance des patients ainsi que le caractère de l'IMG ou du patient rendent la consultation difficile pour le médecin : il se sent obligé de répondre positivement aux demandes qu'ils jugent injustifiées et cela a un impact négatif sur ses propres sentiments et sur la vision de son travail.

Plusieurs internes rapportent qu'à différentes reprises ils se sont sentis obligés de répondre positivement alors qu'ils n'étaient pas d'accord avec la prise en charge : « *elle consultait pour avoir ses antibiotiques (...) devant l'insistance on a fini par lui mettre* » E3, « *je n'étais pas très bien car je sais que c'était injustifié* » E1, « *tu leur expliques mais ils veulent quand même sortir avec leur prise de sang* » E5, « *ça ne servait à rien, je suis allé contre ce que je pense* » E6, « *c'était totalement injustifié sur le plan thérapeutique et sur le plan de la durée, mais je n'ai pas réussi à lui en faire démordre* » E7, « *quand on n'y arrive pas, on tombe dans la facilité* » E10.

Il existe une remise en question importante : « *on n'a pas eu l'impression de faire une bonne consultation* » E2, « *leur mettre une antibiothérapie de peur d'avoir des complications* » E2, « *on se demande si on va réussir à limiter les examens complémentaires* » E5.

c/ Le médecin est un distributeur de soin

Les IMG ont le sentiment d'être un distributeur de soins et de ne plus exercer leur profession de façon sereine. Les demandes incongrues sont de plus en plus présentes au cours des consultations et celles-ci ont un impact négatif sur la représentation du métier de médecin auprès des internes : « *ils ne venaient pas pour voir le médecin, ils venaient pour faire leurs courses* » E5, « *pour eux on est juste le gars qui signe le papier* » E5, « *on avait des petites mamies qui rentraient avec leur liste* » E5, « *ils te demandent les mêmes ordonnances* » E6, « *le patient qui demande beaucoup de choses et qui croit que tout est dû* » E7, « *ils pensent qu'ils viennent au supermarché* » E7, « *je me suis rendu compte que ça me mettait mal à l'aise de faire des prescriptions qui n'étaient pas justifiées* » E6.

d/ Les impacts sur la relation médecin généraliste/patient

La manipulation du médecin par le patient est retrouvée dans plusieurs des interviews réalisées avec une culpabilisation de la part du patient : « *il sait que je vais craquer donc il va insister* » E1, « *trois jours ça ne me sert à rien* » E1, « *autant que je reprenne lundi bien frais* » E2, « *y'a des fois je le fais, je sais que je me fais rouler* » E9.

La relation peut devenir conflictuelle entre le médecin et le patient avec une cassure qui peut se créer : « *on ressent surtout de l'énervement* » E2, « *ils râlent, ça se passe mal après* » E2, « *c'est moi qui détiens la responsabilité et c'est encore plus énervant* » E7, « *ça peut me mettre en colère intérieurement* » E8, « *ça nous énerve* » E9.

Il est difficile pour les IMG de ne pas être impactés par une relation négative avec un patient : « *on n'est pas enclin pour les prochaines consultations* » E2, « *les gens partent mécontents* » E4, « *les gens ne sont pas contents, ils râlent après* » E2, « *la réponse négative n'est pas forcément bien reçue* » E6, « *les gens partent mécontents avec l'impression de ne pas avoir été compris, entendus et bien soignés* » E4.

A quelques reprises, les IMG ont senti un manque de respect de la part du patient qu'ils recevaient : « *ils te prennent de haut* » E7, « *oh ben on s'en fout c'est l'interne elle va accepter* » E9, « *j'avais vraiment l'impression qu'il s'était foutu de moi* » E9, « *il est arrivé en se marrant et en me disant « oh ben non j'avais juste la gueule de bois » » E9, « tu leur expliques mais ils veulent quand même sortir avec leur prise de sang » E5, « le patient qui nous dit « j'y ai droit » » E5. Allant jusqu'à parler d'esclavagisme : « *on est presque esclave des patients* » E7.*

e/ Le sentiment de culpabilité

La culpabilité est un sentiment exprimé très fréquemment au cours des entretiens.

Il ressort à différentes reprises pour différents motifs :

- La culpabilité de dire non aux patients : « *on ne pouvait pas leur dire non, tu te sens un peu mal* » E4, « *enfin tu vois tu te retrouves un peu embêtée et coincée pour ne pas embêter les gens* » E4, « *c'est vrai que si on pouvait, on leur ferait* » E5, « *on est jamais très à l'aise* » E1.
- La culpabilité, à l'inverse, de ne pas savoir leur dire non : « *devant l'insistance on a fini par lui mettre, on a pas vraiment choisi* » E3, « *tu voyais que ça lui pesait de ne pas savoir dire non* » E6, « *ça ne servait à rien, je suis allée contre ce que je pense* » E6, « *je sentais bien que je n'avais aucun pouvoir sur les prescriptions d'antibiotiques* » E7, « *donc au final, j'en viens quand même à prescrire* » E8.
- La culpabilité de ne pas avoir fait un bon travail : « *on n'a pas eu l'impression de faire une bonne consultation* » E3, « *je me suis rendu compte que ça me mettait mal à l'aise d'avoir fait des prescriptions qui n'étaient pas justifiées* » E6.

4/ Stratégies de refus des internes de médecine générale



Figure 4 : Stratégies de refus des internes de médecine générale

Afin de pouvoir répondre négativement aux demandes qu'ils jugent injustifiées, nous avons pu retrouver, dans les différents entretiens réalisés, différentes stratégies de refus mis en place par les internes.

a/ La manipulation du patient

Dans plusieurs interviews, les IMG nous expliquent que, pour parvenir à une réponse négative sereine, il est nécessaire de manipuler et culpabiliser le patient : « *donc il faut essayer des techniques de manipulation qui font culpabiliser un peu* » E8, « *je leur explique que je pourrais mais je n'en ai pas le droit* » E2, « *pour arriver à la finalité que je veux (...) en critiquant avec eux* » E2, « *si je vous le fais je suis embêtée parce que je risque tant (...) c'est moi qui irai en prison* » E5, « *vous savez si je fais ça je vais aller en prison et vous n'aurez plus de Docteur* » E10, « *je leur dis que c'est moi qui vais payer* » E6.

b/ Education et information du patient

L'éducation, l'information et les explications aux patients sont des parts importantes de la stratégie de refus mis en place par les IMG. Elles permettent, selon eux, de garder une bonne relation avec le patient tout en restant sur ses positions.

- Les explications faites aux patients ressortent dans tous les entretiens, sans exception : « *de bien expliquer aux patients et que tous les médecins expliquent aux patients* » E1, « *à essayer d'expliquer nos positions* » E2 retrouvé dans l'entretien E3, « *quand les patients sont compréhensifs (...) j'ai réussi à leur faire comprendre* » E4, « *quand tu expliques la première fois tu perds un peu de temps mais...* » E5, les explications écrites ressortent également de E5, « *moi je préfère expliquer aux gens, expliquer l'inutilité du médicament* » E6, « *j'explique quand même que ce sont des demandes abusives* » E7, « *c'est à nous médecins de dire que ce n'est pas justifié et d'expliquer pourquoi* » E8, « *ils sont censés recevoir ton explication et on est censé tomber d'accord* » E9.
- L'information des patients permettrait également d'aider les IMG dans la démarche du refus : « *afficher en salle d'attente* » E1, « *leur donner des prospectus de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)* » E6, « *de lui dire que de toute façon ça n'aboutira pas à grand-chose* » E5, « *je leur dis qu'ils ne seront pas remboursés* » E6, « *pourquoi on ne veut pas pour la santé du patient* » E8.
- L'éducation du patient se retrouve dans quelques interviews : « *c'est vrai que c'est beaucoup l'éducation des patients* » E5, « *tu expliques que le check-up n'existe pas* » E5 « *ce n'est pas nos patients, (...) on doit s'adapter au médecin que l'on remplace* » E2.

c/ Se protéger avec la loi

On retrouve la notion de protection dans plusieurs entretiens. L'utilisation de la loi ou des instances supérieures, comme les recommandations de la sécurité sociale, permettent aux internes de se sortir de certaines situations difficiles en « se cachant » derrière ces deux moyens. Il est important de souligner que cette façon de faire est associée à la peur du patient et de l'agression possible face à un refus du médecin : *« ils n'agressent pas directement la personne en question » E1.*

Tout d'abord la sécurité sociale et le site réservé aux professionnels de santé (AMELI PRO) est un outil qui ressort au cours des entretiens : *« le site de la sécu, tu sais les demandes informatisées, je me cache derrière l'ordinateur » E1, « enfin moi par exemple je me remets pour les arrêts de travail sur des instances supérieures, je remets tout sur la sécu » E2, « Quand on voit des onglets apparaître et qu'on doit les remplir personnellement, (...) quand on a le couteau sous la gorge, on est en train de remplir un truc on voit ça « ah ben regardez je ne l'invente pas, c'est écrit euh » E2, « la sécu a publié la liste des certificats que l'on peut faire » E5, « leur donner des prospectus de la CPAM » E6.*

La notion de loi est également à plusieurs reprises exposée par les IMG aux patients pour expliquer les causes de leur refus : *« tout le monde n'est pas au courant du cadre (...) ça aide de dire aux patients que l'on n'est pas tout puissant » E5, « non c'est un faux (certificat) ce n'est pas possible » E5, « on n'a pas tous le même connaissance des lois » E7, « ils ne vont pas forcément se dire que c'est injustifié, c'est à nous à expliquer pourquoi on n'a pas le droit » E8, ce qui peut me faire maintenir ma position c'est la loi » E8, « je leur expliquais que ça engageait ma responsabilité, c'était médico-légal » E10.*

5/ La compréhension

Deux internes, au cours des interviews, ont soulevé un point important : comprendre la vraie demande du patient derrière ces demandes nous paraissant injustifiées.

« C'est difficile de dire que des demandes sont réellement injustifiées » E8, « je vais quand même voir pourquoi elle trouve que c'est légitime » E8, « comprendre quelles sont réellement ses attentes et ses inquiétudes » E8, « le faire verbaliser sur pourquoi il veut ça » E8.

« Je cherche à comprendre le pourquoi du comment » E10, « essayer de creuser la chose » E10, « on apprend à être à l'écoute » E10.

6/ L'expérience

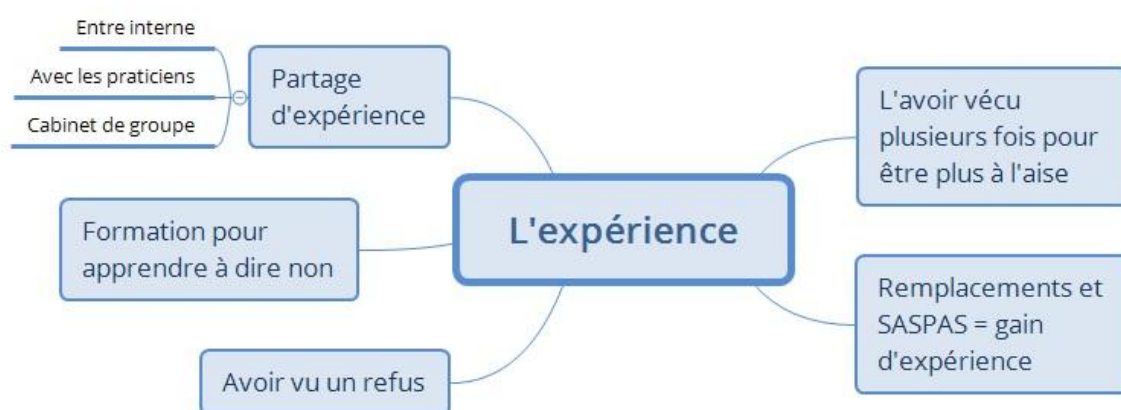


Figure 5 : L'expérience

Au cours des entretiens réalisés, nous avons pu mettre en évidence que l'expérience était une clé pour répondre plus sereinement à ces demandes. En effet, les IMG nous expliquent, à plusieurs reprises dans ces interviews, qu'il est nécessaire d'avoir vécu ce type de situation plusieurs fois afin d'être plus à l'aise dans celle-ci : « une fois qu'on y est confronté plusieurs fois (...) trouver des excuses, des stratégies » E2, « quand on n'a plus de bouée de secours, on se rend compte de la difficulté à dire non » E2, « on trouve des arguments pour au fur et à mesure que l'on rencontre des situations » E3, « avec l'expérience c'est plus simple de dire non » E4, « au fur et à mesure, on se construit des petites explications (...) et j'ai l'impression que ça marche » E6, « j'ai fait des progrès dans ma posture de médecin, je pourrai

plus facilement dire non (...) je trouvais la posture de nouvelle interne plus difficile » E8, « quand tu l'as vécu, quand tu as réagis une fois deux fois ou trois fois, je trouve que c'est plus simple d'exercer tous les jours » E9, « je n'ai pas eu beaucoup d'expérience mais on apprend petit à petit à tourner les choses » E10.

Les remplacements de médecins généralistes, pour ceux qui ont pu en faire, étaient un moyen efficace de gagner en expérience rapidement tout comme le SASPAS. En se retrouvant seul face aux patients, ils pouvaient trouver leurs propres moyens et techniques pour répondre à ces demandes : *« avec les remplacements, je pense que je vais plus facilement, enfin je pense que je vais rester sur ma position » E1, « c'est plus par expérience personnelle, quand on mène une consultation de A à Z » E2.*

Certains rapportent la nécessité d'avoir vu son maître de stage refuser une demande injustifiée pour gagner en expérience : *« ce qui m'aurait aidé, ça aurait été de voir les médecins faire et refuser (...) tout au long de mon stage » E1, « mon prat actuel ne l'aurait jamais fait (...) je pense que comme ils sont assez fermes » E9, « Enfin l'observation t'apprend quand même beaucoup aussi je pense » E10, « donc si tu es avec un MG qui te dit « bon pfff quand t'es à la bourre le certif tu le laisses dans l'enveloppe de la secrétaire ». Si déjà l'étudiant il a une personnalité un peu cool et qui tombe sur un prat qui est comme ça... c'est pas bon » E10.*

Il est évoqué la nécessité d'une formation pour apprendre à dire non ainsi que le partage d'expérience entre internes (GEPT ou Récit de Situation Complexe et Authentique (RSCA)) ou avec les praticiens, et même la nécessité d'un exercice en cabinet de groupe pour pouvoir s'entraider sur ce type de situation : *« c'est sûr, si on avait des formations pour apprendre à dire non... » E4, « ce que je trouve sympa pour toutes ces demandes-là, c'est de ne pas être tout seul » E5, « ça permet d'avoir un groupe et de ne pas se sentir seul » E5, « quand je lui ai proposé de mettre fin à la consultation, c'était quelque chose que j'avais récemment entendu en cours de MG ou en GEPT » E7, « je l'avais analysé en RSCA et je l'ai bien compris à posteriori » E8.*

7/ Les perspectives de la formation médicale



Figure 6 : Les perspectives de la formation médicale

La formation médicale apparaît comme un point fort au cours des entretiens. Selon les internes, elle leur permettrait de répondre plus sereinement aux demandes injustifiées.

Comme vu précédemment, un interne évoque la nécessité d'une formation pour apprendre à dire « non ». Deux internes citent certains cours dispensés à la faculté qui ont pu les aider face à ces demandes.

La notion d'harmonisation des pratiques ressort clairement lors des interviews: « *un médecin qui leur dise oui, un médecin qui leur dise non c'est un peu incohérent* » E1, « *il faudrait chacun pouvoir se former de manière homogène* » E4, « *c'est pour ça qu'harmoniser les pratiques pour former la jeunesse actuelle* » E4. En effet, les internes étant formés sur leurs différents terrains de stages, leur formation dépend des médecins qu'ils rencontrent : « *les jeunes médecins sont formés par certains vieux médecins et souvent on a tendance à mimer ou copier la pratique médicale de ceux qui nous ont formés* » E4, « *je trouve que quand tu arrives chez ton prat, c'est hyper important ce premier stage parce que ton tempérament tu vas le baser un peu sur ton stage* » E10.

Le plateau technique de la nouvelle faculté de médecine de Montpellier nous offre la possibilité de réaliser des enseignements par simulation. Les IMG interrogés au cours de cette thèse ont reçu favorablement l'idée de réaliser une simulation sur les demandes injustifiées :

« ça peut donner des clés oui pourquoi pas » E1, « la simulation je trouve ça utile dans notre formation » E4, « c'est une bonne formation » E6, « j'ai déjà fait de la simulation et ça m'a beaucoup apporté de faire le débrief après » E8, « c'est très intéressant de travailler ça en simulation, comme toutes les situations compliquées au niveau de la communication entre le médecin et le patient » E8, « c'est vrai que ça serait intéressant à faire en tant qu'interne » E9, « je suis pour ces enseignements par simulation » E10 .

Ils trouvaient utile d'avoir une première expérience de ce genre de demandes : *« ça se passe mieux quand on a ciblé ces situations abusives [...] qu'on a 3,4 clés » E2, « avoir déjà vécu la situation et ne pas se retrouver la première fois seul face au patient, et pas savoir trop quoi dire » E4, « quand tu l'as vécu, quand tu as réagi une fois, deux fois ou trois fois je trouve que c'est plus simple d'exercer tous les jours » E9, « ça aiderait pour faire son stage prat et être mis en autonomie rapidement » E10, « pour le SASPAS, c'est indispensable » E10, « de faire de la simulation avant le premier stage ça te met des bases et ça t'apprend à avoir un esprit critique » E10.*

Ils ont, à plusieurs reprises, comparé la simulation avec les jeux de rôle en émettant un avis plus en faveur de la simulation : *« ça peut être intéressant d'être isolé » E10, « t'es pas influencé par la salle et les regards » E10, « deuxième paramètre que tu enlèves c'est que tu es face à un inconnu » E10, « les acteurs sont tellement bien dans leur rôle que c'est comme si c'était dans la réalité » E7, « parce que la plupart du temps on se retrouve entre copains et ça a tendance à dégénérer » E6.*

Ils ont mis en évidence que ce type d'enseignement leur permettrait d'avoir une expérience de demande injustifiée tout en pouvant partager avec ses co-internes les différentes demandes auxquelles ils auront été confrontés en stage : *« après se mettre en situation et voir comment les autres réagissent (...) c'est une acquisition d'expérience accélérée » E2, « le partage d'expérience (...) ça peut aider en fonction de ce que les uns et les autres ont vécu » E3, « ça permet de trouver des solutions ensemble » E3, « avoir déjà vécu la situation et ne pas se retrouver la première fois seule face au patient et pas savoir trop quoi dire » E4, « moi j'ai eu cette situation, je m'en suis sortie comme ça (...) ça permet d'avoir des retours » E4, « oui les simulations t'es jamais complètement prêt, t'as toujours à apprendre d'une consultation de comment faire et comment mener une consultation » E9.*

Ils ont également pu mettre en évidence, pour ceux qui avaient déjà participé à une simulation, que celles-ci leur avaient permis une remise en question sur leur façon de réagir face à certaines situations : « *ça m'a permis de me poser des questions et de me rendre compte de certains points* » E6, « *de revoir ma façon de parler et de me comporter* » E6, « *ça m'a beaucoup apporté de faire le débrief après* » E8, « *de faire la simulation avant le premier stage ça met des bases et ça t'impose un esprit critique* " E10.

Un interne ayant déjà eu accès à la simulation a exprimé la difficulté à se mettre dans le scénario : « *ça a toujours été assez difficile de rentrer dans le truc et de me rendre compte, enfin d'essayer d'être vraiment dans le truc et de me dire que c'était une vraie consultation, d'essayer de me projeter c'était un peu compliqué mais ça marche quand même...* » E6.

Nous avons donc noté que, pour les internes, il serait bénéfique de réaliser une simulation sur les demandes injustifiées et ainsi de pouvoir partager leurs expériences, grâce à cet enseignement.

IV/ Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'analyser le point de vue des Internes de Médecine Générale de la faculté de Montpellier-Nîmes face aux demandes paraissant injustifiées. L'objectif secondaire était d'élaborer, à partir de leur réponse, une ébauche de scénario de simulation en abordant les principaux points ressortis de ces entretiens.

A/ Les forces de l'étude

Cette étude est une étude qualitative prospective en entretien semi-dirigé. Cette méthode était la plus appropriée pour étudier le point de vue des internes face aux demandes injustifiées. Elle nous a permis de comprendre un phénomène social dans son contexte naturel(15).

La saturation des données a été atteinte après huit entretiens : deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer celle-ci. Nous avons donc obtenu une représentation complète du point de vue des IMG face aux demandes injustifiées.

Lors des entretiens, des reformulations et des relances nous ont permis d'élargir et d'approfondir les réponses formulées par les IMG et ainsi d'obtenir des entretiens riches en thématique.

Le guide d'entretien a été modifié après trois interviews. Certaines questions n'étaient pas comprises par les participants et nous éloignaient de nos objectifs. Nous avons donc reformulé afin d'être le plus précis possible et d'élargir les thématiques sur certains points donnés.

B/ Les limites de l'étude

L'analyse qualitative ne cherche pas la représentativité statistique(13). L'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais d'avoir un échantillon de personnes qui ont vécu une expérience particulière à analyser(15). Nous avons choisi de recruter des internes de médecine générale en DES 2 et 3 uniquement. Les étudiants en DES 1 ont été exclus : les entretiens ont été réalisés lors de leur premier semestre, le manque d'expérience en consultation de médecine générale (pas encore autonome au moment du recueil, certains en stage aux urgences...) a été un frein à leur inclusion. Nous avons donc considéré que les réponses formulées par les étudiants en deuxième et troisième année étaient suffisantes pour notre étude de par leur expérience.

Comme l'indique JC Kaufmann dans son livre « L'entretien compréhensif », l'histoire de l'individu explique, alors que les caractères habituels (âge, sexe, ...) fixent un cadre mais n'expliquent pas(16).

Les internes interrogés ne connaissaient pas les questions exactes du guide d'entretien. Cependant, pour le recrutement, nous avons expliqué l'objectif principal et secondaire de la thèse : cela a pu influencer les réponses formulées. De plus, les questions faisant appel à leur mémoire, il est possible que les événements exacts aient été modifiés.

La triangulation des données a été partielle ce qui diminue la puissance de l'étude.

Un entretien a continué d'être pertinent après la fin de l'enregistrement : nous avons essayé de retranscrire au plus près l'échange avec cet interne hors enregistrement, cependant

l'absence d'enregistrement a pu nous faire commettre des erreurs dans la retranscription. Nous avons tout de même pris en compte cette partie pour l'analyse.

Les interviews ont été réalisées par une enquêtrice qui n'était pas habituée aux entretiens des études qualitatives. Il est possible que les premiers réalisés aient manqué de relance, de reformulation, etc... L'expérience et la formation nous a donc permis d'enrichir les verbatims après les deux premières interviews.

C/ Synthèse des résultats

1/ Céder aux demandes injustifiées

Les internes de médecine générale de la faculté de Montpellier-Nîmes nous ont exprimé à plusieurs reprises leurs difficultés à dire non et à se positionner en tant que médecin face aux demandes injustifiées.

Le fait d'accéder aux demandes est plus simple pour eux et leur permet d'éviter le conflit avec certains patients. Cependant, céder joue un rôle négatif sur la vision de leur travail et d'eux mêmes. Ils ressentent de la culpabilité à répondre « oui » aux demandes injustifiées ainsi qu'un sentiment de dévalorisation de leur travail. Ils se voient comme des distributeurs de soin, d'ordonnance, de certificats, ... avec la nécessité de prescrire. Cette notion est retrouvée dans une thèse réalisée par le Docteur Sarrazin en 2012 : les médecins ressentent une pression dans leur prescription de la part des patients(17). Actuellement, une bonne consultation doit se solder par une prescription car elle légitime la consultation réalisée(18). Nous l'avons également retrouvé dans un entretien réalisé : le maître de stage universitaire (MSU) écrivait sur une ordonnance les consignes de surveillance sans donner forcément de traitements médicamenteux. Le fait de ressortir avec une ordonnance même sans médicament rassurait les patients selon l'interne interrogé.

Plusieurs internes nous expriment la notion de clientélisme : céder permet de garder des patients mais dégrade les conditions d'exercice avec des risques d'un point de vue professionnel.

- Premièrement, réaliser certaines demandes nous expose à des poursuites judiciaires, comme par exemple pour les certificats médicaux. Plus de 20% des plaintes enregistrées auprès

des chambres disciplinaires de première instance en 2016 mettent en cause ces certificats(19).

- Deuxièmement, nous avons pu constater au cours des interviews que le fait d'accéder aux demandes provoquait chez les Internes de Médecine Générale une lassitude et une vision négative de leur métier : la notion de « bon travail » retrouvée dans certaines interviews nous montre en effet le poids que représente ces requêtes.

Plusieurs types d'influence peuvent également jouer dans une réponse positive à une demande incongrue.

Tout d'abord, il a été soulevé par les internes qu'il était plus difficile de dire non aux patients lors des consultations lorsque leur maître de stage avait le « oui » facile. Il est également ressorti que le MSU qui les formait avait un poids sur leur future façon d'exercer. En effet, certains IMG nous expliquent qu'ils vont avoir tendance à se conformer à celui qui les a formés. Le mimétisme va donc jouer un rôle important dans la réponse formulée aux patients.

Un IMG nous explique avoir accepté une demande lui paraissant injustifiée devant une forte inquiétude du patient dans un but de réassurance. Cette notion est également retrouvée dans une thèse réalisée auprès de MG en 2016(7).

Il ressort également au cours des entretiens que les déterminants de la consultation sont importants : en effet, le retard, l'humeur du MG, la fatigue, ... vont jouer dans la réponse positive aux demandes injustifiées.

Il est important de noter que le caractère de l'IMG et sa confiance en lui sont des facteurs déterminants de ce type de consultation : il ressort à plusieurs reprises que le manque de confiance en soi et le manque d'affirmation de soi impliquent que nous cédions plus facilement aux demandes injustifiées. De même, le caractère du patient face à nous va influencer nos réponses : lorsqu'un patient va se montrer agressif ou plus incisif, céder nous permet de nous protéger.

2/ Le risque de burn-out

Le burn-out est caractérisé par un « *sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail* » selon l'organisation mondiale de la

santé. Plusieurs études réalisées nous montrent qu'en France la prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes est de 50 %(20).

Une thèse sur une revue systématique de la littérature, réalisée en 2016 par le Dr Guedon nous avance qu'un des facteurs déterminants le risque de burn-out était les conflits au travail(21). Une étude réalisée en 2007 par Dr Galam nous explique que parmi les différentes causes possibles de l'épuisement professionnel, l'exigence des patients en représentait une part importante (84,1%)(22).

A plusieurs reprises nous avons pu constater dans les interviews que cette notion de conflit et d'exigence pouvaient ressortir, associées au manque de respect.

Il semble donc nécessaire d'aider les internes de médecine générale, futurs médecins généralistes, à apprendre à dire « non » afin d'éviter le plus possible ce facteur influençant le burn-out.

3/ Ne pas céder aux demandes

Les IMG nous rapportent qu'ils essaient de mettre en place des stratégies afin de répondre négativement aux demandes qui leur paraissent non justifiées. La mise en place de ces tactiques de refus sont diverses.

Tout d'abord, ils utilisent la culpabilisation ainsi que la manipulation du patient. Ces techniques sont retrouvées à plusieurs reprises au cours des interviews réalisées. En effet, nous avons vu que la culpabilité chez les internes les faisaient céder aux demandes injustifiées. Nous pouvons donc penser que l'inverse permet aux internes d'obtenir ce qu'ils souhaitent : ne pas accéder aux demandes.

Puis, l'utilisation des textes de loi et des différentes institutions (CPAM, conseil national de l'ordre des médecins) aident les internes dans le refus. Ils peuvent se baser sur différents sites (AMELI pro, AMELI, Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), Haute Autorité de Santé (HAS), ...) afin de se justifier et de justifier leur réponse auprès des patients.

La notion de justification est de plus en plus présente dans notre pratique quotidienne : pourquoi le faire ou ne pas le faire ? Qu'est ce qui justifie ou légitime la réponse que je donne ?

Le patient est de plus en plus instruit grâce aux médias(23) (notamment grâce à internet). Devant cet essor de l'accès à l'information, il est donc nécessaire pour le médecin de s'aider de ces ressources pour répondre « non ». Les patients se questionnant de plus en plus sur leur santé et leur prise en charge, leur recherche personnelle implique de plus en plus de questions poussées sur leur maladie, traitement, ... Ces interrogations troublent les médecins qui se retrouvent en difficulté pour y répondre. « *Les médecins traduisent un sentiment de désacralisation de leur statut face à des malades plus instruits, donc plus exigeants.* » (23)

Enfin, l'éducation, l'information et les explications aux patients semblent une part importante pour répondre « non » aux demandes injustifiées. Certains internes estiment qu'au départ tout cela représente une perte de temps. L'explication prend du temps mais elle permet de rentabiliser les consultations suivantes : une fois le patient informé, ils pensent que les demandes ne doivent plus ressortir.

Ces trois notions leur permettent d'éviter la confrontation avec le patient.

Cependant, il est à noter que « trop d'information tue l'information ». En effet, une interview relève que malgré les explications parfois nous nous retrouvons dans une impasse avec le patient. Comment arriver à un juste milieu ? Comment se sortir de ce type de consultation énergivore ?

4/ L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement(24).

Il apparaît au cours d'une interview que la formation à l'entretien motivationnel est une force dans la relation médecin-patient notamment en cas de désaccord entre les deux parties. En effet, un interne se formait à l'entretien motivationnel grâce au diplôme universitaire proposé par la faculté et nous a exprimé être plus à l'aise dans cette relation depuis qu'il suivait cet enseignement.

Dans les réponses à nos questions, il est ressorti plusieurs points importants :

-Tout d'abord, cet interne cherchait à comprendre pourquoi. Pourquoi me fait-elle cette demande ? Quel est le sens caché de cette demande ? Quelle est son inquiétude ?

- Ensuite, faire parler le patient et lui laisser nous expliquer est une part importante de la consultation. Il a également soulevé un point essentiel : lorsque j'écoute et j'essaie de comprendre, le patient sera plus à même de comprendre pourquoi moi je ne peux ou ne veux pas répondre positivement à sa demande.

Nous sommes influencés par nos propres représentations et par le désir d'aider le patient. Cela peut jouer en notre défaveur : en effet, nous pouvons formuler à la place de celui-ci des arguments en faveur du changement ou de notre réponse négative. En entretien motivationnel, cela est appelé réflexe correcteur. Ce réflexe va donc priver le patient de son autonomie et être contre-productif : le risque étant que le patient, pour préserver son autonomie, contre-argumente pour le non changement. L'entretien motivationnel va donc limiter le réflexe correcteur et soutenir l'autonomie du patient(25).

Il semble donc important dans ce cadre des demandes injustifiées d'insister sur l'entretien motivationnel auprès des IMG : pouvoir arriver à ce que je souhaite dans les meilleures conditions possibles en essayant de garder une relation médecin-patient la plus saine possible.

5/ La formation actuelle

Les IMG au cours de notre étude nous ont évoqués à plusieurs reprises la nécessité de l'expérience pour pouvoir répondre plus sereinement à ce type de demandes.

Ils considèrent que l'expérience s'acquiert en stage : certains nous évoquent la nécessité de voir son MSU répondre non à ces demandes, d'autres nous expliquent que mener une consultation seule leur permet d'essayer de trouver par eux mêmes des solutions que ce soit dans le cadre du SASPAS ou des remplacements pour ceux qui en effectuent.

Des cours ont été utiles à certains de ces internes et leur ont permis de trouver des solutions et d'avoir des retours sur ce qu'ils auraient pu faire, d'analyser leur consultation afin de comprendre quelles auraient pu être les solutions : il s'agit des GEPT et des RSCA.

Cependant, quelques internes, en nous évoquant les jeux de rôle proposés, ont trouvé que ceux-ci ne leur avaient pas été bénéfiques. Tout d'abord, les étudiants jouent le rôle du médecin et patient : ils sont donc face à leurs collègues voire parfois amis. Ils trouvent que l'expérience est biaisée et ne permet pas de se mettre à fond dans le rôle joué. De plus, le fait de ne pas être isolé est un frein pour eux. Le manque de concentration peut être important.

Nous pouvons donc retenir que la formation pratique en stage est une aide précieuse à l'acquisition d'expérience. A contrario, la formation théorique n'est pas suffisante.

Ce deuxième point est également ressorti d'une thèse réalisée par le Docteur Manciet auprès d'internes parisiens en 2016 : cette étude met en avant le fait que les internes de la faculté de Paris VII pensaient qu'il était nécessaire de mettre en place des jeux de rôle, des mises en pratique et des cours de communication afin d'apprendre à dire non(9).

6/ La simulation

La nouvelle faculté de médecine de Montpellier nous offre un plateau technique à la pointe de la technologie. Un laboratoire de simulation permet aux étudiants de s'entraîner dans les meilleures conditions possibles : ils peuvent s'exercer d'un point de vue technique avec des mises en situation sur mannequin plus vrai que nature, mais également sur la communication avec des mises en pratique sur des sujets pouvant poser problème aux internes.

L'idée de l'objectif secondaire de ma thèse est venue après avoir participé à des simulations dans le cadre du passage du diplôme universitaire de médecins engagés au sein de la faculté.

La dernière question de mon guide entretien portait sur la simulation et les demandes injustifiées. Tous les internes qui ont été interviewés ont émis un avis positif sur cette idée.

La simulation représente pour eux une avancée dans la formation médicale. Elle leur paraît utile pour la communication. Il est également relevé par les IMG que le fait d'être face à un acteur formé avec un scénario est plus formateur que de jouer avec leur collègue/ami, de

même que d'être seul dans une pièce isolée et de pouvoir reproduire les conditions d'une consultation. Ils se sentiraient donc plus à l'aise dans ces conditions qu'en jeux de rôle.

Les internes, ayant déjà eu la chance de pratiquer la simulation, nous expliquent que le débriefing après la séance leur a été bénéfique : il leur a permis de mieux comprendre et surtout de mieux retenir les points clés de la communication verbale et non verbale.

Deux internes émettent cependant certaines réserves. L'un nous explique qu'il est nécessaire de répéter à plusieurs reprises ce type de situation pour bien s'en imprégner : une seule situation ne suffit pas à se former. Il faudrait donc que ce cours soit proposé à plusieurs reprises aux internes avec des situations différentes.

Le deuxième nous fait part de la nécessité de se revoir : c'est-à-dire de récupérer les enregistrements et de s'auto analyser, de comprendre nos erreurs. Avoir vécu la situation est bénéfique mais se revoir est complémentaire : cela permet de ne pas oublier certains détails de ce que nous avons vécu.

Pour certains, cette simulation serait nécessaire avant le SASPAS. Pour d'autres, pendant le stage praticien niveau 1 voire même avant. En effet, l'argument majoritaire pour le réaliser dès le stage praticien niveau 1 est la nécessité d'avoir déjà une première expérience mais aussi d'avoir un esprit critique sur ce que nous pouvons vivre en doublure avec le MSU.

Il apparaît donc avec ces interviews que 100% des étudiants interrogés sont favorables à la simulation pour se former à répondre au mieux aux demandes injustifiées. Ce type d'enseignement leur permet d'avoir une première expérience en conditions réelles.

D/ Le scénario de simulation

1/ Déroulement d'une simulation

La simulation se déroule en trois temps :

- Le briefing qui permet de présenter l'outil pédagogique pour ceux qui y participent pour la première fois, la présentation de l'équipe et enfin le programme et les objectifs de la session.

- La simulation en elle-même avec la mise en situation d'un étudiant face à un acteur.
- Le débriefing qui permet, après analyse de la séance, de pouvoir donner les clés et les conseils pour les situations vécues.

2/ Les points importants à développer

Il nous paraît important d'insister sur certains points que l'on peut retrouver au cours de nos interviews. En effet, les IMG étant en difficulté face à des situations particulières, il est essentiel de pouvoir mettre en avant ces points dans le futur scénario à créer.

Tout d'abord, il est important de se concentrer sur le caractère du patient : il faut pouvoir placer une partie de manipulation et de culpabilisation du médecin dans le scénario. Une proximité avec le médecin de par son positionnement en tant que médecin de famille, qui connaît le patient depuis longtemps, est également nécessaire. Une agressivité verbale et non verbale de la part du patient ressort de certains entretiens : pouvoir donner des clés pour réagir de façon sereine à une situation d'agressivité peut aider les IMG face à ces situations (mais également face à d'autres consultations où ils peuvent se retrouver face à des patients agressifs). L'exigence du patient et son insistance pour faire céder le médecin nous paraissent des points nécessaires également.

Ensuite, il faudrait pouvoir reproduire des conditions non optimales de consultation : le retard du médecin notamment et une salle d'attente pleine ainsi qu'un appel pouvant le déconcentrer au cours de sa consultation. Comment pouvoir gérer en un temps assez restreint ce type de situation sans pour autant céder ou bâcler la consultation.

Il serait intéressant de faire un scénario de simulation avec plusieurs points importants à aborder :

- Les certificats médicaux qui présentent, comme nous l'avons vu précédemment, des risques au niveau judiciaire.
- Les traitements : la négociation du patient pour la mise en place d'antibiotiques ou le non substituable.
- Les examens complémentaires et les prescriptions paramédicales.
- Le refus de vaccination : il est ressorti à une reprise au cours des interviews et il semble important vu le contexte actuel.

Nous ne pouvons cependant pas influencer sur le caractère du médecin qui conduira la consultation lors de cette simulation. Il est donc nécessaire de pouvoir reproduire plusieurs scénarios afin de faire participer plusieurs étudiants pour voir les différentes façons de faire et différents caractères réagir.

Le but est donc de pouvoir donner aux étudiants des outils de communication, qu'ils soient verbaux ou non-verbaux, pour mieux appréhender ces situations pesantes pour les Internes de Médecine Générale et de pouvoir les reproduire dans leur exercice futur mais également en stages lorsqu'ils sont autonomes.

Il est important qu'ils puissent analyser quelle est la demande de la part du patient, quel est le réel besoin, quel est le désir de ce patient mais également qu'ils puissent se poser les questions suivantes : « pour qui me prend-on ? », « est-ce que cela me convient ? ».

V/ Conclusion

Les demandes injustifiées en médecine générale sont fréquentes. Elles sont source de conflit entre le médecin et son patient et peuvent être impliquées, de par leurs conséquences sur le praticien, dans une dévalorisation de celui-ci et un burn-out.

Ce travail réalisé retrouve des similitudes avec d'autres travaux réalisés au sein d'autres facultés.

Il semble donc intéressant de former les Internes de Médecine Générale dès le début du troisième cycle à répondre à ce type de demande afin de pouvoir avoir un exercice plus serein, que ce soit en stage, en remplacement ou lors de leur installation future.

La simulation semble être l'outil le plus intéressant dans la formation à ce type de situation.

A partir des résultats de ce travail, il serait intéressant de pouvoir créer ce scénario de simulation et le mettre en application afin d'évaluer l'intérêt des étudiants et l'efficacité de cet outil.

VI / Annexes

A / Guides d'entretien

Préciser la nature anonyme et enregistré du questionnaire. Remercier les internes pour leur participation.

1/ Première version utilisée au cours des trois premiers entretiens

Grille d'entretien :

1 / Est-ce que tu peux me raconter si tu as déjà été confronté en médecine générale à des motifs de consultation ou des demandes qui te paraissaient injustifiées ?

2 / Qu'as-tu ressenti face à ces situations et comment s'est déroulée la consultation ?

3/ Lorsque tu t'es à nouveau retrouvé face à ces situations, après ces différentes expériences, comment cela s'est-il passé? Ou comment imagines-tu tes prochaines consultations avec ces demandes ?

4 / Est-ce que tu peux retrouver des freins, des limites dans les situations que tu m'as racontées ? Et des éléments facilitateurs ?

5/ L'objectif serait de faciliter les étudiants à mieux appréhender ce type de situations grâce à un enseignement par simulation. Qu'en penses-tu ?

2/Deuxième version utilisée pour les sept autres entretiens

Grille d'entretien :

1 / Est-ce que tu peux me raconter si tu as déjà été confronté en médecine générale à des motifs de consultation ou des demandes qui te paraissaient injustifiées ?

2 / Qu'as-tu ressenti face à ces situations et comment s'est déroulée la consultation ?

3/ Lorsque tu t'es à nouveau retrouvé face à ces situations, après ces différentes expériences, comment cela s'est-il passé? Ou comment imagines-tu tes prochaines consultations avec ces demandes ?

4 / Dans ces situations que tu m'as décrites, est ce que tu peux retrouver des éléments de la consultation qui t'ont empêchés de répondre « non » à cette demande ? Et à l'inverse qu'est ce qui aurait pu faciliter ta réponse négative ?

5/ L'objectif serait de faciliter les étudiants à mieux appréhender ce type de situation grâce à un enseignement par simulation. Sais-tu ce qu'est une simulation ? Y as-tu déjà participé ? Qu'en penses-tu ?

B/ Entretiens

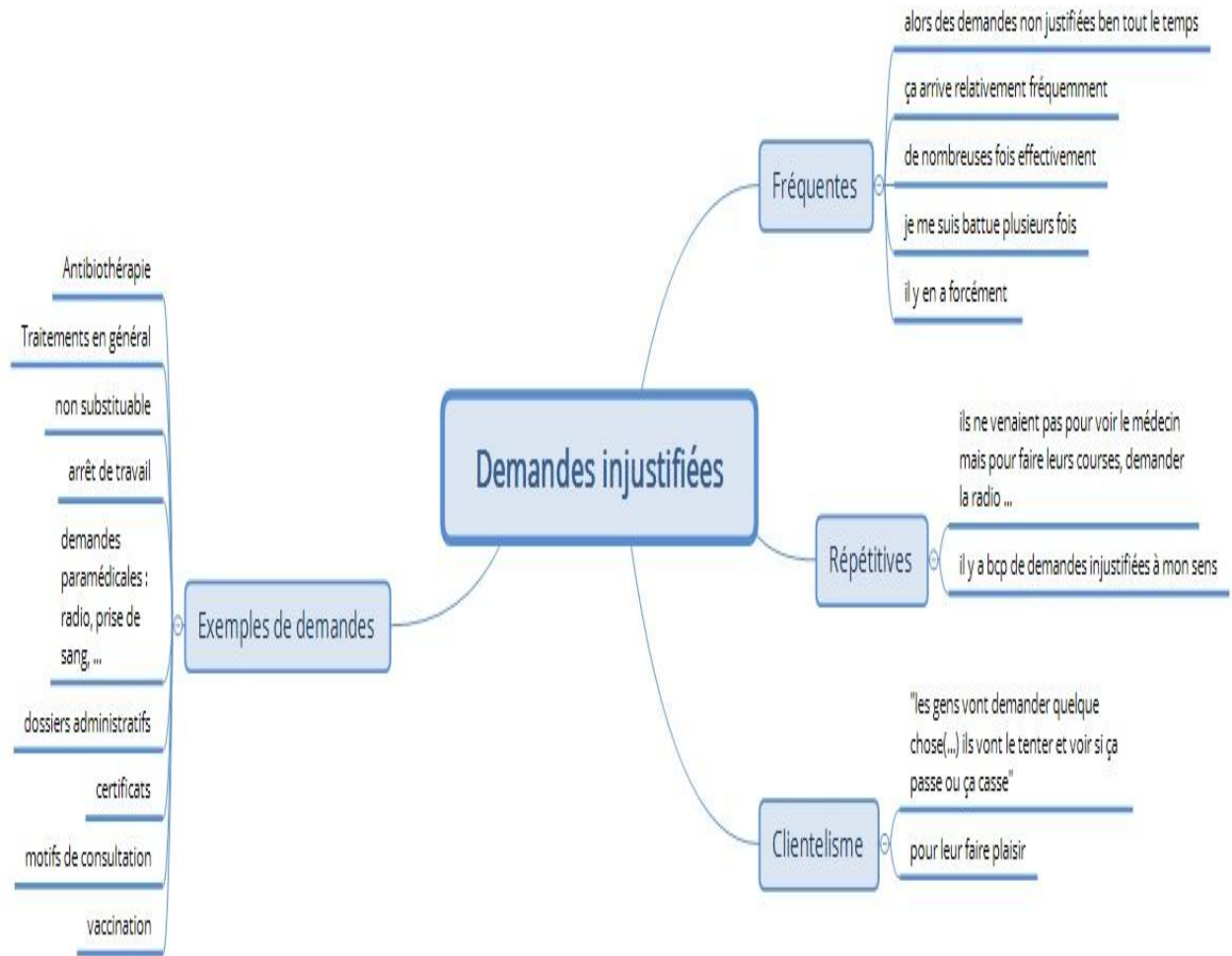
Les dix entretiens réalisés ont été mis sur CD disponible en dernière page devant le nombre de pages important qu'ils représentent.

C/ Arbres thématiques

Les arbres thématiques sont reportés en annexe afin de les avoir en plus grand format. Ils sont mis en annexe en mode portrait.

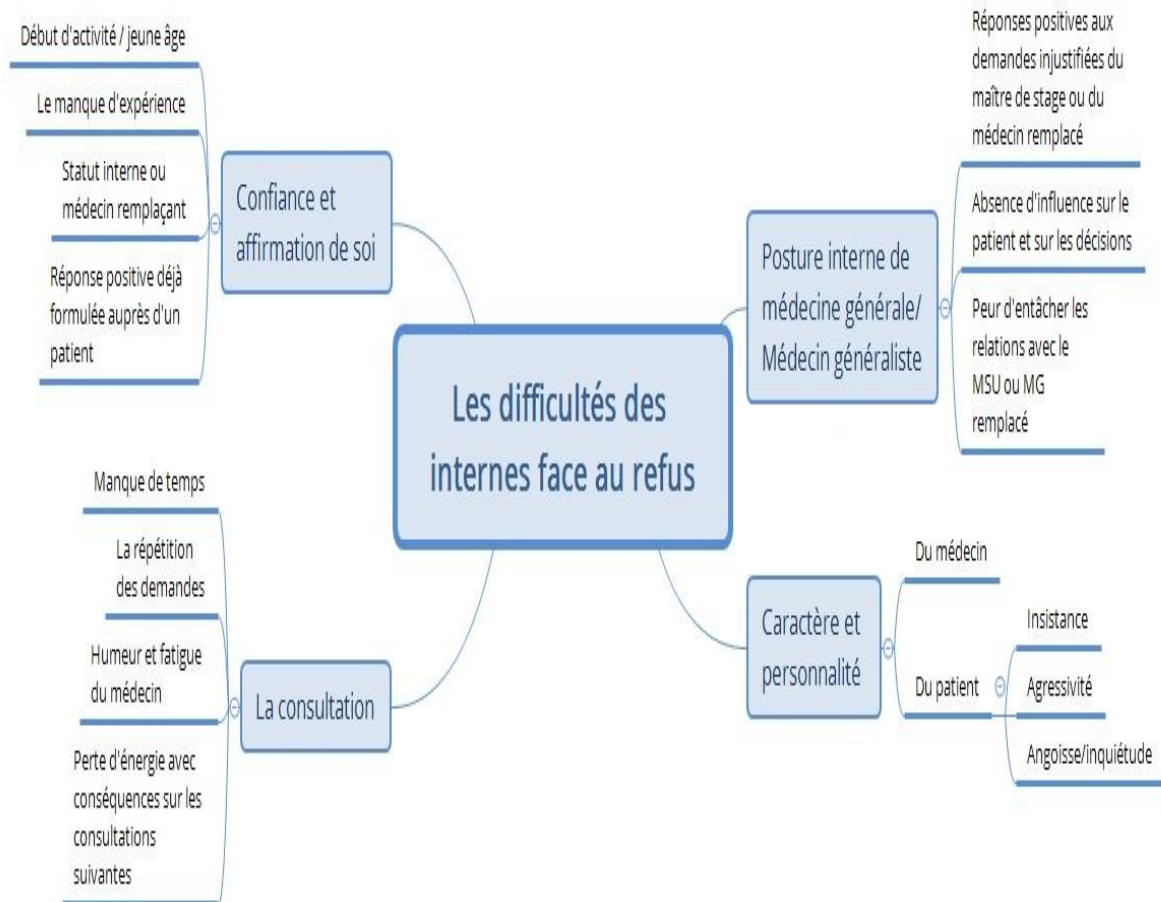
1/ Les demandes injustifiées

Figure 1 : Les demandes injustifiées



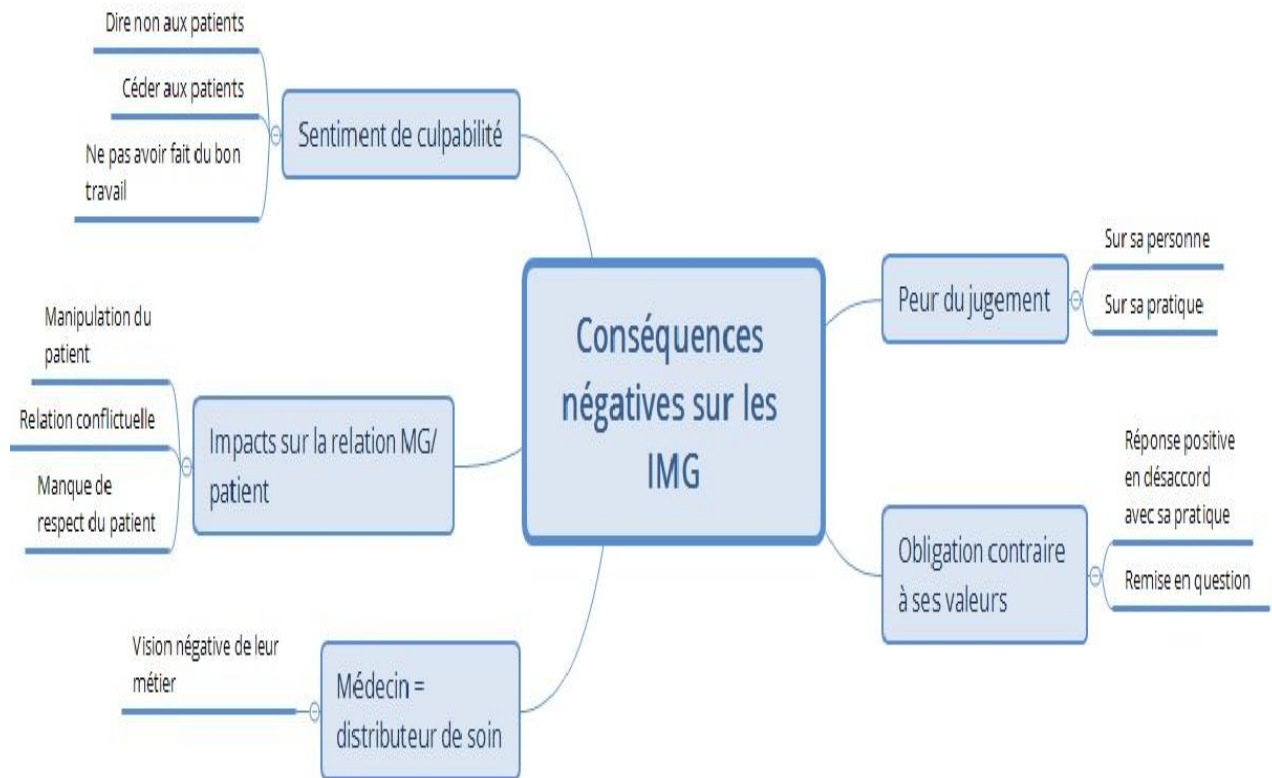
2/ Les difficultés des internes face au refus

Figure 2 : Les difficultés des internes face au refus



3/ Les conséquences négatives de ces demandes sur les internes de médecine générale

Figure 3 : Les conséquences négatives sur les internes de médecine générale



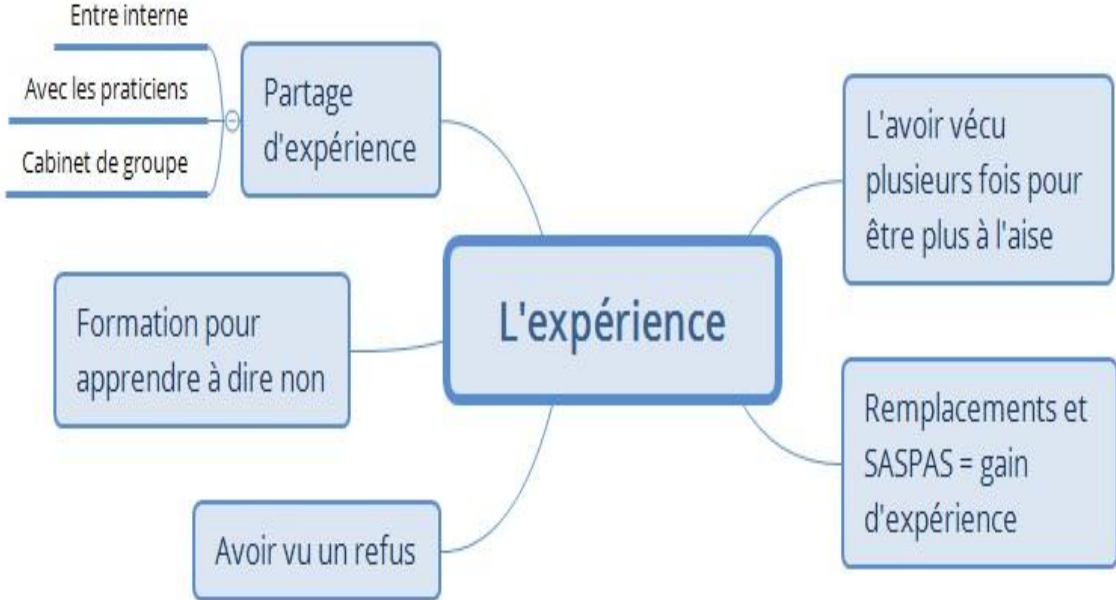
4/ Stratégies de refus

Figure 4 : Les stratégies de refus des internes de médecine générale



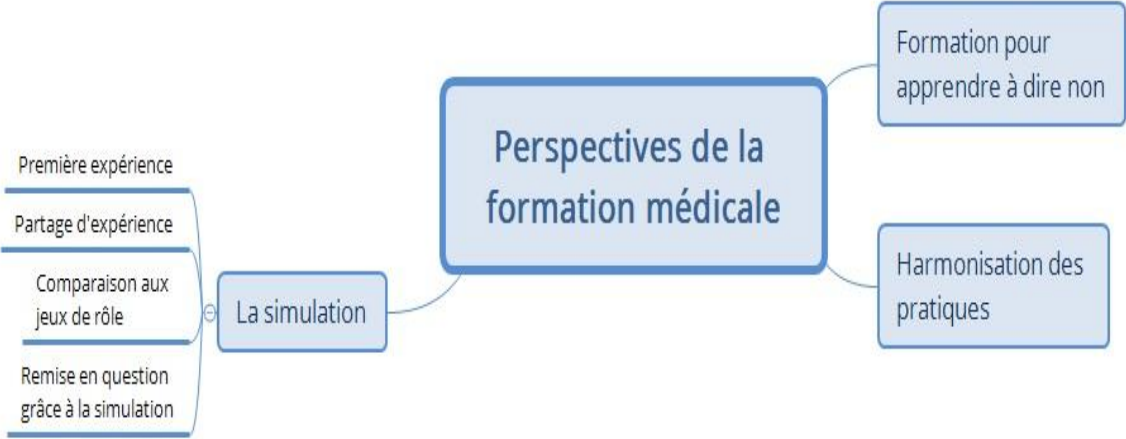
5/ L'expérience

Figure 5 : L'expérience



6/ Perspective de la formation médicale

Figure 6 : Les perspectives de la formation médicale



VII/ Références bibliographiques

1. Levasseur.G, Schweyer.F-X. Les demandes des patients jugées non fondées par les médecins. 2003;(17(603)):246-50.
2. AUDOUIN-DUBREUIL épouse MEDA aurence. Impact des demandes injustifiées des patients sur les médecins généralistes Enquête qualitative réalisée auprès de 12 médecins généralistes. Poitiers; 2017.
3. Galam E. oser dire non avec sérénité. Rev Prat Médecine Générale. 20 nov 2007;21(788/789).
4. OMS | Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un «phénomène lié au travail» [Internet]. WHO. [cité 20 août 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/
5. Bonny M. La relation médecin-malade. Document bibliographique.
6. Martin C, Grandcolin S, Birault F. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale: enquête auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. France; 2012.
7. Gerbaud E, Julien AC. Déterminants de consultation amenant le Médecin Généraliste à céder à des demandes de prescriptions injustifiées et Stratégies de refus. Angers; 2016.
8. Juillard M. Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. Études quantitatives et qualitatives auprès des internes de médecine générale de Paris V. [Thèse de médecine générale]. Paris V; 2015.
9. Manciet M. LES DIFFICULTÉS DES INTERNES À DIRE « NON » À LEURS PATIENTS Étude qualitative auprès des internes de médecine générale de Paris VII. Paris VII; 2016.
10. Montpellier : la faculté de médecine inaugurée en grande pompe [Internet]. midilibre.fr. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: <https://www.midilibre.fr/2017/10/12/montpellier-inauguration-en-grande-pompe-de-la-faculte-de-medecine,1573813.php>
11. Frappé P, Petersen W. Initiation à la recherche / Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. 1 ère édition. Neuilly-sur-Seine Paris : GM Santé CNGE, DL 2011;
12. Marty L, Vorilhon P, Vaillant-Roussel H, Bernard P, Rainau C, Cambon B. Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group. 2011;22(98):129-35.
13. Frappé P. Initiation à la recherche. 2 ème édition. 2018.
14. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. (1):15.

15. Borges. La recherche qualitative. Ameli.fr. Revue médicale de l'assurance maladie. 2001;
16. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Armand Colin. 2016.
17. Sarrazin C. Gestion des relations medecin-patients conflictuelles en Médecine Générale. Poitiers; 2012.
18. Salacroup M. La prescription de médicaments en Médecine Générale : attentes, représentations et perspectives. Rennes 1; 2014.
19. Rédiger un certificat | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/rediger-un-certificat-1236>
20. Le burn-out chez les médecins généralistes [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/protection-sociale/burn-out/>
21. Guedon A. Le burnout du médecin: prévalence et déterminants dans le monde. Revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2016.
22. Mouries DR. L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES MEDECINS LIBERAUX FRANCILIENS : TEMOIGNAGES, ANALYSES ET PERSPECTIVES. :59.
23. La maturité des patients, une chance pour le système de soins | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-maturite-des-patients-une-chance-pour-le-systeme-de-soins-155>
24. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Pratique de l'entretien motivationnel: communiquer avec le patient en consultation. Paris, France: InterÉditions; 2018. vii+247.
25. L'entretien motivationnel [Internet]. AFDEM. [cité 26 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.afdem.org/entretienmotivationnel/>

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé :

Introduction : Les demandes injustifiées correspondent à des requêtes de la part du patient que le médecin peut trouver abusives et démesurées par rapport au contexte. Elles sont fréquemment retrouvées en consultation de médecine générale avec des conséquences négatives sur les professionnels de santé. Apprendre à dire « non » et à gérer ces situations semblent nécessaires au cours du DES (diplôme d'étude spécialisée) de médecine générale. L'évolution de la formation médicale, avec notamment la simulation, est une des pistes qui permettrait de former les internes à appréhender ces sollicitations.

Objectifs : Premièrement, explorer le point de vue des internes de médecine générale (IMG) de la faculté de Montpellier-Nîmes concernant les demandes paraissant injustifiées les plus fréquemment rencontrées. Deuxièmement, proposer un scénario de simulation afin de former et d'aider les étudiants à mieux gérer ces situations parfois difficiles et mal vécues.

Matériels et méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés avec analyse thématique et par catégories conceptualisantes. Dix IMG de la faculté de Montpellier-Nîmes ont été recrutés sur la base du volontariat. L'échantillon est représentatif des étudiants de deuxième et troisième années de DES.

Résultats : Les internes sont également confrontés à des demandes injustifiées au cours de leur stage praticien niveau 1 ou au cours de leur SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée). Ils se retrouvent en difficulté pour dire « non » à ces demandes de par leur posture d'interne, leur caractère, le manque de confiance en eux et d'affirmation, et le contexte de la consultation. Ces requêtes de la part des patients provoquent des conséquences négatives sur les IMG notamment la peur du jugement, une sensation d'obligation contraire à ses principes avec un sentiment de dévalorisation de sa profession, et de la culpabilité. Malgré la mise en place de stratégie de refus, ils pensent qu'un cours sur la gestion des demandes injustifiées est nécessaire avec la mise en place d'une simulation.

Conclusion : Les demandes injustifiées peuvent impliquer une dévalorisation du praticien allant jusqu'au burn-out. La simulation semble être l'outil le plus intéressant dans la formation à ces situations.

Mots clefs : Demandes injustifiées- formation médicale – simulation – internes de médecine générale

Entretiens

Entretien numéro 1 : femme, 28 ans, DES 3

Tout d'abord Bonjour, merci de répondre à mes questions.

Dons je vais te poser quelques questions, l'entretien est enregistré et anonyme.

Le but de ma thèse c'est d'aider les étudiants face aux demandes injustifiées en médecine générale.

Dons je vais commencer les questions :

1/Est-ce que tu as déjà été confrontée en consultation de médecine générale à des motifs de consultations ou des demandes qui te paraissent non justifiés ? Et est-ce que tu peux me raconter ?

Alors des demandes non justifiées, ben tout le temps... surtout lorsque l'on est en tant qu'interne de médecine général, on est dépendant de notre médecin généraliste donc on doit faire comme lui, donc on ne peut pas vraiment dire non. Les demandes injustifiées c'est toujours les bons de transport, enfin beaucoup de patient demande des bons de transport qui pour nous peuvent sembler justifié parce qu'ils sont un peu dépendants donc ils ne peuvent pas se déplacer mais qui, pour la secu enfin ce n'est pas justifié parce qu'il faut être, enfin y'a plusieurs conditions pour avoir ces bons de transport donc oui c'est surtout les bons de transport les demandes injustifiées.

Après y'a aussi, une fois une demande assez abusive je trouve, pour de la kinésithérapie. En fait ce sont les kinés qui font de la balnéo ou des cours d'aquagym ou des cours de gym et les patients venaient à la demande du kiné pour faire une prescription pour leur cours de sport organisé par les kinés donc ça, enfin ma chef était d'accord aussi, on a pas cédé à la demande mais je pense que s'ils demandent c'est qu'il y en a qui le font donc ça je trouve que c'était le plus abusé.

Après d'autres exemples de demandes abusives ben les arrêts de travail, beaucoup de patient demande des arrêts de travail qui sont pas forcément justifiées donc on ne cède pas ou des fois on dit « bon ben 3 jours mais pas plus », ils répondent « ben non mais 3 jours ça ne me sert à rien parce que je n'aurai pas le salaire vu que j'ai 3 jours de carence ». Donc là ça montre que c'est aussi non justifié.

Comme autre demande je pense que j'ai fait à peu près le tour. Au niveau des traitements j'ai pas eu de demandes vraiment abusées. Ah si les parents aussi, pour enfants malades. Il y en a beaucoup qui savent qu'ils ont le droit à un certain nombre de journée donc ils ne se gênent pas... Mais sinon, enfin ils ne se gênent vraiment pas pour demander.

D'accord.

2 / Et du coup lorsque tu t'es retrouvée face à ces situations que ce soit avec le médecin avec qui tu consultais ou toute seule, qu'est-ce que tu as ressenti ? Et comment la consultation s'est déroulée ?

Alors ce que j'ai ressenti, euh, après ça dépend je pense des personnalités mais moi j'ai un peu du mal à dire non et à être enfin pas à être franche mais à, à rester sur ma position et que le patient n'ose pas. Quand je lui dis non il va toujours insister, parce qu'il sait, pas que je vais craquer mais il va insister surtout en sachant que je suis l'interne du médecin que je, pas que je remplace mais avec qui je travaille du coup il sait qu'il a plus de facilité. Même des fois il demande, « oui mais mon médecin traitant le fait » ben je ne peux pas dire non... Vu que je suis censée travailler comme le médecin que je remplace. Donc ce n'est pas forcément évident.

Après moi en tant que médecin généraliste plus tard, j'espère que je dirai non et que mes patients seront bien éduqués et pas trop insistants mais je vais faire en sorte qu'ils sachent que...

Donc tu penses que quand tu seras toute seule face à tes patients ça se passera d'une façon différente de lorsque tu es interne ?

Oui parce que je ne dépends de personne. Je fais ma médecine à moi. Parce que là c'est un peu délicat. On est censé, pas les remplacer, enfin je ne sais pas comment dire, faire comme eux en fait. C'est ce qu'ils attendent de nous et on ne peut pas dire non alors que si après il va voir le médecin « ah ben elle a dit non alors que vous vous me le faite tout le temps ». Ou même quand tu en parles avec ton médecin, il te dit « oui je sais mais je le fais quand même »

Et comment les consultations se sont déroulées ?

Et ben, moi je n'étais pas très bien parce que je sais que c'était injustifié. Après les demandes vraiment abusives comme la kiné ou les enfants qui n'ont rien, je n'ai pas cédé donc les personnes sont partis un peu déçues et mécontentes de ne pas avoir eu ce qu'ils voulaient.

Donc ça dépend. Après ça dépend aussi de la personne en face. Il y en a qui l'entendent et qui vont peut-être essayer ailleurs je ne sais pas. C'est vrai que c'est jamais, enfin ce n'est pas très claire pour les patients. T'es jamais très à l'aise quoi...

De leur dire non ?

Ben pas de leur dire non mais pour eux en fait ils ne comprennent même pas que ce n'est pas justifié, parce qu'ils l'ont déjà eu. Ils ont peut-être l'impression que c'est la personne qui dit non alors que non c'est la, c'est les règles quoi. C'est plus eux qui ne sont pas assez informés et que les autres ont cédé. Après moi non je sais que quand c'est non c'est non. Je sais que souvent ils sont un peu, enfin ce n'est pas évident.

3/ Et quand tu t'es, au bout de plusieurs expériences comme ça face à des demandes injustifiées quand tu t'es à nouveau retrouvée face à ces situations est ce qu'il y a des choses qui ont changé ? Comment ça s'est passé ? Les premières consultations ?

Ah les première j'étais avec les médecins donc ce n'est pas moi qui faisait les choses. Après du coup je vais voir avec les remplacements, ça fait un moment que je n'ai pas remplacé, mais avec les

remplacement je pense que je vais plus facilement, enfin je pense que je vais rester sur ma position en même temps en sortant de l'hôpital où on donne des bons de transport comme ça...Y'a quand même un grand fossé... Tu sors de l'hôpital tu donnes des bons de transport à tout le monde même ceux qui viennent en voiture enfin bref c'est un peu abusé. Mais non je pense que je vais essayer de faire en sorte de faire plus attention tu vois. De vraiment dire non , de m'affirmer enfin voilà c'est ça. Il faut s'affirmer. (rires).

Je vais essayer de m'affirmer enfin voilà. Pour les choses un peu douteuse après les choses qui sont vraiment abusées comme les kinés tout ça je dirai forcément non. Enfin... Mais c'est plus les petites mamies, elles ont leur rendez-vous de consult, elles ne sont pas défaillantes visuelles ou euh, mais qu'elles n'ont pas de permis... Ben là c'est beaucoup plus dur de leur dire « non...vous pouvez pas ».

Donc en fonction de la situation aussi tu t'adaptes ?

Oui voilà c'est ça...exactement.

D'accord.

4/ Et dans ces situations que tu viens de me citer, dans les consultations que tu m'as décrites est ce que tu peux retrouver des freins, des limites, c'est-à-dire quelques chose qui t'ont empêché de répondre non ? Qu'est ce qui a pu t'empêcher de répondre non ? Et à l'inverse qu'est ce qui aurait pu faciliter ta réponse négative ?

Bon là ce qui m'a empêché de dire non c'était surtout les médecins avec qui j'étais parce que je savais qu'il le faisait forcément. Après euh, d'autres, ce sont les petites mamies enfin (rires) les personnes âgées qui n'ont pas forcément de moyens de locomotion donc l'examen est super important ou ils n'ont pas les critères de la CPAM pour bénéficier d'un bon de transport. Mais qu'ils ont quand même un 100% pour autre chose, là je disais oui enfin c'est dur de dire non alors qu'elles en ont déjà eu pour ça

Parce que tu es un peu dans l'impasse ?

Oui c'est ça, il n'y a pas d'autres solutions à part demander à la fille d'arrêter de travailler pour aller la conduire ce qui n'est pas toujours possible. Des fois y'a des petites mamies qui sont vraiment isolées qui n'ont pas, enfin même des petits papis qui n'ont pas de moyen de transport, y'a pas de bus, ils ne sont pas capables de prendre le bus, pour moi c'est la seule solution.

Après la question c'était ?

C'était si, ce qui pourrait t'aider, faciliter une réponse négative à des demandes.

Je pense ce qui pourrait faciliter c'est de bien expliquer aux patients, enfin que tous les médecins expliquent aux patients les raisons pour lesquelles le bon de transport est accepté ou l'arrêt de travail ou enfin ça c'est vraiment important. Peut-être afficher aussi en salle d'attente les raisons du 100%. Qu'est-ce que ça englobe le 100% ? Pour telle maladie, c'est que ces pathologies-là pas les autres médicaments les choses comme ça.

Ou après aussi, le fait que ce soit internet. Parce que quand on remplit c'est déjà pré rempli. On peut dire « ah ben non c'est refusé », du coup, ils n'agressent pas directement la personne en question.

Je me cache derrière l'ordinateur en gros.

Derrière le site de la secu ? C'est ça ?

Oui le site de la secu tu sais les demandes informatisées quoi. Je trouve que ça c'est pas mal ça peut être une bonne idée quand on est dans l'impasse et que les patients ne veulent pas attendre, enfin entendre ce qu'on dit. Dire « ah ben moi je veux bien mais ... »

S'aider de l'administration en fait ?

Oui c'est ça exactement. Je pense que ça peut être une bonne, enfin ça peut être pas mal.

5/ En fait l'objectif de ma thèse serait de faciliter les étudiants à mieux appréhender ce genre de situation grâce à un enseignement par simulation. Qu'est-ce que tu en penses ?

Par simulation c'est-à-dire ?

Tu sais il y a un nouveau laboratoire à la fac où il y a de nouveau enseignement qui vont se mettre en place ce qu'on appelle des simulations où en fait on met l'étudiant en situation réelle.

D'accord donc face à des demandes injustifiées.

Oui voilà moi ça serait créer un scénario basé sur des demandes injustifiées et de le mettre en situation réelle. En face y'a un acteur qui joue le patient et l'étudiant joue le médecin, fait le médecin et mon but serait de créer un scénario pour que ce soit enseigner à la fac pour qu'après ils puissent arriver dans des stages de médecine générale et que ce soit...

Qu'ils puissent mettre en place ce qu'ils ont appris ?

Oui Voilà. C'est ça.

C'est un peu comme ce qu'on avait fait, comment réagir devant des patients agressifs ?

C'est ça. Mais c'est autre chose par ce que la simulation tu n'as personne autour de toi, tu es isolé dans une pièce où tu es filmé, les autres sont dans une autre pièce où ils te regardent sur un écran. C'est une situation complètement différente. C'est vraiment un autre type d'enseignement. C'est pas les jeux de rôle comme on avait nous en cours.

Pourquoi pas, oui ça peut être pour donner des clés un peu, oui pourquoi pas.

Ça t'aurait aidé tu penses ? Si tu avais ce genre de cours ? Est-ce que ça t'aurait aidé ?

J'avoue je ne sais pas. Je pense que ce qui m'aurait aidé ça aurait été de voir les médecins faire et refuser des choses abusives tout le long du stage. Et après c'est sûr que ça peut aider à donner des clés des mots, un argumentaire. Ça m'aurait aidé peut être.

Après je pense aussi que c'est le médecin enfin même nous on doit se forcer. Parce que si les patients tu sais à un moment ils ont dit euh enfin ils ont eu en face d'eux un médecin qui leur disent oui et

qu'un autre médecin leur disent non pour eux c'est un peu incohérent. Ils se disent que lui n'en a pas envie alors que l'autre était gentil. C'est un manque de cohérence je pense c'est pour ça que les gens ne comprennent pas forcément le pourquoi du comment et se disent « ben en fait il peut c'est juste qu'il n'en a pas envie »

Une intolérance à la frustration c'est ça que tu veux dire ?

Je ne suis pas certaine qu'ils comprennent enfin qu'ils sachent vraiment qu'il y ait des règles.

Il y a des bons de transport qui sont donnés aux patients et que ce n'est pas dans la légalité. Ca je ne suis pas certaine qu'ils l'entendent. Je pense qu'ils pensent juste que c'est le médecin qui ne veut pas. Pour les embêter. Et qu'ils se disent « oh bon ça va pour un bon de transport ». Sauf qu'à la fin ça n'en fait pas qu'un.

Est-ce que tu as des trucs à rajouter ?

Euh non je pense qu'on a fait le tour des demandes injustifiées.

AH si... Les médicaments non substituables... où les patients demandent et ils peuvent être assez agressifs pour ça. Ca j'avoue que je ne me prends plus la tête...

Sur les non substituables ?

Oui voilà.

Tu le fais systématiquement quand ils te le demandent ?

Ah non non non c'est rare. C'est vraiment les très très compliqués. C'est vraiment rare.

Si je le fais c'est vraiment les patients où je ne m'en sors pas après 5min en lui expliquant que s'il ne veut pas être substitué il peut faire l'avance à la pharmacie et être remboursé après. Au bout d'un moment je craque pour ça. Surtout que ce n'est vraiment pas beaucoup de patient. J'ai dû le faire rien que là à l'hôpital on l'a peut-être fait 2 fois ou 3 fois depuis 6 mois donc tu vois ce n'est pas beaucoup.

En cabinet il y en a plus qu'à l'hôpital tu penses ?

En cabinet, plus euh peut-être pas plus mais ça arrive plus souvent parce qu'on les voit tous les 3 mois mais en nombre de patient non parce que ceux qui sont hospitalisés c'est ceux que tu vois en libéral.

Je ne pense pas que ce soit plus. Ça dépend du médecin que tu remplaces. Y'en a qui le font plus et d'autres qui le font jamais. S'ils le font c'est quand le patient est très exigeant et que si on le fiat pas il ira embêter quelqu'un d'autre quoi.

Et là tu viens de me dire qu'il ira embêter quelqu'un d'autre est ce que du coup ça fait partie des choses qui te font un peu peur de dire non ? de perdre des patients ?

Ah non, là on n'a pas à avoir peur de perdre des patients. Il y en a tellement qu'on est content enfin pas qu'on est content mais que ça nous dérangerait pas de les perdre ceux-là parce qu'ils sont embêtants. Mais non non. Ça ne fait pas partie de mon argumentaire non non pas du tout. Au contraire, le fait d dire non et de vraiment insister ils iraient voir ailleurs. Ils iraient voir quelqu'un peut être avec plus de personnalité et plus de poigne, plus de charisme que nous internes (rires). Avec l'expérience ils oseraient plus dire non mais non non ce n'est pas un critère peut être que ça le deviendra mais je ne pense pas...

Je te remercie beaucoup.

Entretien numéro 2 : homme, 28 ans, DES 3

Bonjour,

D'abord merci de participer, je te précise juste que l'entretien est enregistré, c'est un entretien anonyme. Le sujet de ma thèse : ça parle des demandes injustifiées en médecine générale, donc je vais te poser quelques questions.

La première question : est-ce que tu as déjà été confronté en consultation de médecin générale à des motifs de consultations ou des demandes qui te paraissaient non justifiés ? Est-ce que tu peux me raconter ?

Euh oui... euh j'ai été confronté à des demandes injustifiées et oui je peux te raconter (rires).

Alors, moi j'ai surtout eu des arrêts de travail, pas forcément tant sur l'indication de l'arrêt mais surtout sur euh la durée... Des gens qui demandent un jour de plus par convenance personnelle.

Par exemple des gens qu'on voit le jeudi, on leur met 2 jours d'arrêt de travail pour un rhume, il demande euh il travaille le samedi matin, il demande si on peut les arrêter le samedi matin de plus,

pour le week-end, ils disent « oh on ne va pas reprendre un jour pour la semaine, autant que je reprenne le lundi bien frais », ça se discute (rires). Bon ça c'est vraiment ce qui moi, m'énerve le plus.

Euh... et en plus on se rend compte que c'est très profession dépendante, ça va être surtout des fonctionnaires qui n'ont pas de jours de carence qui vont vraiment jouer sur ça et c'est vraiment insupportable.

Euh... ensuite il y a tout ce qui est euh bons de transport par exemple.

C'est-à-dire ?

Les gens qui sous prétexte qui sont en ALD vont nous demander un transport pour tout et n'importe quoi, alors qu'ils ne sont pas euh... que le transport ne rentre pas forcément en compte dans l'ALD. Je sais pas par exemple le diabétique qui veut un bon de transport pour aller chez le dentiste, ça ça n'a pas de sens !

D'accord.

Je sais pas je n'ai pas d'autres exemples comme ça de suite mais c'est toutes ces demandes... un diabétique qui veut aller chez l'ophtalmo on peut comprendre mais qui veut aller chez le pneumologue ou chez un autre professionnel de santé qui n'a rien à voir avec son diabète des fois on est amené à, ils nous le demandent alors qu'ils n'y ont pas droit.

D'accord.

Euh et après l'autre grand truc ce sont les antibiotiques... Les gens qui veulent un antibiotique alors que c'est viral et qu'on, sous prétexte que ça accélère la guérison (mime de guillemet) ou que là c'est un rhume qui est descendu sur les bronches (rires) c'est euh, ils demandent à ce que euh à avoir un antibiotique pour que ça se guérisse plus vite, plus vite (mime de guillemet et rires).

Oui d'accord. Euh et du coup, là tu m'as parlé de 3 situations que tu rencontres euh fréquemment euh, qu'est-ce que tu ressentais face à ces demandes-là ? Et euh comment se sont déroulées euh ces consultations ?

Oh ben au début on ressent surtout de l'énerverment parce qu'on se dit qu'ils abusent que c'est euh que ce n'est pas justifié, enfin qu'on n'est pas d'accord avec ça. Après euh des fois on commence à se euh à débattre, à essayer d'expliquer nos positions, à leur expliquer pourquoi, que ça ne se fait pas. Des fois quand quelqu'un est sympa euh qu'il est assez cortiqué et qu'il comprend, ça se passe relativement bien euh, par contre quand on a quelqu'un de bornier qui déjà dès le début, par exemple pour les arrêts de travail il est venu en disant qu'il aura ses 3 jours d'arrêt de travail et sinon il ne repartait pas et qu'il allait nous mettre la misère, en général là le ton monte et on se rend compte qu'on ressent encore plus d'énerverment qu'on est pas bien c'est, c'est, on sort de là on est frustré et après on est pas enclin à être bien pour les autres consultations.

D'accord donc ça t'est déjà arrivé de te disputer avec des patients qui venaient te voir ?

Oh oui, oui, oui, ça... Enfin disputer c'est un grand mot mais euh, à être en opposition sur certains, sur certains faits oui, quand on leur dit « ben je peux pas vous arrêter plus euh c'est euh, on n'a pas le droit, euh ça se fait pas, euh, je peux pas vous mettre, enfin je ne peux pas vous anti dater un certificat 2 jours avant euh, d'arrêt de travail alors que vous n'y étiez pas je n'ai pas le droit » voilà.

C'est compliqué euh...

C'est compliqué de dire non. Euh c'est compliqué parce qu'après les gens sont pas contents, surtout quand on est jeune et qu'on débute on a peur après que les gens nous aiment pas, qu'ils ne reviennent pas nous voir, de perdre des patients, c'est compliqué.

D'accord. Et euh donc tu m'as cité plusieurs situations est ce que quand tu t'es retrouvé à nouveau face à ces situations comment ça s'est passé ? Est-ce qu'il y a des choses qui ont changé pour toi dans les consultations qui ont suivi ?

Euh ben oui après on essaye, une fois qu'on est confronté plusieurs fois à ce genre de situation, on essaye de trouver des excuses, des stratégies euh, pour ne pas le faire. Je ne sais pas par exemple d'arrêt de travail, quand ils arrivent un jeudi qu'ils ne sont pas allé travailler depuis le début de la semaine parce qu'ils ont le nez qui coule et donc qu'ils veulent un certificat justificatif, je leur dis que non, tout est informatisé et que le logiciel, ça part le jour même qu'on a plus le droit d'antidater. On ne peut pas quoi... par exemple. Que le logiciel ne permet pas d'antidater au-delà de 24h, on peut juste faire la veille et si jamais vraiment gros soucis on arrive à y aller mais le reste, plus on ne peut pas par exemple. Ou alors, je leur montre sur les logiciels, on a les, les, le nombre de jour recommandé par la sécurité sociale, je leur montre « vous voyez on a le droit à 2 jours pour une rhinopharyngite, on ne peut pas mettre plus sinon ce n'est pas, ça passe pas, on n'a pas le droit. » Donc l'informatique finalement avec les logiciel sécu aide à se, à montrer qu'il y a plus de traçabilité et qu'on ne peut plus faire de chose de complaisance. Par exemple pour les arrêts de travail.

D'accord.

Pour les antibiotiques, euh, ben faut trouver des arguments un peu plus, des arguments euh et après ce qu'on peut faire, enfin moi ce que je fais, je les reconvoque, mais ça il faut être dans des situations où on est sur plusieurs jours dans le même cabinet. On leur dit « ben j'en mets pas vous verrez ça va passer, je pourrai vous revoir dans 48 heures si ça ne passe pas, si ça évolue mal on improvisera ».

La reconvoque dans certaines situations peut être utile, les gens aiment biens, ils ont l'impression, et puis c'est le cas, qu'on prend soin d'eux et ça peut mieux passer que de leur dire un non catégorique en leur disant « non vous en aurez pas, quoi qu'il arrive c'est viral, vous n'en aurez jamais ». Être dans la négociation dans certaines situations marche avec une reconvoque, finalement ils sont contents.

D'accord (Blanc). Donc tu as réussi à trouver des stratégies pour pouvoir euh, ...

Enfin des stratégies oui, avec de l'expérience, ça prend du temps, il faut trouver et on en discute avec certains, avec des médecins, avec les maîtres de stage comment ils font, comment est-ce qu'ils ont développé et euh puis voilà après on trouve aussi les nôtres qui nous sont propres et plus on prend d'expérience, plus on en voit, plus on arrive à s'en débarrasser. Et plus on prend d'expérience aussi plus on relativise et puis on se dit que ben s'ils ne sont pas contents de toute façon c'est, ils n'ont pas le droit ils n'ont pas le droit et puis s'ils ne sont pas contents c'est leur problème.

D'accord. Je vais passer à la question suivante euh dans les situations que tu m'as évoqué au début, les exemples que tu m'as donné de demande injustifiée que tu as pu avoir, est ce que tu peux retrouver des freins et des limites euh dans ces situations donc qu'est ce qui t'a empêché enfin qu'est ce qui t'a, enfin quels ont été les freins, quels ont été les euh les choses qui t'ont empêché de dire non à ces demandes qui te paraissaient injustifié et à l'inverse des éléments qui dans ces situations qui t'aurait permis de dire, qui t'aurait facilité la tâche pour dire non ?

Ben les freins euh... ça va être surtout le fait de enfin d'être jeune, de pas être assez sur de soi, on est souvent sur des gens qui ont l'habitude de médecin des fois qui se base sur leur pratique en disant « le docteur tant, lui il me le fait » donc quand on est en remplacement, qu'on remplace un médecin qui le fait c'est difficile de, c'est encore plus difficile de dire non. Ce n'est pas on est là, c'est nos patients, on impose nos habitudes, on est obligé de s'adapter aux habitudes du médecin qu'on remplace parce que sinon ben les patients sont pas contents, ils râlent, euh ça se passe mal après. Ça peut entacher les relations qu'on a avec le patient euh non, avec le médecin euh... Donc au début on ose un peu moins par manque d'assurance.

Manque d'assurance.

Je dirai. Euh et puis des fois même quand on débute on aime pas forcément trop le conflit hein, personne n'aime le conflit, le conflit ça énerve toujours, ça fait peur donc des fois on a des gens qui sont plus, plus, vraiment virulent euh, donc euh c'est pas des situations qui sont agréables et il faut arriver à garder son calme à trouver des stratégies où ils se rendent compte que vraiment on ne peut pas qu'on est euh qu'on est pieds et mains liés et que c'est pas nous, on aimerait bien mais que, leur faire croire qu'on aimerait bien mais que nous on ne peut pas. Se remettre, enfin moi par exemple je me mets pour les arrêts de travail sur des instances supérieurs, je me mets sur, je mets tout sur la sécu, même s'il faut s'ils sont vraiment très virulents, en critiquant avec eux, en rentrant dans leur jeu comme ça ça fait gagner du temps et ils sortent.

D'accord. Donc en fait tu vas dans leur sens...

Je vais dans leur sens sans aller dans leur sens. C'est un peu euh voilà « oui, oui, je pourrai si, mais je n'ai pas le droit »

Donc tu vas dans leur sens mais tu t'aides de tout ce qui est sécurité social, recommandation CPAM...

Oui sur les instances pour après faire arriver, à la finalité que je veux. C'est-à-dire pas leur mettre leur jour ou leur jour en plus, pas leur antider leur certificat, leurs arrêts de travail euh les antibiotiques, plus on avance dans le temps plus on est fréquemment dans le même lieu donc on arrive à les reconvoquer euh à leur expliquer euh et puis à voir vraiment, à juger au mieux les situations qui en nécessite aussi parce qu'au tout début on dit « ah ben c'est viral, c'est viral » puis on se rend compte qu'en effet, nous aussi, on a pas forcément la science infuse et que des fois effectivement dans

certaines situations on pense que ça va passer mais ça passe pas forcément donc même en ayant de l'expérience on arrive à adapter notre propre jugement.

On va passer à la question suivante, en fait l'objectif de ma thèse ça serait de faciliter les étudiants à mieux appréhender ce type de situation grâce à un enseignement par simulation pour qu'il démarre avec un bagage, qu'est-ce que tu penses de ça ?

C'est bien. C'est bien après faut arriver à cibler parce que c'est toujours plus ou moins les mêmes quand on regarde ce qui gonfle tout le monde c'est toujours plus ou moins les mêmes choses quand on en discute entre nous. C'est les arrêts de travail, les antibiotiques, les bons de transport, les certificats antidaté, toujours, je ne sais pas il doit y avoir 5 à 10 grandes situations qui posent problème. Donc il faut bien les lister et après se mettre en situation et voir comment les autres euh réagissent, quelles sont leur clé pour s'en sortir et leur donner aussi des idées. Donc ça nous fait une acquisition d'expérience accélérée. Ça peut être bien. Mais voilà, ...

Toi tu n'as pas eu accès à la simulation sur ce genre de situation mais en stage ou même en remplacement après tout ce que tu m'as cité tout à l'heure ce qui te facilitait les choses comme te baser sur le site de la sécurité sociale ou sur l'outil informatique qui fait que tout est tracé. Ce sont des choses que tu as trouvé toi-même ou qui t'ont été dites par d'autres médecins ? Enfin comment ça s'est passé ?

Les choses qu'on voit faire en stage ou on se rend compte, ou on le fait. Quand on voit des onglets apparaître et qu'on doit les remplir personnellement, oh ben tiens la prochaine fois si y'en a un qui ou alors dans la discussion quand on est couteau sous la gorge, on est en train de remplir un truc on voit ça « ah ben regardez je ne l'invente pas, c'est écrit euh » et puis on se rend compte que ça marche donc quand on voit que ça marche des fois quand ça nous sauve in extrémis ben on le refait et ça nous fait gagner un temps fou. Mais c'est plus par expérience personnelle quand on mène la consultation de A à Z où on a personne qui est là à côté de nous comme bouée de secours on se rend compte de la difficulté que c'est de dire non qu'on arrive à trouver des solutions pour ne pas se mettre en difficulté, à arriver à notre finalité c'est-à-dire de respecter les recommandations de bonnes pratiques tout en gardant de bonnes relations avec le patient en essayant de lui faire comprendre et que la consultation se termine sur un bon ton ou plutôt que sur des disputes ou de l'énervement. Il faut de l'expérience. Au début soit on cède, soit ça se passe mal. Mais il faut de l'expérience. Après ça se passe beaucoup mieux quand on a ciblé ces situations abusives et qui fait qu'on a 3 ou 4 clés sur chaque situations ça se passe mieux.

Donc toi au fur et à mesure des expériences tu as eu l'impression que c'était de mieux en mieux pour toi ces situations-là.

Oui OUI maintenant je me dispute moins qu'avant je suis plus convaincant, plus sûr de moi. Puis ça dépend des situations. Par exemple la gastro on dit que c'est 3 jours bon ben si y'a un souci il se vide vide vide il en peut plus il est au bout du rouleau on n'est pas à un jour prêts, ou alors pareil la reconvoction. Toujours mettre des portes de sortie, la reconvoction aide beaucoup cette clé est très

utile. Quand ils sentent que le médecin est disponible, ça aide aussi à fournir une clé. La disponibilité la reconvoction ça aide dans la négociation pour dire non.

Montrer qu'on est de bonne foi.

As-tu autre chose à rajouter ?

Non c'est bon

D'accord merci.

Entretien 3 : femme, 27 ans, DES 3

Bonjour,

Donc je te rappelle que cet entretien est anonyme et enregistré.

Ma thèse est une thèse sur les demandes injustifiées en médecine générale. Donc je vais commencer mon entretien. Si tu as des questions sur les questions, n'hésite pas.

1/ Est-ce que tu peux me raconter si tu as déjà été confrontée en médecine générale à des motifs de consultation ou des demandes qui te paraissaient injustifiées ?

Oui, ça m'est arrivé. J'ai déjà été confrontée une fois à une demande d'antibiothérapie qui était injustifiée chez une dame qui consultait avec sa fille qui devait avoir 6 ans qui avait été mordue par une tique mais la tique n'était plus là elle avait été enlevée avant. Elle l'avait eu un jour quelque chose comme ça. Elle avait déjà consulté le médecin qui faisait les urgences ce jour-là au cabinet, qui lui avait dit qu'il n'y avait pas de nécessité d'avoir des antibiotiques. Elle n'était pas satisfaite de la réponse, et là elle consultait du coup un deuxième médecin dans la maison de santé pour avoir ses antibiotiques. Donc moi je pensais comme le premier médecin que ce n'était pas justifié, après je voyais bien que la mère était inquiète, qu'il y avait eu des situations de maladie de Lyme dans sa famille, dans l'entourage qui était euh comment dire, enfin du coup ça lui faisait peur.

Je sais pas si tu veux que je développe vraiment la situation ou pas.

Oui, oui vas-y, je t'écoute.

Et du coup, finalement, je me suis dit que le traitement de base par amoxicilline c'était pas si embêtant que ça et bon le souci c'est que cette jeune fille était allergique à l'amoxicilline qu'elle avait moins de 8 ans pour les fluoroquinolones et que du coup ça donnait une antibiothérapie beaucoup plus lourde. J'ai fini par demander l'avis d'un autre médecin du stage et devant l'insistance on a fini

par lui mettre l'antibiotique... C'est vrai qu'on était embêté du fait que ce soit une antibiothérapie lourde, pour une chose qui n'en méritait pas et que finalement ce n'était même pas pour la personne qui le demandait mais pour sa fille. Voilà c'était une demande injustifiée que j'avais eu.

2/ Qu'est-ce que tu as ressenti ? Quels ont été tes sentiments face à cette situation et comment s'est déroulé l'entretien avec la maman ?

Ben du coup au début le sentiment, c'est que pour moi il n'y avait pas besoin d'antibiothérapie ce que je lui ai expliqué. Après j'ai compris qu'elle, elle était très stressée par rapport à ça, qu'elle était angoissée que de toute façon, moi si je ne lui prescrivais pas les antibiotiques elle irait autre part. Elle ne se serait pas arrêtée à vouloir une antibiothérapie donc finalement j'ai été embêtée parce que ça ne se justifiait pas mais je comprenais que elle, elle puisse être stressée par rapport à ça, par rapport à ce dont elle avait entendu parler autour. Et que dans son entourage elle connaissait des personnes qui était embêtées par rapport à ça et j'étais d'autant plus embêté que c'était pour un enfant qui finalement s'en foutait un peu. C'était un peu le dilemme entre donner à la maman ce qu'elle voulait, de toute façon elle l'aurait obtenu autrement je pense, et essayer de faire le mieux pour l'enfant qui elle n'avait pas grand-chose.

Tu t'es un peu sentie bloquée en fait ?

Je me suis sentie bloquée et finalement ben moi comme finalement la prat avec qui j'étais, à la fin on s'est senti, je peux pas dire qu'on s'est senti mal mais en tout cas on a pas eu l'impression d'avoir fait une bonne consultation avec une bonne prise en charge parce que c'était pas, finalement on a pas vraiment choisi, à part mettre l'antibiotique qui était le plus adapté dans cette situation-là, on a pas, c'était pas, comment dire, la prise en charge que nous on aurait fait de base si on avait pas eu la mère qui insistait.

D'accord.

3/ Et donc du coup tu m'as racontée cette situation, est ce que tu t'es déjà retrouvé face à d'autres situations de demandes injustifiées et comment ça s'est passé après avoir eu des premières expériences ?

Tu veux dire par rapport à une fois que, si je rencontrais plusieurs fois la même situation est ce que ça s'améliore après ?

Est-ce que tu changes de comportement ? Est-ce qu'il y a des choses que tu modifies ?

Je trouve que c'est, bah, euh pour tout ce qui est antibiotique je pense que au fur et à mesure enfin je pense que ça dépend comment est la personne. Y'a beaucoup je pense de demandes injustifiées pour des antibiotiques même pour des, je ne sais pas par exemple des trucs banals et euh finalement on trouve plus les arguments pour, au fur et à mesure qu'on rencontre la situation, je pense qu'on trouve plus d'arguments. Après quand les personnes demandent des antibiotiques parce qu'elles ne savent pas trop ou elle pense que c'est le traitement mais qu'elles ne sont pas trop insistantes non plus, finalement on arrive, enfin moi je trouve que j'arrive à les faire changer d'avis et à finalement faire ce

que je veux. Mais ce qui est plus compliqué dans l'antibiothérapie c'est quand les personnes sont, ont des antécédents de pathologies cardiaques, des valves, ou des antécédents infectieux pulmonaires, on peut penser que ce n'est pas justifié mais finalement tous les médecins qui les voient avant leur mettent des antibiotiques de peur d'avoir une complication et finalement c'est dans ces situations là que c'est plus compliqué de dire non parce qu'on se dit « oui on le fait », est ce que enfin, est ce que vraiment, nous c'est la première fois qu'on la voit donc est ce que vraiment c'est vrai et elle va faire une pneumopathie à chaque foi. Est-ce qu'elle se connaît bien et, ou alors est ce qu'elle est toujours sur traitée et c'est dommage et qu'on devrait vraiment maintenir le cap. Ça c'est vrai que c'est plus compliqué parce que y'a pas vraiment de, on n'a pas vraiment de preuve. S'il y a 10 médecins avant qui ont dit la même chose, est ce que nous vraiment (rires) en tant que jeune médecin on est apte à dire que non, c'est n'importe quoi. Des fois je trouve que c'est plus compliqué dans ces cas-là ou quand les gens sont plus insistants et que voilà on a un doute, il y a quelque chose qui fait douter, même si c'est pas vraiment dans les cours et que c'est pas les recommandations, c'est vrai que ça c'est plus compliqué.

Donc là ce que tu me décris c'est l'expérience qui fait que tu pourrais avoir plus de packaging pour dire non ?

Oui en fait c'est surtout un doute sur ma propre expérience par rapport à celle des médecins qui ont prescrit avant alors que peut être finalement dans ce cas-là les antibiotiques c'est aussi quelque chose qui est prescrit très largement par des médecins plus âgés alors que c'est pas forcément toujours nécessaire. Mais c'est vrai que, oui en fait peur de se tromper finalement sur des personnes qui ont déjà eu des soucis et par exemple, en cas de toux les personnes qui ont déjà eu une pneumopathie une ou 2 fois, même si on pense que c'est viral comme les personnes insistent avec cet antécédent, peur de passer à côté et que la personne face une complication. Cette peur est peut être injustifiée. Mais en tout cas on n'aurait pas, la personne n'aurait pas insistée on n'aurait pas ces infos là, on n'aurait pas traité pareil. C'est vrai que c'est plus compliqué à gérer. Donc oui c'est l'expérience. (rires).

Disons un doute sur mon expérience quoi... (rires)

4/ Dans ces situations où on te demande des antibiotiques de façon injustifiées, est ce que tu peux retrouver des choses qui t'ont empêché de dire non à la mise en place d'antibiotique et à l'inverse des choses qui auraient pu t'aider à dire non ?

Les choses qui peuvent m'empêcher de dire non, moi je pense que en général ça va surtout être sur le caractère de la personne en fait. C'est vrai que des personnes très, quand la personne est très butée dans son , dans sa demande et qu'elle euh comment dire, vraiment on voit que pour elle de toute façon il n'y a pas d'autre alternative, c'est déjà décidé elle vient au supermarché, des fois c'est plus dur de, enfin oui je pense que quelqu'un qui a un fort caractère ou un patient plus embêtant qu'un autre finalement ben je pense que j'aurai plus de mal à dire non que quelqu'un, peut être qu'un patient moins sûr de lui qui demande ça mais sans vraiment d'appui derrière parce que des fois finalement y'a des patients qui ont des argumentaires qui ne sont pas vraiment vrais et pas

forcément justifiés mais qui ont, qui avancent des arguments. C'est plus dur face à ces personnes-là qu'à des personnes qui sont sans arguments qui ont un moins fort caractère. C'est surtout ça et puis je pense que dans certaines situation, il y a aussi le fait que moi je peux douter un peu aussi. Dans les situations où je suis vraiment sure de moi, ça va être beaucoup plus facile s'il n'y a aucun antécédent. Que je suis sure que ça ne fait, qu'il y a pas besoin d'antibiotiques, je vais pas les prescrire quitte à dire de revenir si ça ne va pas mieux mais par contre s'ils arrivent à instiller un peu un doute (rires) ben finalement je vais plus céder à ce moment-là.

Donc c'est un peu toujours le manque d'expérience.

Oui c'est le manque d'expérience et puis le manque d'affirmation, de confiance à soi qui peut être lié au manque d'expérience mais aussi à un caractère, au caractère qui fait que c'est peut être aussi parce que c'est le début de la pratique en effet et que plus tard, ça ira mieux quand on se sera affirmé. (rires)

5/ En fait l'objectif de ma thèse, ça serait de faciliter les étudiants à mieux appréhender ce type de situation grâce à un enseignement par simulation. Qu'est-ce que tu en penses ? Et déjà est ce que tu sais ce que c'est la simulation ?

Alors je n'en ai jamais fait après, enfin je ne sais pas du coup, je ne sais pas si la simulation, je ne sais pas forcément exactement ce que c'est. Est-ce que ça regroupe que ce qui est vraiment par ordinateur ou est-ce que ça peut être aussi de personne à personne genre jeu de rôle ?

Ce n'est pas un jeu de rôle parce qu'en fait c'est un acteur avec un étudiant qui va jouer le médecin. On est dans une pièce filmé seul, et les autres étudiants sont hors de la pièce et regarde la situation. Et donc cet acteur joue à fond son rôle, le rôle qu'on lui donne. En fait ça serait de mettre un acteur avec un étudiant face à une demande injustifiées, par exemple comme tu viens de citer, les antibiotiques. Donc moi j'aimerais créer ça et du coup qu'est-ce que tu en penses ?

Je pense que c'est bien et intéressant, ça permet le fait de le faire à plusieurs de trouver ensemble des solutions. Peut-être que tout le monde à trouver des petites solutions dans sa pratique soit trouver plus d'argument soit, ...

Eté je pense que oui ça peut aider. Finalement c'est un partage d'expérience sur ça donc comme c'est en partie un manque d'expérience, ça peut aider à plusieurs en fonction des situations que les uns et les autres ont rencontré. Peut-être que chacun a développé des façons d'être qui font que ils ont réussi à maintenir leur cap (rires). Et ça je pense que ça peut être intéressant oui...

Est-ce que tu as des choses à rajouter ?

Non après c'est vrai que là je te parlais d'une situation que j'avais eu toute seule après c'est vrai qu'on les voit aussi des demandes injustifiées mais dans des situations qu'on a vu avec des prat et qu'on a pas vraiment gérer nous-même donc c'est un peu plus dur de dire comment on a réagi parce

qu'on aurait pas forcément réagi comme le prat. C'est un peu plus dur d'expliquer c'est pour ça que j'ai pris cette situation-là. Mais c'est vrai que je pense que c'est un problème les demandes injustifiées et j'ai l'impression de plus en plus parce que les gens font de moins en moins confiance en la médecine, se renseigne plus de leur côté et je pense qu'il n'y a plus de confiance aveugle dans le médecin.

Différente d'avant ?

Oui je pense.

Ben écoute je te remercie beaucoup pour tes réponses.

Entretien 4 Femme 26 ans DES 3

Tout d'abord bonjour, je te précise que l'entretien est anonyme et enregistré. Je te remercie pour ta participation donc voilà, on va commencer.

J'ai quelques petites questions à te poser. Donc ma thèse concerne les demandes injustifiées en médecine générale, c'est le sujet de ma thèse.

Donc La première question : est-ce que tu peux me raconter si tu as déjà été confrontée en médecine générale à des motifs de consultation ou des demandes qui te paraissaient injustifiées ?

Euh oui... je te donne plusieurs exemples ?

Oui vas-y.

Euh y'a surtout des demandes de personnes qui veulent des prises de sang sans raison, ça c'est un motif assez fréquent, des bilans alors que tout va bien pour des personnes jeunes sans facteurs de risque. Euh, après c'est vrai qu'il y en a beaucoup qui réclament aussi des médicaments pour leur petit stock personnel (rires).

Après y'a tout ce qui est nomadisme médical, avec des gens qui réclament des examens complémentaires qu'on leur aurait demandé alors qu'on ne sait pas trop ce qui s'est passé avant.

Puis certains certificats.

Est-ce que tu as des exemples où vraiment que tu peux me donner avec des personnes, sans citer de nom, mais avec vraiment des personnes en particuliers qui t'auraient marqué, qui t'aurait demandé des choses qui t'ont marqué ?

Euh, j'avais eu une patiente ici au cabinet qui avait été vu qu'une ou deux fois. C'est une dame qui était en vacances dans la famille ici donc qui n'était pas suivie ici et qui venait, une dame obèse, hypertendue, sans aucun traitement puisqu'elle n'était pas suivie au niveau médical. Une hyperglycémie à jeun qui n'était pas traitée et qui réclamait un échodoppler des membres inférieurs parce que sa sœur lui avait dit qu'il fallait qu'elle en fasse. Enfin beaucoup d'examen alors que je ne connaissais pas du tout le dossier de cette patiente et que je savais que je ne la reverrai jamais, donc c'était un peu délicat de prescrire tout un tas d'examens.

D'accord.

Ok. Et donc face à ces diverses situations, est ce que tu peux me décrire ce que tu as ressenti et comment se sont déroulées les consultations ?

Ben déjà j'essaie de comprendre pourquoi les gens veulent un examen, un médicament en particulier. Euh, souvent c'est parce que quelqu'un qui n'est pas médecin leur a dit qu'il fallait faire ça ça ça. Donc j'essaie de reprendre les bases avec eux, déjà les examiner de reprendre bien l'interrogatoire pour essayer de leur faire comprendre que ce n'est pas forcément nécessaire. Euh voilà, après, je trouve

que vraiment le plus important c'est de leur faire comprendre parce que des fois ils arrivent, une fois qu'on leur a bien expliqué que ce n'était pas nécessaire, à le comprendre. Vraiment reprendre tout bien et leur prouver que ce n'était pas nécessaire.

Et ce que tu as pu ressentir quand, avant de tout leur réexpliquer, les sentiments que tu as quand on te demande ce type de choses qui te paraissent injustifiées ? Est-ce que tu ressens des choses particulières toi ?

Ben au début c'est toujours un peu compliqué. On sait que ça va être une consultation difficile, quand c'est des gens comme ça très demandeurs on est un peu, c'est un peu perturbant. Enfin des fois on se sent un peu à la limite de la médecine. Enfin quand ça sort de demandes de nos compétences ou euh, ouais c'est vrai que c'est pas toujours simple.

Je passe à la troisième question : après ces différentes expériences, lorsque tu t'es à nouveau retrouvé face à ces situations, comment est-ce que ça s'est passé ? Ou comment imagines-tu tes prochaines consultations avec ces demandes ? Est-ce que tu ferais pareil que ce que tu m'as décrit ou autrement ?

Ben c'est toujours à adapter à la personne, à son niveau de compréhension, ce qu'elle sait. En fonction de ses pathologies aussi. Oui dans tous les cas en début de consultation c'est stressant parce qu'on se demande si on va réussir à limiter les examens inutiles ou à, sans que les gens partent mécontents avec l'impression de ne pas avoir été compris, entendus et bien soignés. Donc c'est sûr que, en plus c'est jamais exactement les mêmes situations qui se présentent donc c'est toujours différent. Après c'est sûr qu'avec l'expérience, c'est plus simple de dire non de bien réexpliquer alors que c'est vrai que des fois au début on cède un peu à certaines demande. Surtout des fois quand on remplace et qu'on nous dit « ben d'habitude, mon médecin fait ça » c'est toujours un peu délicat de dire « ah ben non moi je ne fais pas comme ça ». Donc souvent on leur dit que nous on ne ferait pas comme ça mais finalement on prescrit des fois, si les autres médecins qu'on remplace ont l'habitude de faire comme ça.

Dans les situations que tu as vécues et notamment celles que tu m'as décrites est ce que tu peux retrouver des éléments de la consultation qui t'ont empêchés de répondre non à des demandes injustifiées ? est ce qu'il y a un moment où tu as cédé à une demande injustifiées et pourquoi tu y as cédé ? Et à l'inverse qu'est ce qui pour toi aurait facilité le fait de ne pas accepter les demandes injustifiées ?

Ben non mais j'ai déjà cédé sur des , surtout sur des bilans, parce que dans un sens c'est sur ça rassure les gens et puis des fois, ben on sait pas si, eux ils décrivent parfois certains symptômes exprès presque pour avoir leur bilan et on ne peut pas passer à côté de quelque chose de grave.

Donc là c'est vrai je me dis que quelques fois, juste avec un bilan ça peut les rassurer. Après c'est sur qu'on s'adapte aux pratiques de personnes qu'on remplace. Donc oui j'ai déjà cédé sur des bilans. Et après au contraire, quand les patients sont compréhensifs j'ai déjà réussi à leur faire comprendre que ce n'était pas nécessaire et qu'on verrait par la suite si ça persistait au niveau des symptômes.

Et qu'est ce qui t'aurais , là tu m'explique que c'est plus par rapport au comportement des personnes que tu as en face de toi, que tu as plus de facilité à répondre oui ou à répondre non en fonction. Est-ce qu'il y a autre chose, mise à part la personne en face de toi, en fonction de son comportement, est ce qu'il y a d'autres éléments qui auraient pu t'aider ?

Ben c'est sûr que si on avait des formations pour apprendre à dire non ça pourrait être utile pendant les cours du DMG. Après c'est vrai que ça dépend... Si c'est la troisième demande injustifiée de suite c'est sûr qu'on va peut-être être moins patient et céder plus facilement dans la journée que si c'est la première consultation du matin ou des choses comme ça.

En fait, l'objectif de ma thèse serait de faciliter les étudiants à mieux appréhender ce type de situation grâce à un enseignement par simulation. Est-ce que tu sais ce qu'est une simulation ? Est-ce que tu en as déjà fait ? Est-ce que tu y as déjà participé ? et qu'en penses tu ?

J'en ai fait pendant mon stage aux urgences pédiatriques à Nîmes des simulations avec des mannequins avec un bébé et un enfant de 5 ans sur des situations d'urgence vitale. J'ai trouvé que c'était bien parce que du coup on a pas la même pression que si ça arrive en vrai mais ça nous permet de revoir quand même certaines choses, dans des conditions qui ressemble presque à la norme sans le stress. C'est vrai que des mises en situation je trouve ça toujours utile dans notre formation.

Et est-ce que tu penses qu'une simulation sur une demande injustifiée pourrait aider les étudiants à après se retrouver en consultation et pouvoir plus facilement dire non au patient ?

Oui je pense que ça serait utile justement pour avoir déjà vécu la situation et ne pas se retrouver la première fois seule face au patient et pas trop savoir quoi lui dire.

Est-ce que tu as des choses à rajouter à tout ça ? des choses qui te viennent ?

Non rien de particuliers.

Ok. Je te remercie beaucoup.

Entretien 5 : Femme, 25 ans, DES 2

Tout d'abord bonjour, merci de ta participation.

Je te rappelle que l'entretien est anonyme et enregistré.

Donc je vais commencer les questions. Mon entretien concerne les demandes injustifiées en médecine générale, si tu as des questions à me poser sur les questions que tu ne comprends pas, n'hésite pas.

Donc ma première question : est-ce que tu peux me raconter si tu as déjà été confrontée en médecine générale à des motifs de consultation ou des demandes qui te paraissaient injustifiées ?

(Blanc) Alors déjà ce n'est pas évident de se rappeler, donc c'est forcément en médecine générale...

Des demandes injustifiées... hum... (blanc)

Après moi c'était pas, ouais, enfin je ne pense pas que ce soit allé très très loin en tout cas c'était pas des gros trucs.

C'était souvent des patients qui arrivaient avec leur liste de course quoi. Ils voulaient ça et même si ce n'était pas indiqué...

Ils ne venaient pas pour voir le médecin, ils venaient pour faire leur course, pour avoir la radio, le bilan, le machin,... puis c'était, bon c'est vrai que le prat ou que ce soit moi qui les ait vu, on ne pouvait pas leur dire « NON ». Dans la plupart des cas, par exemple c'était un jeune homme, ça pouvait être en général des jeunes hommes de 30-40 ans, tu te dis que tu ne ferais rien parce qu'ils ne sont pas malades mais qui viennent pour un « check-up » (imitation des parenthèses).

Donc tu leur expliques que le check up ça n'existe pas (rires) mais ils veulent quand même sortir avec la prise de sang donc euh... tu te sens un peu mal, enfin après c'est vrai que moi mes prats le faisait, mais tu te sens mal en tant qu'interne de leur dire « ben moi je le fais pas », pour t'affirmer devant le patient.

Mais bon c'est vrai qu'en plus tu n'as pas, enfin certains ne veulent pas, enfin t'as pas le temps de négocier donc tu prescrites la prise de sang et ils partent avec leur prise de sang et ils sont contents.

Bon ça reste gentil entre guillemet hein parce que c'est pas des trop gros trucs après en vraie demande euh...

J'avais des prats qui étaient assez sympas (rires) mais qui savaient se faire respecter. On a pas eu de personnes qui sont restées dans le cabinet en demandant des trucs complètement aberrants, comment on appelle ça, des arrêts de travail si c'est pour des choses complètement loufoques euh...

Y'en a pas mal qui insistent sur des dossiers administratifs qui pour nous n'étaient pas indispensables mais comme ils avaient le droit... Enfin nous on ne mentait pas, enfin tu vois, des demandes d'APA des choses comme ça, où ils te disent qu'ils y ont droit alors que non.

Il y en a qui sont plus handicapés des choses comme ça qui ne l'ont pas, parce que ça suffit pas et même eux ils l'auront pas, et pourtant à chaque fois ils font les demandes parce que tant qu'ils peuvent en profiter ils essaient jusqu'à ce que ça finisse par passer. Les renouvellements d'ALD aussi... En fait c'est tout ce qui est administratif.

Tu passes ton temps à leur expliquer que c'est des choses qui sont dans certaines indications et que c'est pas parce qu'ils y ont droit (rires) que forcément ça va leur être octroyé... (rires).

Donc toutes ces demandes tu répondais positivement à ça, tu leur faisais...

Ouais c'est vrai que quand ça mettait pas en jeu notre responsabilité en tout cas, avec mes prats, parce que la plupart du temps j'étais quand même avec eux dans le cabinet, c'était plutôt eux qui prenaient les décisions, euh... Enfin c'est vrai que moi toute seule pour certaines choses je ne l'aurais pas fait mais qu'ils refassent un dossier d'APA en ne mentant pas, en mettant la vérité et qu'ils savent qu'ils ne l'auront pas plus, par exemple, ben moi ils le faisaient... mais c'est vrai qu'ils se battaient pas beaucoup (rires).

D'accord.

Donc je vais passer à la deuxième question : par exemple face aux demandes que tu me décrivais, de laboratoire, d'examen complémentaires, tout ça... euh quand les patients demandent ça, qu'est-ce que tu as ressenti face à ces situations quand tu t'es retrouvée seule face à eux ? et comment s'est passée ta consultation ?

Ben on se sent un peu déstabilisé parce que on ne leur dit pas non comme ça, en plus ils ne sont pas prêts à l'entendre déjà... euh notamment ya des gens qui nous font faire des certificats pour des choses qui sont pas du tout dans la liste des certificats qui sont normalement donnés et pourtant enfin on est un peu bloqué dans le sens où par exemple, j'ai fait un certificat médical de non contre-indication à tourner devant une caméra, parce que le mec avait été figurant sur un film et les gens qui l'avaient engagé demandait le certificat médical pour ça... T'as envie de dire que ça vaut rien, c'est complètement inutile et en même temps si tu lui fais pas il va être embêté derrière enfin c'est pas pour, enfin c'est la pression de la société ou je ne sais pas qui l'avait engagé, qui lui a dit que c'était indispensable, alors que tu ne peux pas lui sortir la liste et lui dire « eh ben non vous voyez, regardez ce n'est pas légal. Allez demander, enfin tu vois tu te retrouves un peu embêté et coincé pour pas embêter les gens. Parce qu'ils sont gentils ils veulent pas, ...

Mais c'est vrai qu'on se retrouve des fois à faire des certificats des choses qui... Ah ouais j'ai eu une dame qui en demandait pour justifier que son état de santé nécessitait qu'elle habite au rez de chaussée... parce qu'elle était en étage et qu'elle devait monter des escaliers mais tu sais elle avait des problèmes respiratoires, une insuffisance respiratoire un truc comme ça... Et comme ce sont des gens qui sont en général, qui demandent des HLM des choses comme ça, ben ils demandent des certificats médicaux pour avoir un appartement au rez de chaussée...

D'accord.

Enfin on marche sur la tête... (rires)

Mais c'est vrai que tu te sens déstabilisé parce que la plupart des gens c'est pas, ils viennent pas méchamment c'est juste qu'on leur demande ça... Donc tu peux pas dire non, tu peux pas dire que tu ne peux pas le faire parce que c'est pas légal... Je ne peux pas vous le faire parce que eux, même si ils vont voir les personnes qui leur demandent, ça va bloquer.. ; Ils vont leur dire « ben si on a toujours fait comme ça... ». Parce que du coup ça s'est installé et les médecins le font et, enfin, c'est dommage quoi !

D'accord.

Enfin c'est vraiment dommage...

Donc tu penses que si dès le départ les médecins avaient dit « non hors de question » ben ça ça ne serait pas...

S'il y avait un cadre plus clair parce que maintenant c'est vrai qu'on nous demande pas mal de demandes qui au final on passe un peu à la trappe parce que y'avait pas de cadre clair donc les gens disaient « ben oui je peux vous le faire » et du coup après c'est rentré un peu dedans... J'ai quand même eu un certificat de sport pour un mec qui voulait jouer aux échecs... non mais aux échecs... le club d'échec lui a demandé un certificat médical de non contre-indication à la pratique d'un sport... J'ai dit mais c'est pas possible quoi... Enfin ça devient n'importe quoi... (rires) qu'est-ce que tu veux qu'il fasse quand il joue aux échecs ... il est assis sur une chaise... (Rires). Donc c'est vrai qu'il aurait peut-être fallu qu'il, parce que même si maintenant il y a un cadre et c'est vrai que la sécurité sociale a publié la liste des certificats médicaux qui sont légaux et ceux qu'on peut faire. Même si tu le montres à la personne euh, en fait c'est pas eux que ça intéresse c'est plutôt les gens qui te demandent ce certificat, les sociétés, les clubs, des choses comme ça, parce que eux ils disent que ça n'engage en rien entre guillemet alors que quand on fait un certificat ça engage notre responsabilité, donc euh ça n'a plus vraiment de valeur, une fois que tu l'as fait tu te sens idiot parce que tu dis « ça sert un peu à rien ».

Je vais passer à la troisième question : lorsque tu t'es à nouveau retrouvé face à ces situations après ces expériences comment est-ce que ça s'est passé ? Ou par exemple quand tu seras en SASPAS, comment est-ce que tu imagines tes prochaines consultations avec ces demandes injustifiées ?

Alors là, ça va dépendre de la personne que j'ai en face je pense... (rires) parce que pour des trucs administratifs, des demandes d'aides, des choses comme ça, même si ce n'est pas forcément très justifié... Je ne mentirai pas sur mes certificats mais c'est vrai que je peux en parler avec la personne, lui faire éventuellement ce qu'elles me demandent sans mentir sans rien, et lui dire que de toute façon ça n'aboutira peut être pas quelque chose comme ça...

Après quand on me demande des demandes complètement injustifiées typiquement le jeune homme de 30 ans qui vient pour le check up ça c'est non... C'est complètement inutile, il n'a aucun antécédent, aucun traitement, enfin on ne cherche que ce qu'on trouve... si je trouve un truc qu'est-ce que j'en fais ? Enfin j'expliquerai au patient comme ça dans le sens où si jamais ça revient, enfin moi je ne peux pas interpréter un bilan si je n'ai pas de signe clinique, ... c'est complètement ridicule et ça c'est vrai que, enfin les prats chez qui j'étais ils avaient tendance, enfin ils ne prenaient pas le temps d'expliquer. C'est pas contre eux, j'en avais un il parlait du rendement de sa salle d'attente il disait « il faut que ça tourne », « il faut vraiment voir les gens, on ne peut pas se permettre de passer une heure avec un patient » alors que moi je pense que ça dépend des gens, je pense qu'il y a des gens tu peux, enfin tu essayes de prendre le temps et d'autre un peu moins. C'est vrai que c'est à gérer, c'est un temps, enfin voilà c'est à moduler. Il y a certaines demandes qui même si elles sont un peu injustifiées, faut pas qu'elles demandent non plus, enfin tant que je n'engage pas ma responsabilité et que ça ne me met pas en danger, je peux toujours essayer d'aider la personne. Mais après si c'est complètement farfelu, il y a des gens qui demandent des choses euh, j'essaierais de ne pas le faire. Mais par exemple le mec pour jouer aux échecs, je ne vais pas l'empêcher de jouer aux échecs parce

que je refuse de faire un certificat surtout si il va voir un collègue, il lui fer, tu vois c'est complètement débile mais (rires) tu te dis « mais je ne peux pas ». Je ne vais pas l'empêcher de jour aux échecs juste parce que le certificat qu'il me demande est complètement stupide et que de toute façon le club ne fera pas sans. Donc de toute façon tu te dis « je ne vais pas le pénaliser quoi ».

Et tu me dis « moi si je ne le fais pas il ira voir quelqu'un d'autre tu penses que...

Ah oui ça c'est sur (rires)

Donc tu penses que chez d'autres médecins c'est plus facile à avoir ? Chez des médecins plus vieux ?

Ben après je ne sais pas si c'est en fonction de l'âge mais je sais qu'il y a certains médecins qui soit ne prennent pas le temps soit n'ont pas le temps et donc préfère, en se disant ça apportera pas, ça fera pas de mal, ça n'engage en rien donc je peux me permettre de le faire même si c'est vrai que ça reste, que c'est pas dans les clous et que ce n'est pas ce qu'il faudrait faire en soi mais c'est vrai que tu perds moins de temps à essayer d'expliquer, ça fera pas de mal à la personne toi tu ne risques pas grand-chose. Donc je sais pas, pour les certificats...

J'avais une pote qui avait lu un bouquin sur les certificats illégaux les choses comme ça, ça faisait peur quand même... Quand tu faisais des certificats, enfin là c'était des gens qui faisaient des faux, genre des certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive sans avoir vu le patient, elle lisait un bouquin sur les certificats très intéressant. Je l'ai pas lu dommage, je lui demanderai le titre. Et du coup tu avais la plus grosse peine chez un médecin c'était ça c'était une personne qui avait fait un certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport, y'avait eu un problème au niveau sportif parce qu'il ne l'avait pas examiné. Comme quoi tous ceux, il reprenait un peu l'importance de ce qu'on fait, des certificats médicaux qui ne sont pas anodins. Et ça je pense que dans la tête des gens, par exemple pour ça, ce n'est pas ancré. Il y a certain bout de papier administratif, pour eux c'est « mais non, c'est bon on le présente comme ça ça passe » et ben non c'est mon nom qui est écrit dessus et si je mens c'est moi qui vais en prison donc non... (rires) Et ça c'est vrai qu'il y a pas mal de patient je pense enfin il y en a certain mais pas la plupart heureusement... Je dirai 20% des gens qu'on voit en médecine générale qui ça ont du mal à le comprendre. Les bons de transport, les choses comme ça, ils comprennent pas que c'est notre responsabilité et que si on ment et qu'on fait quelques chose qui n'est pas logique ben c'est nous qui prenons quoi... Et ça eux ils l'ont pas saisi. Pour nous on est juste le gars qui leur signe le papier.

Un peu un distributeur de soin ?

C'est ça.

D'accord.

Du coup, je vais passer à la quatrième question : donc dans ces situations là que tu m'as décrite que ce soit les certificats, les demandes de check up, est ce que tu peux retrouver des éléments de la consultation qui ont fait que tu as répondu oui à cette demande ? que tu as accepté cette demande ? et à l'inverse qu'est ce qui aurait pu faciliter ta réponse négative à ce type de demande ?

Alors euh, je pense que quand au début on ne veut pas et qu'on est hésitant, ce qui fait dire oui c'est le temps. On voit le patient qui reste qui, on essaie de changer de sujet de parler d'autre chose, par exemple s'il venait pour un renouvellement et qu'en plus il demande des dossiers des machins comme ça, on lui file l'ordonnance il revient quand même « ah mais Docteur, pour le machin » ah oui mais non. Enfin si tu dis non, tu as déjà 20 minutes de retard, ça va commencer à s'empiler donc tu vas finir par dire oui parce que tu te dis que bon faut aller voir le suivant. Euh qui aurait pu aider à dire non... (blanc)

Euh, là c'est... si on est déjà sanctionné enfin si y'a une sanction derrière. Les bons de transport c'est plus facile de dire non parce que là on justifie « écoutez si je vous le fais et que vous en profitez et que machin, après c'est moi qui paye ». Là le patient, quoi que il y en a qui, enfin y'a des patients que ça dérange pas » ah ben non moi ça me dérange pas que vous deviez payer » (rires). Mais y'a des patients du coup ils comprennent que ce n'est pas anodin si c'est nous qui devons payer le transport. Donc c'est vrai que si on peut justifier. Après on peut trouver ça aussi je pense pour les certificats parce que y'a une amende, des choses qu'on peut justifier, en disant au patient : « écoutez si je vous le fais je suis embêtée parce que je risque tant de, enfin c'est moi qui irait en prison » des choses comme ça. Là c'est vraiment pour des gros trucs je pense qu'il faudrait sortir ça. Parce que pour faire un certificat médical d'échec, ça me dérange un peu moins de lui faire le certificat. Enfin bon je l'ai examiné, le certificat n'a pas trop d'intérêt, enfin c'est à moduler. Mais c'est vrai que je pense que ce qui aide c'est de dire aux patients qu'on n'est pas tout puissant. On est sanctionnable et sanctionné si on fait des choses qui ne sont pas correctes. Par rapport aux certificats, à tout ce qui est derrière et que si, enfin voilà. Et il faudrait que les autres suivent. Enfin les autres, les confrères. Parce que je me rappelle d'un certificat de coups et blessures qu'on avait fait chez une dame, qui était revenue en pleurs en nous disant que les gendarmes ne veulent pas le prendre parce qu'il n'y a pas d'ITT. Non mais là c'est pas possible je rêve... (rires). T'as envie de dire non mais les gendarmes ils y connaissent quoi, ils y connaissent rien, c'est quand même un certificat comme quoi on vous a examiné donc on a vu des lésions, on a décrit des lésions... Ils ne peuvent pas ne pas prendre votre plainte parce qu'on a mis ITT de 0 jours. Donc du coup tu mets un jour ce qui est complètement idiot, parce que ça ne changera pas la donne, mais faut mettre quand même des ITT parce que selon les gendarmes fallait mettre un iTT. (rires). Donc il faudrait je sais pas, enfin y'a un cadre clair mais tout le monde n'est pas au courant du cadre mais ça après, c'est à travailler dans la région où on exercera. Parce que quand ils auront l'habitude de t'avoir toi, tu pourras leur dire « non mais moi je sais comment ça fonctionne donc maintenant il faut faire comme ça ». Tu habitueras tes patients et forcément si les autres gens autour...

Donc en fait l'éducation ?

Oui je pense qu'il y a beaucoup de ça qui joue. Quand tu expliques les choses une première fois, que tu perds un peu de temps la première fois en disant que bon, l'ancien médecin généraliste qui est parti à la retraite il y a 2 ans ne faisait pas comme ça, oui mais maintenant ça a changé moi je ferai comme ça. Et s'il est pas content de toute façon il va voir un autre médecin tant pis enfin voilà... Il y a des choses sur lesquelles il ne faut pas céder. Faire un certificat médical pour les échecs pourquoi pas mais mentir sur des, pour demander des aides des choses comme ça. Pour demander des arrêts de travail parce que l'enfant est malade ou des choses comme ça c'est pas légal donc non. C'est mon nom, c'est un faux... donc là c'est pas possible. C'est vrai que c'est beaucoup l'éducation des patients.

Et au niveau par exemple au niveau du comportement du patient, est ce qu'il y a des choses en fonction du patient que tu as en face de toi que tu, qui pourrait t'empêcher de lui dire non et à l'inverse qui pourrait faciliter le fait de lui dire non ? Au niveau de son comportement ?

Si le patient est agressif déjà et qu'il te demande tout de suite je veux ça, même pas bonjour. Déjà un patient que tu ne connais pas, qui se pointe sur ta consultation qui te dit ben moi il faut ça, (rires), là ça commence à être compliqué... Bon après ça dépend de la taille de la personne. Parce que par exemple chez un de mes prats y'avait beaucoup de toxicomanes, ils se pointaient à 20h en voulant leur metha, les choses comme ça et, oui ils étaient gentils,... Enfin, ils ont tous été gentils mais je me dis que si le patient arrive et, souvent en fait ils avaient pas leur ordonnance d'avant. On ne savait pas s'ils étaient vraiment à jour, s'ils n'essayaient pas de gruger, des trucs comme ça donc mon prat essayait de tenir un petit agenda avec quand est ce qu'il avait fait les dernières ordonnances et tout pour essayer de vérifier qu'il ne faisait pas de doublon de chose comme ça. Je me dis que forcément en étant en consultation si un mec comme ça se pointe avec des gros bras ben je vais peut-être pas lui dire non parce que je penserai à ma sécurité plutôt qu'au risque derrière, mais c'est vrai qu'en général un patient qui est un peu agressif ou qui demande de suite ce qu'il veut. Ou même pas forcément agressif mais par exemple on avait des petites mamies qui rentrait avec la liste. « Alors il me faudrait ça, ça, ça et ça... ». Tout d'abord bonjour, faut que je vous examine peut être ? Comment ça va ? (rires). Là t'as pas envie de dire oui, parce qu'après tu peux avoir des gens qui sont hyper gentils et qui à la fin qui dit « ah oui au fait Docteur, j'ai oublié de vous dire, je suis un peu embêtée ». Là forcément tu réfléchis un peu avec elle enfin plus ou moins. T'essayes d'accéder à sa demande en fonction du cadre et de ce que tu peux faire, sans être dans l'illégalité mais là forcément t'as plus envie de l'aider surtout si c'est une patiente que tu connais que tu as déjà vu que tu sais qu'elle est dans le pétrin qu'elle ne sait pas à qui s'adresser. Ca il m'est arrivé de faire certain d'aide aux dossiers même qui n'était pas en rapport avec le médical qui ne devaient pas être remplis par un médecin. Des choses de dossier administratif. Elles avaient des petits trucs, elles ne savaient pas. « Ah ben j'ai reçu ça Docteur, qu'est-ce que ça fait ? ». Ben là on prenait un peu de temps à la consultation pour les aider parce qu'elles étaient embêtées. Elles sont toutes seules, elles savaient pas trop. Elles n'ont pas d'assistante sociale qui peut les aider, là ça ne me dérange pas. Tu prends du temps tu les aides même si ce n'est pas forcément dans un cadre, que ça ne te concerne pas. Elles sont gentilles tu le fais. Mais c'est vrai que les patients qui sont demandeurs... La phrase que je déteste le plus c'est « j'y ai droit »... Dès que le patient dit « j'y ai droit » je n'ai pas envie de faire d'ordonnance...

Tu te braques ?

Ah ouais... Le « j'y ai droit » c'est... Ah non ça ne marche pas comme ça. (rires).

Ou alors qui rechigne à payer en consultation alors qu'ils roulent en je ne sais pas quoi, il veulent pas payer 25 euros... Ils te disent « ah mais vous êtes chers »

Et à côté ya la petite mamie qui a sa retraite qui galère, elle a la CMU, ou une ALD, tu lui dis que c'est bon elle ne paye pas par ceuq ça passe sur l'ALD et elle te dit « ah mais non non vous faites un travail, je vous paye c'est normal »

Le comportement des gens en fait ?

Oui voilà c'est ..

C'est compliqué à gérer... D'accord

Je vais passer à la cinquième question, c'est la dernière. Est-ce que tu avais autre chose à rajouter là ? (impression d'hésitation chez la personne interrogée).

En fait l'objectif de, l'objectif ça serait de faciliter les étudiants à mieux appréhender ce type de situation grâce à un enseignement par simulation. Déjà est ce que tu sais ce que c'est la simulation ? Est-ce que tu y as déjà participé ?

Je crois pas, je crois pas que j'ai déjà fait des enseignements par simulation, enfin je ne suis pas sûre...

Ca se passe à la nouvelle fac au 4^{ème} et 5^{ème} étages où il y a les laboratoires de simulation.

Ouais non je n'y suis jamais allée.

D'accord. Donc en fait la simulation c'est, bon là dans le cadre de ma thèse.

Il y a le cadre avec des mannequins, où le mannequin respire tout ça, où on met des situations purement médicales et après il y a les simulations avec un acteur. Il y a un acteur en face de l'étudiant, ils sont dans une pièce isolée où il n'y a aucun autre étudiant. Ils sont dans une pièce filmée et enregistrée et les autres étudiants sont dans une autre pièce et regarde la situation. Et en fait, ça permet de mettre en situation l'étudiant directement, face à cet acteur sur, ben par exemple les demandes injustifiées. Ou une simulation qui a été faite par le Dr Reboul, c'est sur l'annonce d'une maladie grave.

Ah oui oui oui ça je vois.

Donc moi ça serait pour faire un atelier de simulation du coup autre et ça serait sur les demandes injustifiées et un peu comment gérer ces demandes pour les étudiants notamment pour quand ils se retrouvent en SASPAS parce qu'ils sont plus tout seul. Donc toi qu'est ce que tu en penses ? est ce que ça t'aurait aidé ?

Ouais ça peut être pas mal. Ca peut donner une idée, des petites choses. Des petites choses par les médecins généralistes : par exemple moi j'ai déjà fait ça. Enfin un échange. Tu mets en simulation, tout le monde regarde et après quand tu débriefes par exemple le médecin qui gère pourrait dire « ben moi j'ai eu cette situation, je m'en suis sorti comme ça, j'ai lancé des petites pistes, j'ai fait des petites choses comme ça ». J'en avais parlé avec mon prat parce que y'avait une patiente. Des fois les bronchites les choses comme ça, les gens qui veulent des antibiotiques et là tu en mettais parce qu'ils sont là : « ah mais la dernière fois vous me l'avez déjà fait et c'était pas passé, j'étais revenu vous m'aviez mis sous antibiotiques, moi je les veux maintenant les antibiotiques ».

Et du coup mon prat il arrivait à s'en sortir plus ou moins en faisant l'ordonnance et en écrivant en fait la diète ou la recette, même si c'était pas d'antibiotique, par exemple les bronchites, les choses comme ça en écrivant « faut que vous vous laviez le nez, faut que vous vous » enfin tu vois en écrivant des choses sans pour autant mettre un sirop idiot, parce que des fois ils veulent vraiment le sirop. Y'avait des patients aussi qui voulaient, qui avaient des problèmes intestinaux mais c'était fonctionnel, ils

avaient vu des gastro des choses comme ça mais y'avait rien, qui en avait marre d'avoir la diarrhée toute la journée par exemple et pareil mon prat leur faisait une sorte de régime, il leur expliquait, enfin lui il est dans la nutrition donc il apprécie ça, il écrivait tout sur ordonnance et il disait que ça aidait de leur donner un papier ordonnance même si tu n'avais pas les médicaments écrits dessus parce qu'ils sortaient ils avaient l'impression d'avoir, de ne pas être venu pour rien même s'ils ne sont pas venus pour rien, d'avoir un support papier des choses comme ça ça les aide. Et bon après ça peut marcher pour les médicaments les choses comme ça. Parce qu'après ça ne peut pas, malheureusement quand la patiente te demande un formulaire déjà tout prêt, de ne pas leur faire, là j'avoue que essayer de botter en touche, j'ai pas de technique pour leur dire, à part « je peux pas mettre mon nom parce que ça met en jeu ma responsabilité et je veux pas aller en prison pour vous » je ne vois pas comment on pourrait s'en sortir d'autre. C'est pas mal d'avoir un retour sur des situations et voir si d'autres gens les ont vécu comme ça. Parce qu'on le fait un peu en GEPT sur certains cas qui sont un peu compliqué on en parle des fois et certains ont eu un peu la même façon de faire ils disent « ah oui moi ça s'est passé comme ça, mon prat il a fait ça ». Ça permet d'avoir des retours. Ça c'est pas mal.

Tu m'as dit quelques chose d'intéressant là, c'est ton prat quand il voulait éviter de donner des médicaments il faisait une petite liste sur une ordonnance écrite.

Pour que ce soit officiel, il l'écrivait sur l'ordonnancier, il pouvait l'écrire sur une feuille libre mais pour que ce soit vraiment, ils sont venus pour le médecin et tout donc il écrivait sur son ordonnance. Ou alors pour de spatients qui étaient inquiets pour la tension le cœur les choses comme ça où nous nous n'étions pas plus inquiets que ça. Ils sont juste inquiets parce que dans la famille y'avait plein d'hypertendu ou des cancers des choses comme ça. On écrivait sur l'ordonnance : « vous prenez votre tension de tant à tant » ou au lieu de leur prescrire le médicament, on essayait de tout noter sur l'ordonnance et puis on leur disait de repartir avec ça. Ou les somnifères aussi, bon pas quand ça fait 20 ans qu'ils prennent leur lexiomil parce que là c'est impossible de leur faire arrêter, j'en ai encore une hospitalisée à Uzès qui veut pas arrêter son temesta (rires). Et là on faisait pareil quand ils venaient pour des troubles du sommeil, et où ils sont plus ou moins jeunes, où on a pas très envie d'introduire un médicament en plus soit des fois ils nous demande eux même « ah mais je ne veux pas de médicament je veux une plante » et là c'est super parce qu'on leur dit de commencer par ça et on se revoit. Soit ils disent « ah oui mais ma maman elle prend du lexiomil elle m'a dit que c'était génial » et là tu te dis, oui mais on va peut-être pas commencer là-dessus. Non mais regardez. Et là j'ai une des prat qui m'avait proposé l'agenda du sommeil comme ça tu dis il part pas avec rien. On peut leur dire « regardez on va analyser comment vous dormez et après on en reparle » comme ça ça permet de différer un peu le côté médicament puis en plus d'en reparler avec elle avec l'agenda du sommeil voir si on peut pas commencer par autre chose, voir si le sommeil est vraiment désorganisé ou si c'est juste qu'elle a l'impression qu'elle dort pas bien. On peut se donner des pistes comme ça. En fait les gens n'aiment pas sortir de chez le médecin sans rien. Ils ont l'impression de payer pour rien... Ce qui n'est pas vrai mais ils ont vraiment l'impression d'être venu pour rien et ils nous le reprochent après. Parce que moi, le nombre de patient chez qui je prends la tension, ils me disent « ah mais vous me prenez la tension ? vous vous rendez compte ? le médecin d'avant il me prenait jamais la tension » parce que je me doute que vous allez dire que je ne vous prends pas la tension alors que je n'ai pas de doute que votre tension est très bonne.

Les examiner pour montrer qu'on fait quelque chose et qu'ils ne sont pas venus pour rien ?

Oui c'est ça même si la plupart du temps tu les examines pour un problème précis. Par exemple un jeune homme qui tousse tu écoutes les poumons mais la tension c'est pas obligatoire. Mais souvent de ne pas avoir pris la tension, en France en tout cas, pour les gens c'est que tu n'as rien fait. Pourtant tu y as passé du temps, tu as écouté ses poumons, t'as regardé dans sa gorge tu as fait le strepto test mais tu n'as pas pris la tension...

Donc tu ne les as pas vu ... (rires). Et ça il y en a 2, 3 qui m'ont fait ça « ah mais vous me prenez la tension ? vous vous rendez compte le médecin que j'avais vu avant il m'avait même pas pris la tension »

Du coup est ce que tu as d'autres choses à rajouter ?

Non je ne crois pas. Après ce que je trouve sympa pour toutes ces demandes là c'est de ne pas être tout seul. En SASPAS on est tout seul en consultation avec le patient, mais si on a un soucis ou si on bute, ce que je trouve bien c'est d'avoir les confrères dans un cabinet de groupe à cote. Avoir un deuxième avis et dire « voilà je suis embêtée our ça » demander l'avis de la personne qui va nous dire « ah ben moi justement j'ai eu la même chose, je m'en suis sortie comme ça » ou voilà ça peut donner des pistes. Après y'a certains MG qui sont tout seul et qui sont très bien tout seul. Je trouve ça dommage de ne pas participer. Ça permet d'avoir un groupe et de l'aide si jamais on se sent piéger. chacun s'installe comme il veut, mais je pense que ça aide. Pour les jeune MG, enfin mois je n'aimerai pas m'installer seule je trouve ça triste parce que je vois ceux où ils étaient 5 dans le cabinet c'était super sympa. Y'avait 2 femmes 2 hommes : les F faisaient beaucoup de pédià et gynéco elle aimaeint ça, et les femmes venaient plutôt les voir elle. Et les 2 H faisait plus de géria et d'homme jeune et le prat chez qui j'étais avait une sur spé de dermato, il enlevait des lésions des choses comme ça et souvent quand y'avait un des autres qui avaiet des soucis de dermato ils venaient le chercher pour lui demander son avis et inversement quand il avait des soucis de pédià ou de la gynéco il le mettait à ses collègues. Ça permettait de pas être seul face au patient et de pas être désarmé. Le problème des gens qui sont seuls c'est que tu finis par céder pour le patient parce que soit tu as peur pour ta vie soit parce que tu sais pas comment t'en débarrasser.

S'installer en groupe permet de s'entraider ? de plus s'en sortir face a des patient

Oui je pense d'avoir quelqu'un, de dire à la personne qui est devant toi avec une demande injustifiée tu peux dire « écoutez j'ai mon collègue à côté je vais lui demander » si tu t'en sors pas tu le fais venir et tu peux dire « vous voyez » d'être 2 MG face au patient du coup lui va être lue enclinà dire non. Au pire il change de médecin. De pas se sentir démuni.

Y'a til autre chose ?

Non

Merci beaucoup en tout cas pour ta participation

Entretien 6 : Femme, DES 3, 27 ans

Donc tout d'abord merci de ta participation. Je te précise que l'entretien est enregistré et anonyme. Tu peux parler librement.

Je vais commencer par la première question. Il y a 5 questions en tout. Ce sont des questions ouvertes donc je te laisse parler tant que tu as des choses à me dire.

Si tu as des questions sur les questions, n'hésite pas à me demander si tu n'as pas compris.

Alors la première question : est-ce que tu peux me raconter si tu as déjà été confronté en MG à des motifs de consultations ou des demandes qui te paraissaient non justifiées ?

Ca arrive relativement fréquemment. Tu m'avais parlé de ton sujet de thèse donc je me suis un peu plus posée la question ces derniers temps et là même hier j'en ai eu un. Je ne sais pas si je dois développer...

Si, si vas y.

J'ai eu un patient qui venait, il avait un kyste surinfecté au-dessous de l'oreille et on lui a évacué. C'est un patient qui travaillait pour la voirie qui mettait des PV pour la voirie et qui a demandé un arrêt de travail parce qu'il ne se sentait pas d'aller travailler après ça. Ca me semblait un peu beaucoup et du coup j'ai accepté l'arrêt de travail parce que le médecin généraliste avec qui je suis a accepté l'arrêt de travail sinon je n'aurais pas, je ne pense pas que je lui aurais mis.

D'accord, ok. Est-ce que tu as d'autres exemples qui te viennent ?

Les gens qui veulent absolument des antibiotiques mais ça la plupart du temps, enfin si je ne suis pas avec {mon maître de stage} c'est assez facile de leur dire « ben c'est comme mettre un plâtre pour une ecchymose, ça fait joli, mais ça sert à rien. Ca semble efficace mais en fait ça ne va rien changer »

Euh, les antibiotiques...

Les arrêts de travail, c'est vraiment souvent je trouve.

Les bons de transport, les gens qui ne sont pas forcément en ALD et qui demandent des bons de transport pour des déplacements qu'eux même peuvent faire.

Les bons de transport par exemple comment tu gères ça ?

Vraiment sur ce stage j'ai l'impression de botter en touche parce que la plupart du temps ben du coup comme {mon maitre de stage} est beaucoup présent il me dit souvent « bon ben non c'est bon » ou alors c'est lui qui leur met un stop. La plupart du temps, sinon je leur dis que de toute façon ils ne seront pas remboursés et que c'est moi qui vais payer donc je n'en ai pas forcément envie.

D'accord, ok. Alors, je vais passer à la deuxième question : face à ces situations, qu'est-ce que tu as pu ressentir et comment se sont déroulées les consultations ? Alors c'est-à-dire quand on te fait cette demande qu'est-ce que tu ressens sur le coup et comment tu arrives à mener la consultation quand tu es seule, ou quand tu as été seule ou même quand tu es avec le médecin ?

Par moment tu te sens vraiment piégée parce qu'ils te font cette demande là en toute fin de consultation quand tu n'as plus vraiment de temps. Tout est fait et du coup t'as, enfin quand ils te font une demande qui n'est pas fondé en début de consultation tu as le temps de construire ta consultation autour et de dire, et de pouvoir leur dire à la fin « vu l'examen que j'ai fait, votre demande n'est pas justifiée » mais quand c'est en toute fin de consultation, on a un temps limité pour leur donner l'explication et elle n'est pas forcément bien reçue.

D'accord. (Blanc)

Donc surtout le temps en fait ?

Oui c'est le temps et des fois on se sent presser, mais c'est vrai que nous si on pouvait leur faire le bon de transport on leur ferait mais euh, c'est pas justifié.

La pression ?

Oui surtout la pression, il y a des gens qui ont l'air désespéré d'avoir un arrêt de travail alors que à côté des fois ce n'est pas fondé.

Je n'arrive pas trop à m'exprimer... je suis désolée.

Non mais c'est très bien, c'est très bien. C'est difficile de s'exprimer sur ses sentiments aussi...

Enfin oui du coup aussi ça peut être du stress parce que sur le moment, il y a cette histoire de, tu ne sais pas quand tu vas réussir à finir ta consultation. Y'a le... ben non je n'arrive pas à trouver les mots ... (blanc). Oui puis des fois tu as des gens tu n'as pas forcément envie de leur refuser mais tu sais que ce n'est pas justifié. Souvent y'a le sirop pour la toux aussi. C'est la petite demande mais comme {mon maitre de stage} en prescrit beaucoup aussi, ils en demandent. Je leur dis « vous savez ça ne sert pas à grand-chose, c'est tout aussi efficace de prendre du lait avec du miel, une tisane avec du miel, ça fera la même chose ». Ils te répondent « oui mais ce sera quand même plus efficace ». Du coup, je leur mets... Tu, t'as l'impression de perdre un petit peu... enfin d'avoir perdu quoi... D'avoir accepté quelque chose et, je m'en étais rendu compte avec le MG avec qui j'étais au semestre précédent, qui travaillait avec les gitans et qui avait énormément de, enfin vraiment beaucoup, beaucoup beaucoup de demandes injustifiées. Enfin ils demandent du lexomil, ils s'automédiquent énormément donc ils veulent toutes les semaines ils te demandent la même ordonnance avec de l'amoxicilline, de l'augmentin, des machins,...

Enfin il y a des moments où il résistait et des moments où il acceptait et tu voyais que ça lui pesait de ne pas savoir dire non... et moi ça me pèse aussi de ne pas avoir dit non. Je me dis « mince pourquoi je l'ai fait », « ça ne servait à rien et donc je suis allée contre ce que je pense ». C'est juste un peu frustrant...

Et du coup les réponses négatives que tu peux donner ?

Je ne suis pas dans le non direct... (rires) Il y a, enfin j'ai vu des médecins dire non et passer à autre chose, enfin moi je préfère expliquer aux gens, je suis plus dans une approche pédagogique et ça ne marche pas toujours. Très souvent quand les gens ont déjà eu quelqu'un qui leur a dit oui une fois pour ce truc-là, ils ne vont pas comprendre qu'on leur dise non par la suite. D'autant plus si c'est toi qui leur dit oui .

Donc dès le départ c'est l'éducation du patient quoi...

Ok. Donc lorsque tu t'es à nouveau retrouvé face à ces situations après ces différentes expériences, comment est-ce que ça s'est passé ou comment est-ce que tu imagines tes prochaines consultations face à des demandes injustifiées ?

J'ai l'impression que à chaque fois, enfin par exemple à chaque fois sur le stage précédent je me suis rendue compte que ça me mettait mal à l'aise des fois d'avoir fait des prescriptions qui n'était pas justifiée. Donc j'ai eu beaucoup plus tendance à dire non, à réussir à arriver à ce que je ne fasse pas cette prescription à la fin de la consultation, ui ne me convenait as. Mais du coup ç arrive encore d'être bloqué dans certaines situations, et de finalement accepter... le sirop pour la toux les choses

comme ça... mais au fur et à mesure, ben on se construit des petits, enfin je me construis des petites explications qui sont simples à comprendre pour les patients, et j'ai l'impression que ça marche...

D'accord. Ok. (blanc)

Je vais passer à la quatrième question : dans les situations que tu m'as décrites, est ce que tu peux retrouver des éléments de la consultation qui t'ont empêché de répondre non à la demande ? Et à l'inverse qu'est ce qui aurait pu faciliter ta réponse négative ?

C'est ce que je te disais au niveau du timing, je trouve que si les gens ont leur demande tout en début de consultation c'est plus facile justement. Ca dépend des consultations précédentes aussi... si on a déjà dit oui à une situation à cette personne c'est difficile de lui dire non la fois d'après... Et en cours de consultation... euh... Ben sur le coup du médicament... par exemple lui expliquer l'inutilité du médicament. Sur le bon de transport, leur rappeler les consignes de la euf, de la CPAM, et éventuellement leur donner des petits, enfin leur donner des petits prospectus des médecins de la CPAM, pour leur dire à quel moment l'ALD, enfin le bon de transport est accepté. Et euh , c'était quoi la fin de la question ? (rires)

Qu'est ce qui t'empêche de dire non aux demandes ? Et à l'inverse qu'est ce qui peut t'aider ?

Par exemple tu m'as dit que le manque de temps t'empêchait de dire non... ce qui peut t'aider c'est de leur donner des papiers explicatifs du pourquoi du comment...

Y'a aussi le fait que ce sont des patients sympas qui peut me faire dire oui... Y'a beaucoup d'affect là-dedans.

Qu'est ce qui fait que je vais dire non c'est aussi quand je sens vraiment que pendant la consultation ils abusent. S'ils sont vraiment dans la demande... enfin c'est aussi de l'affect... Enfin c'est beaucoup d'affect... Et euh en dehors de l'affect je ne vois pas (rires).

Bon ok, je passe à la dernière question du coup.

L'objectif serait d'aider les étudiants à mieux appréhender ce genre de situation par un enseignement en simulation, alors déjà est ce que tu sais ce que c'est ? Est-ce que tu y as déjà participé ? Et qu'est-ce que tu penses de ça ?

J'ai fait des enseignements par simulation sur Nantes, après je pense qu'il y a plusieurs formes. Mais nous on était filmé face à un acteur qui jouait le patient. Et c'était sur des situations cliniques, sur des signes cliniques mais du coup euh, on en fait aussi des enseignements par simulation, notamment

pour la relation médecin patient... pour d'autres problèmes du coup. Je ne vois pas pourquoi ça serait moins utile que d'autre ?

Ca t'aurait aidé tu penses ? Pour les stages ? Pour le saspas ?

Il me semble qu'on en a eu... on a des, pendant le stage de premier niveau, on a eu différentes situations qui nous posait problème, on en parlait en petit groupe et sur chaque situation on faisait un jeu de rôle... enfin c'est vrai que ce n'était pas vraiment des simulations mais c'était déjà entre nous, c'était pas mal de pouvoir appréhender les différents problèmes qu'on rencontrait dans ces cas-là. Il y avait d'autres problématiques : séduction par un patient, euh je sais plus les autres, enfin c'est surtout celui là qui m'a frappée...

Les agressions et tout ça aussi ?

Euh c'était pas le patient agressif mais c'était les demandes injustifiées aussi, enfin j'avais fait une scénette sur les demandes injustifiées. Après en simulation avec quelqu'un qui a peut-être un peu plus d'expérience comme un acteur, ça peut être plus intéressant qu'un autre étudiant. Parce que nous ça a tendance à tourner le plus souvent à la rigolade. Face à quelqu'un qui a bien le scénario en tête et qui sait où il veut nous amener, ça peut être plus intéressant que les jeux de rôle.

Je ne sais pas si tu as eu la chance de faire cette simulation sur l'annonce d'une maladie grave faite par le Dr Reboul.

Non mais on l'avait fait sur Nantes.

Qu'est-ce que tu en avais pensé de ça ?

C'était assez intéressant mais c'est vrai que pendant l'externat on n'est pas directement amené à faire ça. Mais c'est bien parce que dans mon début d'internat je me suis retrouvée dans des situations, enfin déjà cet enseignement par simulation ça m'a permis de me poser des questions et de me rendre compte de certains enfin de certains points qui m'ont posés problème sur l'annonce et du coup de revoir ma façon de parler et de me comporter face aux patients. C'est pas mal d'avoir eu ça à ce moment-là et quelque chose pendant l'internat qui prépare à dire non aux patients, comme les demandes injustifiées ça peut être aussi bien. Et euh, c'est une bonne formation... Et j'en reviens toujours au même point mais c'est quand même mieux d'être face à quelqu'un qui est professionnel que face à un collègue parce que la plupart du temps dans les jeux de rôle on se retrouve entre copain et ça dégénère un peu.

C'est moins sérieux et y'a des gens autour aussi ? C'est complètement différent, on est oins concentré y'a moins de...

Après l'enseignement en simulation, ça a toujours été assez difficile de rentrer dans le truc et de me rendre compte , enfin d'essayer d'être vraiment dans le truc et de me dire que c'était une vraie consultation, d'essayer de me projeter c'était un peu compliqué mais ça marche quand même... J'ai pu le voir pour les consultations d'annonce...

Après moi ça viserait surtout les DES 1 et DES 2, pourquoi, parce que la plupart du temps c'est surtout en DES 3 donc en SASPAS qu'on se retrouve tout seul face aux patients... Ca peut arriver en DES 1 du coup maintenant parce qu'à le fin de leur stage chez le prat ils peuvent être amené à faire des consultations seuls mais moi ça viserait surtout pour après le stage en SASPAS.

Du coup c'est bien qu'ils aient déjà fait, ça serait pas mal de le faire en DES 2 pour qu'ils aient déjà eu l'expérience de,...parce que ceux qui seront aux urgences ils ne pourront pas, si quoi que aux urgences tu as souvent des demandes injustifiées des gens qui viennent pour rien mais euh après DES 3 ça fait trop tard.

Après c'est vrai que ça peut servir pour plus tard, mais avant le saspas ça peut être pas mal.

Est-ce que tu as des choses à rajouter ?

Moi je n'ai plus grand-chose à dire, c'est vrai que y'a des trucs dont je n'ai sûrement pas parlé mais les autres complèteront (rires).

Je te remercie pour ta participation.

Entretien 7 : Homme, 28 ans, DES 3

Tout d'abord bonjour, je te rappelle que l'entretien est anonyme et enregistré. J'ai 5 questions à te poser, si tu as des questions n'hésite pas à me demander. Et voilà.

Donc je commence par la première question : est-ce que tu peux me raconter si tu as déjà été confronté en MG à des motifs de consultation ou des demandes qui te paraissaient non justifiées ?

Euh, de nombreuses fois effectivement. Est-ce qu'il faut que je développe ?

Oui. Vas-y, donne-moi des exemples.

Alors j'ai surtout vu des motifs injustifiés par exemple pour le motif de consultation par exemple, le motif de consultation infectieuse, de petite infection dans un contexte épidémique mais qui ne nécessitait pas forcément un avis médecin généraliste. Des consultations injustifiées pour des demandes de papiers administratifs type bon de transport, arrêt de travail, accident de travail, ordonnance farfelues également. Donc c'est vrai qu'on est, enfin les remplacements que j'ai effectués, il y a beaucoup de demandes injustifiées à mon sens.

D'accord.

Euh, est ce que tu peux me développer une situation bien particulière qui t'a marqué sur une demande injustifiée ? Qu'a pu te faire un patient ? Sur un bon de transport ? Un arrêt de travail ?

Ce qui m'embête le plus je dirai c'est notamment sur la prescription des certificats médicaux, et notamment les mots d'absence demandés par les établissements scolaires qui sont complètement illégaux mais qui vont embêter, enfin du coup l'établissement scolaire va embêter les parents et l'enfant et va rejeter toute la responsabilité de cet embêtement sur le MG qui n'aura pas voulu faire le certificat. Donc bien évidemment, le MG fait le certificat et engage sa responsabilité pour quelque chose d'illégal. Je pense que c'est ça qui me gêne le plus, parmi les choses qui me gênent le plus.

Ok. Alors je vais passer à la deuxième question : qu'est-ce que tu as ressenti face à ces demandes ? Quand on t'a exprimé ces demandes par exemple de certificat ? Ou d'arrêt de travail ? Ou de bon de transport ? Ou d'antibiotique ? enfin ce que tu m'as décrit ? et comment s'est déroulée la consultation ?

Alors y'a plusieurs situations : effectivement, dans le cadre du certificat médical scolaire là, comme je suis toujours sous la tutelle d'un MG dans le cadre de mon SASPAS, j'explique quand même que ce sont des demandes abusives de la part de l'école mais pour ne pas qu'il y ait de soucis par rapport à l'école, pour les patient, je fais le certificat car j'engage un peu ma responsabilité mais normalement, il n'y a rien de grave qui peut en ressortir.

Dans le cadre des antibiotiques, sujet qui me tient pas mal à cœur, c'est les demandes injustifiées d'antibiotiques pour des pathologies virales ou en tout cas des pathologies qui nécessitent plus un suivi avant de vouloir prescrire les antibiotiques. Il y a toujours une sorte d'incompréhension ou de conflit avec les patients qu'on arrive quand même à, qu'on arrive souvent à expliquer correctement en leur disant « on vous suit, là il n'y a rien de grave, ça ne nécessite pas d'antibiotique parce que c'est viral » enfin voilà des choses comme ça.

Après dans certains cas, dans certains remplacements que j'ai fait, ce sont les médecins qui ont plutôt l'habitude de prescrire plus facilement des antibiotiques donc les patients ont leurs habitudes et là c'est beaucoup plus difficile d'exposer son point de vue et d'être du coup, d'être cru et d'avoir la confiance du patient. Donc il y a la situation classique, où il peut y avoir un conflit entre le MG et le patient et la situation du remplacement où en plus le remplaçant est inconnu du patient et du coup il lui accorde plus difficilement sa confiance.

D'accord. (blanc)

Et au niveau des sentiments que tu as pu avoir ? est-ce que tu saurais me les décrire ou pas ?

Tout dépend de la personne que j'ai eu en face. Il y a une ou deux situations où j'ai ressenti un profond énervement. Véritablement, presque incontrôlable je dirai, parce que il y a une barrière totale entre ce que je peux dire et ce que le patient va me dire. Mais au final comme c'est moi qui détiens quand même la responsabilité c'est encore plus énervant. Enfin c'est ça qui est le plus énervant c'est que toute la faute va être rejetée sur moi... Il y a eu une situation où j'ai pu mettre fin à la consultation mais ça m'a quand même énervé par la suite. Une situation où j'ai fini par céder et j'étais dans le même état d'énervement. Donc c'est vrai qu'après ça demande peut être plus de volonté d'expliquer et être plus en accord avec la pratique qu'on a.

Et qu'est ce qui a fait que tu as cédé pour l'un et tu as refusé pour l'autre ?

Alors je n'étais pas dans le même lieu. La première fois où je n'ai pas cédé, j'étais en premier stage de MG en troisième semestre, et je me suis sentie la possibilité de dire « est-ce que vous voulez qu'on poursuive ou pas la consultation ? ». Comme il n'y avait pas de consensus, j'ai mis fin à la consultation. Dans l'autre cas c'était au cours d'un remplacement. C'est vrai que j'aurais pu effectivement peut être mettre fin à la consultation sans faire cette prescription mais je n'ai peut-être pas eu le courage nécessaire à ce moment-là.

C'était plus facile quand tu étais en stage parce que ça te permettait de pouvoir le renvoyer au médecin référent c'est ça ?

Pas forcément parce que je n'ai pas eu besoin, enfin le jour où j'ai réussi à mettre fin à la consultation il n'y avait pas mon médecin référent à côté et je ne lui en ai pas, enfin je n'ai pas eu besoin de son aide pour faire cela.

D'accord. Ok.

Du coup, je vais passer à la troisième question : lorsque tu t'es à nouveau retrouvé face à ces situations après ces différentes expériences comment est-ce que ça s'est passé ? Ou comment imagines-tu tes prochaines consultations avec ces demandes-là ?

J'ai une certaine lassitude par rapport à ça. C'est que... Enfin plus pour le moment on est dans le cadre de remplacement, du coup j'interviens dans des cabinets qui ne m'appartiennent pas. Ou que ce soit dans le cadre d'un SASPAS. Si ma pratique médicale diffère un petit peu de la pratique habituelle de celui sur qui je suis tutoré, j'aurais tendance à aller moins à l'explication et à la confrontation d'idée pour expliquer les choses, et à plus me mettre en retrait. Donc c'est quelque chose qui est discutable car pour certains points c'est vrai que j'ai l'impression que je me laisse un peu plus faire peut être et j'aimerais quand même quand je serai thésé et installée à mon propre compte pouvoir moi-même éduquer, former la patientèle que je vais avoir, et ne pas me laisser autant marcher sur les pieds que ce que j'ai l'impression de faire maintenant.

Tu te laisses marcher sur les pieds parce qu'en fait ce n'est pas ta patientèle et qu'ils ne sont pas éduqués comme tu aimerais ?

J'aimerais des fois être plus incisif sur certaines prescriptions notamment homéopathie, la vaccination... Enfin certains points qui peuvent un peu m'irriter. Enfin je veux bien être compréhensif pour certaines choses par rapport aux patients mais il y a des choses qui sont très contradictoires par rapport à leur propre volonté et du coup, il faudrait que j'aie plus souvent à la confrontation et ça me ferait perdre beaucoup de temps et d'énergie.

Donc en fait, le refus c'est du temps et de l'énergie ? Enfin une perte de temps et d'énergie ?

C'est un peu ça. Cette période où il y a beaucoup de chose, beaucoup de travail, beaucoup de préoccupation, c'est vrai que ce genre de consultation demande vraiment beaucoup d'énergie.

Donc le oui est plus facile ?

Le oui est toujours plus facile. (blanc)

Du coup je vais passer à la quatrième question : dans les différentes situations que tu as décrites, par exemple les certificats, les antibiotiques tout ça, est-ce que tu peux retrouver des éléments de la consultation qui t'ont empêché de justement ce qu'on disait tout à l'heure, qui t'ont empêché de répondre non à la demande ? Et à l'inverse qu'est-ce qui pour toi faciliterais une réponse négative ?

Est-ce que tu peux répéter la question stp ?

En fait ma question c'est : est-ce que dans les situations que tu as vécues, est-ce qu'il y a pour toi des choses qui t'ont, quelles sont les choses qui t'ont vraiment empêché de dire non à la demande ? Que tu as cédé ? Tu m'en as déjà cité tout à l'heure. Et à l'inverse qu'est-ce qui pourrait faciliter ta réponse négative ?

Dans la première situation j'ai réussi à répondre non, je pense qu'il n'y avait pas de (blanc), enfin je pense que c'est la patiente elle-même qui a été moins patiente que moi. Et du coup qui a pu partir. D'autant plus que lorsque je lui ai proposé de mettre fin à la consultation je crois que c'est quelque chose que j'avais récemment entendu et des choses que nous avons discuté en cours de MG ou même en GEPT. Du coup j'ai eu cet idée-là qui est survenue. Tandis que pour les autres situations je me suis peut-être laissé tellement submerger par mon énervement et mon envie de refuser, que je n'ai pas réussi à le proposer au moment où ça aurait été nécessaire.

Ca c'est plus toi, de ton point de vue, est-ce qu'il y a des choses niveau patient qui peuvent te faciliter ou à l'inverse t'empêcher de dire non ?

Le ton qu'il emploiera et la gestuelle. Enfin tous ces éléments là on voit s'ils ont une très grande distance avec toi ou pas. S'ils te prennent de haut...

J'ai eu dans le cadre d'au moins une de ces demandes-là, j'ai eu une personne qui, où j'ai ressenti directement (blanc) d'avoir été pris de haut.

Elle t'a un peu snobé ?

Oui. Dès le, dès mon arrivée en salle d'attente pour réceptionner cette personne.

Elle n'était pas contente de t'avoir ? Elle voulait le médecin référent ?

C'était dans le cadre d'un remplacement donc euh, elle n'a peut-être pas lu l'affiche qui disait qui remplaçait qui. Et elle m'a plus ou moins fait comprendre qu'elle aurait préféré être vue par

quelqu'un d'autre. Avant même qu'il y ait toute discussion sur une prise en charge thérapeutique ou un diagnostic.

Tu avais déjà remplacé dans ce cabinet ?

Euh non jamais.

Donc oui c'est en fonction de...

En fonction de la relation avec le patient. Le patient qui est en demande de beaucoup de choses qui croit que tout est un dû, tout est gratuit. Parce que les différentes politiques de santé jusqu'à présent ont fait que effectivement on pouvait avoir le soin comme en claquant des doigts mais en contrepartie on se rend compte que ça coûte quand même des sous et que chaque prescription a une conséquence. Et on ne peut pas non plus accepter tout ce que les patients demandent.

Tu penses que maintenant les gens avec, les gens ne sont pas responsables, enfin ne se rendent pas compte de la responsabilité qui est prise quand on prescrit des choses ?

Moyennement je pense. Aussi dans certains cas, comme ils ont l'habitude de telle prescription par rapport au médecin qu'ils connaissent, ils pensent que si on ne prescrit pas exactement la même chose c'est que soit on y connaît rien soit euh, ils vont pas être guéris. Ce qui là aussi peut être discutable parce que chaque médecin a sa pratique et peut être que le médecin qu'ils connaissent, ils ont réussi à le faire céder sur certaines choses sur certaines prise en charge, qui dévient de la pratique du médecin qu'ils connaissent. C'est vrai que j'ai l'impression que dans certains cas, on est presque esclave des patients. C'est vraiment dans l'extrême.

Tu t'es déjà senti esclave ?

Oui. Au cours d'un remplacement. Je sentais bien que je n'avais aucun pouvoir sur les prescriptions d'antibiotiques. Un patient qui venait pour une sinusite chronique sans fièvre sans éléments d'inquiétude me demandait de la pristinamycine pour une dizaine de jours donc c'était totalement injustifié sur le plan thérapeutique, sur le plan de la durée,... Enfin aucune justification. Et je n'ai pas du tout réussi à lui en faire déborder. Et par exemple il y a d'autres cas où on me demande une liste de médicaments, d'huiles essentielles, des tubes d'homéopathie, ... enfin ce genre de prescription qui font penser qu'ils viennent au supermarché.

D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres choses que tu veux rajouter sur cette question qui te viennent ?

Euh là non...

Ok, du coup je passe à la cinquième et dernière question : en fait l'objectif ça serait de faciliter les étudiants à mieux appréhender ce type de situation grâce à un enseignement par simulation. Alors déjà est-ce que tu sais ce que c'est la simulation ? Est-ce que tu y as déjà participé ? Et que penses-tu de ça ? Est-ce que ça t'aurait aidé d'avoir ce genre de chose ou pas ?

Alors la simulation j'ai peut-être une idée sur ce que c'est. C'est un scénario qui a été mis en, qui a été discuté pour faire aborder ce genre de sujet et les formateurs sont là pour essayer d'aborder les différents thèmes et pour recueillir aussi les réponses des participants ce qui permet de faire en fin de simulation un retour sur les réponses données et voir ce qu'on peut en tirer.

Oui c'est ça. En fait la simulation c'est, en fait la différence avec les petits jeux de rôle qu'on a fait en cours, c'est que là c'est un acteur, tu es dans une pièce isolée filmée, il n'y a personne autour de toi. Comme si tu étais en consultation. Donc tu es face à face au patient et le patient a bien son rôle décrit. Et après tous les autres participants regardent depuis une autre salle et après on débriefe sur ce qui s'est passé au cours de la consultation. D'ailleurs il y a Dr Reboul qui a fait une simulation sur l'annonce d'une maladie grave.

Maintenant que j'y pense j'ai déjà participé à une simulation. Dans le cadre de mon stage en oncopédiatrie. Le Pr X nous avait organisé une soirée avec tous les internes avec des acteurs d'une association qui cherche à former les professionnels de santé. Donc on a fait une soirée sur l'annonce d'une maladie grave ou d'un pronostic grave avec des situations compliquées où les deux acteurs jouaient soit les parents en couple soit un parent seul. Par exemple un enfant était en phase terminale et la discussion était sur la limitation des soins thérapeutiques donc une situation compliquée. Ils avaient pris surtout des exemples de diagnostic qu'on avait dans le service, et on se retrouvait soit seul interne soit 2 co internes à participer à cette situation. Les autres regardaient ce qu'il se passait et on a débriefé pour voir comment on avait géré la situation. Les acteurs sont tellement bien dans leur rôle donc c'est comme si c'était dans la réalité.

Voilà c'est tout à fait ça. Euh du coup une simulation sur les demandes injustifiées si toi tu avais pu y avoir accès est-ce que tu penses que ça t'aurait aidé ou pas ?

Ça pourrait être intéressant pour multiplier les situations comme ça mais il faudrait le faire régulièrement pour pouvoir trouver à chaque fois des astuces des clés pour voir un peu comment on a réagi et voir, pouvoir en tirer ce qu'il faut pour gérer ces situations au quotidien. Parce que ce sont des situations qu'on peut rencontrer très souvent. Donc c'est vrai que ça pourrait éviter d'aller tout de suite dans la confrontation, généralement qui conduit à la pénétrabilité du discours.

Après il est vrai qu'il y a tellement de cas, de situations différentes que une simulation avec un exemple de demande particulière euh voilà, ça peut aider mais c'est vrai que c'est pour donner des clés dans tout ce qui est discours, tenu, gestuelle etc...

As-tu d'autres choses à me dire ?

Eventuellement aussi, toutes ces demandes injustifiées sont parties du fait qu'on a pas tous les mêmes pratiques, les mêmes connaissances des lois, les mêmes relations avec les patients et aussi se dire que les médias, les réseaux sociaux, internet et tout ce qu'on peut lire ailleurs peut influencer les demandes des patientes et en fait il faudrait pouvoir chacun se former de manière à peu près homogène sur certaines choses. La connaissance scientifique et la recherche scientifique évoluent. Des fois il y a des thématiques qui sont abordés un peu rapidement donc on tire des conclusions un peu trop hâtives. Il faudrait être un peu plus mesuré sur ce qu'on dit à la population générale. Sur ce qu'on dit aux médecins aussi pour ne pas qu'il y ait une déviation.

Tu penses qu'il y a une grosse différence intergénérationnelle ? C'est-à-dire que les plus vieux médecins ont une pratique totalement différente des jeunes médecins qui sortent de l'école, donc on récupère les patients des médecins qui finissent leur activité ?

Oui et non. Egalement ce qu'il faut dire c'est que les jeunes médecins sont formés par certains vieux médecins donc au final, et souvent on a tendance à un peu copier ou mimer la pratique médicale de ceux qui nous ont formés. Inconsciemment on a tendance à agir de la même manière, donc c'est vrai que, c'est pour ça qu'harmoniser les pratiques pour former la jeunesse aussi d'une manière similaire. De leur donner les clés pour se former correctement en tout cas.

Ok. D'autres choses ?

Je te remercie beaucoup e tout cas d'avoir répondu à mes questions.

Entretien 8 : DES 2, Femme, 25 ans

Donc tout d'abord merci pour ta participation. L'entretien est enregistré et anonyme. Il y a 5 questions. Ce sont des questions ouvertes donc tu peux parler tant que tu veux, il n'y a pas de limite

de temps. Tant que tu as des choses à me dire n'hésite pas. Tous les noms qui peuvent être cités dans l'entretien sont anonymisés. Si tu as des questions que tu ne comprends pas n'hésite pas à me demander.

La première question : est-ce que tu peux me raconter si tu as déjà été confrontée en MG à des motifs de consultation ou des demandes qui te paraissent non justifiées ?

(Blanc)

Je réfléchis.

(Blanc)

Je dirai que pour moi c'est difficile de dire que des demandes sont injustifiées parce que je me dis que les gens viennent toujours pour quelque chose. Il y a toujours quelque chose qui les embête. Le motif peut être médical ou biomédical. Parfois les demandes que l'on peut dire injustifiées, les patients ont quand même des détresses donc là il y a lieu de les écouter et d'essayer de les aider. Donc le temps de consultation est quand même intéressant. Et après il y a aussi les demandes un peu clientélistes mais c'est autre chose. Les demandes clientélistes euh, ben, disons que je me dis que les gens vont demander quelque chose euh et ils ne vont pas forcément se dire que c'est injustifié. Ou alors ils vont le tenter et voir si ça passe ou ça casse. Et donc, c'est à nous médecins de se dire que ce n'est pas justifié, de l'expliquer. D'expliquer pourquoi nous on a pas le droit. Ou pourquoi on ne veut pas pour la santé du patient ou pour raison administrative ou quoi. Du coup la demande, euh, ben pour moi elle n'est pas injustifiée. Elle est juste non, enfin elle ne peut pas être acceptée. Elle ne peut pas être (blanc) être, être, être résolue.

Et du coup les demandes que tu m'expliques qui ne peuvent pas être résolues, est-ce que tu as des exemples ?

Alors des exemples concrets... J'ai des idées de traitement par exemple des gens qui veulent des sirops contre la toux alors que pour nous, enfin pour moi, moi je ne prescris plus de sirops. Pour moi c'est des médicaments inutiles voire dangereux.

Est-ce que tu veux d'autres exemples ?

Si tu en as.

(Blanc)

C'est principalement dans des viroses je dirai. Des gens qui vont demander de la cortisone ou ...

Il y a aussi les arrêts de travail les choses comme ça. Enfin là je dirai que ça se discute... C'est à nous de faire l'évaluation. Si la personne vient et qu'elle me dit « je veux être arrêtée », je vais quand même voir pourquoi elle trouve que c'est légitime. Et après si moi j'évalue que oui elle en a besoin parce que selon le motif type asthénie ou détresse psychologique oui pourquoi pas. Et après si j'évalue que c'est n'importe quoi. Moi j'ai la responsabilité et le devoir de ne pas prescrire des arrêts de travail inutiles. Enfin disons non justifiés.

Ok. Je passe à la deuxième question : quand tu te retrouves face à ces situations dont tu me parles qui sont difficiles à résoudre pour toi comme les arrêts de travail ou tu évalues si c'est justifié ou non, qu'est-ce que tu ressens face à ces situations et comment est-ce que la situation se déroule avec les patients ?

Pour prendre l'exemple des arrêts de travail, je pense que euh, je vais d'abord être, enfin écouter la demande. D'abord je peux ressentir une sorte de, d'incompréhension. Ou de me dire que... Parfois j'aurai l'impression que la personne se, essaie de me manipuler. Je pense que je ... je pense que ça peut me mettre en colère intérieurement. Je dis clairement en fait que c'est pas possible. (Blanc).

C'était quoi les autres euh ?

Qu'est-ce que tu ressens et comment se passe la consultation ?

J'essaie toujours d'expliquer les choses. Je suis pas du genre à, ... enfin je ne m'énerve pas. Je ne me mets pas forcément en colère ou je ne vais pas rembarquer le patient. Et après je pense qu'il y a deux situations. Il y a la situation où je vais clairement dire non. Et par exemple ça m'est arrivé dans mon stage aux urgences de devoir tellement expliquer que je vois que ça ne fonctionne pas cette technique. Donc au final j'en viens à quand même prescrire. Par exemple là c'était une imagerie. Ce cas-là m'avait vraiment beaucoup secoué et je l'avais analysé en RSCA. Et du coup ben j'ai compris à posteriori qu'il y avait 2 choses possibles. C'était soit euh accepter cette demande injustifiée et que la personne soit quand même satisfaite et que ça lui fasse du bien même si pour nous on trouve que c'est injustifié et que ça va pas aider la santé du patient. Mais à la fois ça peut l'améliorer. Enfin ça je pense que c'est un dilemme de MG de se dire euf enfin, le pour et le contre entre le recommandé et l'évidence base médecine et en fait en pratique le patient, on veut le soulager on veut qu'il aille mieux donc on va prescrire des imageries inutiles ou donner des traitements placebos pour soulager le patient.

Donc pour en revenir à mon cas des urgences il y a soit accéder à sa demande pour le soulager même si on est pas d'accord. Soit en fait, progresser dans la communication avec le patient : c'est-à-dire je me suis dit à posteriori qu'il y a des patients, en expliquant, chez qui ça ne fonctionne pas. Donc il faut

essayer des sortes de techniques de communication en faisant culpabiliser la personne un peu ou euh. Pour essayer d'arriver à ses fins si la fin c'est éviter l'examen inutile, éviter le traitement inutile.

D'accord.

Donc je pense qu'il y a deux, pour moi il y a deux situations. C'est celle où j'arrive à tenir mon objectif et celle où je me dis ben peut être que mon objectif de ne pas répondre à la demande est moins important que la satisfaction du patient. Et je pense que ça dépend de chaque situation et de comment moi je vois les choses et comment la personne réagit à ma réponse. Parce que ça dépend.

Tu penses que céder à la demande c'est soulager le patient ? Et en fait le traiter ?

Euh oui... (blanc). En fait je pense qu'il y a des, enfin c'est difficile de trouver le bon équilibre entre justement vouloir soulager le patient et à la fois euh, ben, euh, on va dire les règles de la relation médecin patient. Pour moi les règles de la relation médecin patient c'est rester dans la légalité, euh que l'un et l'autre qu'il y ait de la communication entre les 2 et qu'il y ait de la confiance réciproque.

(Blanc)

Ok. Je vais passer à la troisième question : par exemple cette histoire d'imagerie où tu as essayé d'expliquer etc... lorsque tu t'es à nouveau retrouvé face à ce type de situation après ces expériences, comment est-ce que ça s'est passé ? Ou comment est-ce que tu imagines les prochaines consultations avec ces demandes-là ?

Euh donc euh, je pense que par rapport à ça euh j'ai fait des progrès dans ma posture de médecin, de médecin généraliste et d'interne de médecine générale. Parce qu'avant j'avais tendance à vouloir expliquer des choses aux gens et maintenant, enfin moi je fais la formation d'entretien motivationnel enfin le DU d'entretien motivationnel et maintenant je me dis, enfin maintenant j'ai quand même plus tendance à écouter le patient, c'est-à-dire à comprendre quelles sont réellement ses attentes et ses inquiétudes. Et du coup trouver un compromis, enfin en sachant ça. Donc là je euh, j'ai tendance à plus le faire verbaliser sur pourquoi il veut ça, qu'est ce qui l'inquiète ? Et essayer de répondre d'une autre manière à cette inquiétude si c'est possible. Du coup je me dis que si le patient il a eu, il a pu expliquer pourquoi il veut ça et ben il sera plus à même d'écouter pourquoi moi je pense que c'est une mauvaise idée.

D'accord. (Blanc)

Et après, et maintenant comme j'ai aussi plus d'assurance en tant que, enfin comme je suis en troisième semestre, je me projette de plus en plus comme médecin. Et je sais que je pourrai plus

facilement dire non alors que quand j'étais en premier semestre je trouvais que la posture de nouvelle interne était plus difficile, et maintenant si euh, enfin je connais mieux la loi donc je pourrai aussi dire « ben moi c'est de ma responsabilité, je n'ai pas le droit tout simplement » et comme ça... moins laisser la place à la négociation.

Plus d'assurance en fait ?

Oui.

D'accord. Donc je vais passer à la quatrième question : dans les situations que tu m'as décrites, est-ce que tu peux retrouver des éléments de la consultation qui t'ont empêché de répondre non la demande ? Et à l'inverse qu'est-ce qui aurait pu faciliter ta réponse négative ?

D'accord. Alors ce qui aurait pu me laisser céder on va dire, c'est l'inquiétude de la patiente euh... A cette époque-là c'est la persévérance face à sa demande... (blanc) Après je pense qu'il y a aussi le contexte... Là cette patiente elle venait d'avoir un AVP pas très grave mais elle avait des douleurs cervicales que moi j'évaluais complètement sans gravité. Enfin c'était peut-être lombaire mais typiquement c'était musculaire... Donc ça servait à rien. Mais dans le contexte elle était sous le choc donc connaître le contexte du patient enfin de la patient ça m'a... enfin je me suis dit que en lui faisant faire la radio, ça diminuait le risque de douleurs ultérieures lié au fait que ce soit pas bien passé aux urgences. Enfin prévenir des douleurs chroniques ultérieures. Donc ça c'était dans le contexte. Enfin voilà ce qui peut me faire céder on va dire. Et ensuite ce qui peut maintenir ma position, il y a la loi, la balance bénéfice risque... (blanc) enfin moi c'est tout ce que je vois. (Blanc)

Ok. Je vais passer à la cinquième question, c'est la dernière, en fait l'objectif serait de faciliter les étudiants en médecine enfin les internes de MG à mieux appréhender ce type de situation grâce à un enseignement par simulation. Alors déjà est-ce que tu sais ce que c'est ? Est-ce que tu y as déjà participé ? Et ensuite qu'est-ce que tu en penses ? Est-ce que tu penses que ça aurait pu t'aider dans tes stages ? En stage prat etc ? À mieux gérer ce type de situation ou est-ce que ça n'aurait rien changé pour toi ?

Oui j'ai déjà fait de la simulation très récemment là depuis 2 semaines. Sur la simulation annonce d'une maladie grave et sur une simulation plaie et cicatrisation.

Annonce d'une maladie grave je me suis portée volontaire pour faire la simulation et ça m'a beaucoup apporté de faire le débrief après. Et donc euh par rapport à la réponse à une demande injustifiée, oui pour moi c'est très intéressant de travailler ça en simulation, comme toutes les situations compliquées au niveau de la communication entre le médecin et le patient. Je pense que c'est très intéressant parce que c'est aussi dans l'approche centré patient de savoir répondre à une demande et de satisfaire les 2 partis et pas seulement le patient quoi... Pour que le patient aille mieux aussi ...

Je te remercie beaucoup pour ta participation et tes réponses.

NB : sur cet entretien, la discussion a repris après l'arrêt de l'enregistrement. J'ai donc pris le parti de retranscrire la discussion après arrêt de l'enregistrement, que j'ai pris sur des notes.

Je suis désolée je n'avais pas trop d'idée au départ mais j'ai vu que tu as réagi quand j'ai parlé de patient clientéliste...

C'était très bien merci pour tes réponses. En fait je t'explique j'ai fait ma thèse sur ce sujet parce qu'une fois en saspas ou stage prat niveau 1 je ne sais plus exactement... J'ai refusé de faire un certificat complètement illégal et la patiente m'a pris de haut et a été se plaindre à mon prat que je n'avais pas voulu lui faire. Ca m'a beaucoup blessée parce que j'étais dans mon droit mais la patient m'a vraiment rabaissée...

Oh oui mais c'est vrai les certificats... J'ai oublié d'en parler... Il y a aussi les antibiotiques... Tous ces gens qui viennent pour des viroses et qui veulent des antibiotiques...

Dans le terme clientéliste j'ai tout à fait retrouvé ce qui me dérange parfois... Satisfaire une demande injustifiée pour « fidéliser » est ce que c'est ça que tu as voulu me dire ?

Oui c'est tout à fait ça... puis une fois que tu leur as dit oui une fois après tu te retrouves en difficulté pour leur dire non... Mais après moi je préfère dire non que de clientéliser les patients... Après c'est beaucoup plus difficile dans nos pratiques et on se retrouve nous en difficulté.

Entretien 9 : Femme, DES 3, 27 ans.

Bonjour, tout d'abord merci de ta participation. Je te rappelle que l'entretien est anonyme et enregistré. Si tu as des questions au cours de l'entretien, n'hésite pas à me les poser si tu ne comprends pas les questions.

Il y a 5 questions tu parles autant que ce que tu as de choses à dire.

Je vais commencer : donc la première question, est-ce que tu peux me raconter si tu as déjà été confronté en MG à des motifs de consultation ou des demandes qui te paraissaient injustifiées et est-ce que tu peux me les décrire ?

Alors... (blanc). Tu ne mets pas de poses le temps que l'on réfléchisse ?

Non. Les blancs font partie de l'entretien.

Euh...

Demande injustifiée c'est au niveau médical ?

Niveau médical, niveau même autres, examens complémentaires, certificats...

Ah oui d'accord. C'était pas ici d'ailleurs. J'ai un patient qui est venu, enfin je ne sais pas si du coup c'est une demande injustifiée, qui est venu le sur lendemain de la coupe du monde en me disant qu'il n'avait pas pu travailler parce qu'il était très malade le week-end et le lundi, ou qu'il s'était fait très mal au dos je crois et à l'arrivée du patient on voyait bien qu'il allait très bien. Il était assez jeune, moins de 30 ans. Du coup je lui dis « vous étiez vraiment mal ? vous vous êtes vraiment fait mal ? » et en fait il m'a avoué que non... Il m'a avoué que le week-end avait été trop dure et que la seule raison pour laquelle il venait c'était parce qu'il avait besoin d'un arrêt. Du coup je lui ai pas fait (rires).

C'était en stage prat niveau 1 ?

Oui c'était au semestre dernier . Du coup je ne lui ai pas fait parce que ma prat, la prat que j'avais elle était assez ferme là-dessus donc je ne lui ai pas fait. Après là-bas, j'ai eu énormément de demandes d'imagerie. Une population gitane et pour et pour le moindre mal le moindre, enfin j'ai pas d'exemple. Enfin je n'en ai pas en tête mais pour le moindre mal de dos il fallait un scanner. J'ai pas un exemple mais j'ai passé mes consultations à repousser des scanners, des demandes de scanners abusives, ou abdominales pour une simple gastro ou du rachis pour le moindre soucis quoi.

Je ne sais pas s'il te faut des exemples précis ou pas...

Comme tu veux, mais ne t'inquiète pas pour les exemples précis. Ca me fait de gros exemples.

Après en demandes ici, je réfléchis... (blanc)

Ici j'ai moins de demandes, les patients sont peut être plus faciles. Enfin ici je me suis battue plusieurs fois pour des demandes d'antibiothérapie quoi... Parce que c'est l'hiver je pense aussi. Ici j'ai eu plusieurs fois les consultations qui se sont déroulés plus de manière pédagogique sur l'utilisation des antibiotiques qu'autre chose quoi...

Par exemple, 60 ans un rhume depuis 5 jours et revenait, enfin classique quoi, parce qu'elle l'avait toujours. Ca s'est terminé en expliquant que mon prat actuel ne l'aurait jamais fait et que je ne le ferai pas non plus. C'est arrivé plusieurs fois. En plus je ne comprends pas trop pourquoi parce qu'ils ne prescrivent pas tant d'antibiotique que ça mais j'en ai eu pas mal. Peut-être parce qu'en étant l'interne, ils se disent plus qu'ils vont arriver à obtenir certaines choses je pense.

Ils arriveront plus à te faire changer d'avis ?

Ouais, mais ici pour tout ce qui est imagerie etc, je pense que comme ils sont assez fermes et qu'ils sont là depuis longtemps et qu'ils arrivent quand même à... enfin je pense qu'ils ont éduqué leur patientèle donc je n'ai pas tant de demandes abusives que ça. Et en remplacement, pas tellement non plus parce que je pense qu'ils n'osent pas. Comme souvent je remplace une journée par une journée, je pense qu'ils osent moins demander des choses pas probables.

Donc je passe à la deuxième question : face à ces demandes dont tu m'as parlé dans ton stage précédent, comme les demandes d'imagerie ou ici les antibiothérapies, euh qu'as-tu ressenti face à ces situations et comment se sont déroulées les consultations ? Pour l'antibiothérapie tu m'as dit que le Docteur chez qui tu es en stage l'aurait pas fait et tu as répondu que lui ne l'aurait pas fait donc toi non plus, comme lui. C'est ça que je te demande sur les différentes situations que tu as pu rencontrer.

Je pense que ça dépend aussi des fois du moment dans la journée. Je pense par exemple aux antibiotiques, quand tu l'as eu 3 ou 4 fois dans la journée tu es moins à même d'expliquer de refaire de la pédagogie. Donc parfois tu craques peut être un peu plus vite. En général j'essaie de prendre le temps de leur expliquer le pourquoi du comment et de garder mon fil conducteur enfin mon cap quoi. Je n'ai pas envie de leur prescrire tout et n'importe quoi pour leur faire plaisir donc c'est vrai que c'est pas toujours évident. Il y a des jours où tu es plus ouvert à la discussion et y'a des fois où tu n'as pas envie. Pour l'arrêt de travail, j'avais vraiment l'impression qu'il s'était foutu de moi. Il a vu qu'il était avec l'interne il est arrivé en se marrant en disant « ah ben non j'avais juste la gueule de bois ». je me

suis dit mince, je suis quand même être le médecin du truc et... Enfin je me suis dit déjà moi ça me mettait en situation « oh ben on s'en fout c'est l'interne elle va accepter » et je me suis dit aussi que ça allait pas... enfin ma prat n'était pas facile du tout donc je me suis dit que si elle l'apprend elle ne sera pas très satisfaite. Et en fait elle m'a dit que j'avais été dure, elle m'a dit qu'elle l'aurait, enfin elle m'a dit « t'as été dure avec lui quoi » (rires).

Elle l'aurait fait ?

Je ne sais pas si elle l'aurait fait après elle était pas évidente avec moi et elle me repoussait dans mes retranchements. Et elle m'a dit « ah ben dis donc tu as été dure avec lui ». Moi je trouvais que la demande était un peu, enfin au-delà d'être abusive, il ne l'a pas demandé de manière très respectueuse donc euh, donc euh j'ai verrouillé. J'ai dit non quoi.

Tu t'es sentie rabaissée ?

Un peu ouais. Je me suis dis, je pense qu'il ne l'aurait pas demandé, en tout cas il l'aurait pas demandé de cette manière-là à me faire croire qu'il avait mal et quand je lui ai demandé s'il avait vraiment mal il s'est marré en disant « ah ben non ». Il aurait jamais osé faire ça avec elle enfin avec un des médecins référent quoi.

Il aurait continué à mentir tu penses ?

Je pense que soit il l'aurait pas fait, soit il aurait joué le jeu. J'aurai préféré qu'il arrive directement en me disant « je suis désolée j'aurais besoin d'un service » enfin ouais il était un peu spécial. Je pense que c'est venu aussi sur une journée où je n'avais pas envie de négocier, où il y avait du monde et je me suis dit « non il me prend pour une andouille donc ».

Et s'il était venu en te disant « j'ai besoin d'un service etc » est ce que tu l'aurais fait ?

Je ne sais pas, franchement je ne sais pas... Je me dis en fonction du contexte en fonction, enfin franchement je sais pas. Je n'ai jamais eu d'autres demandes pour des arrêt de travail où c'est ouvertement une demande abusive autant... Donc je ne sais pas. Y'a des fois où je sais que je le fais en me disant « je me fais rouler » mais bon tu ne peux pas toujours savoir...

Sinon tu remets en doute...

Oui voilà tu ne peux pas toujours remettre en doute donc euh.

Donc le ressenti c'était plus le manque de respect ? être rabaissée ?

Ouais peut être ouais... Et les autres fois y'a eu, enfin pour les demandes d'imagerie en général ce sont des demandes un peu agressives de la part des patients enfin quand tu leur dis non au départ c'est souvent, souvent ils insistent. Quand tu leur expliques qu'on est pas, enfin qu'on est pas ou dans les recommandations ou qu'il n'y a pas besoin mais que si ça continue ou que, enfin on le fera si vraiment on estime que c'est utile et que ça importe pour le diagnostic, je trouve qu'ils réagissaient plutôt biens.

Tu t'es déjà fait agresser ?

Non. Enfin tu sens que leur position est assez agressive, leur demande peut être assez agressive mais en général, après explication et tout il n'y avait pas de conflit. Il comprenait. Je trouve qu'il comprenait.

(Blanc)

D'accord, je vais passer à la troisième question : lorsque tu t'es à nouveau retrouvé face à ces situations après ces différentes expériences comment est-ce que ça s'est passé ou comment est-ce que tu imagines tes prochaines consultations avec ce type de demande ?

Euh... ben je trouve que quand tu as eu plusieurs fois la situation, tu es plus à l'aise, tu as un discours qui est mieux rodé. Tu te sens plus légitime la dixième fois de dire oui ou non à des demandes que la première fois où tu ne t'y attends pas... et voilà. Au fur et à mesure tu es forcément de plus en plus à l'aise. Enfin pour les arrêts de travail comme je te disais c'est, enfin comme ça je te dirai que je dirais non si je sens que la demande est abusive dès le départ mais c'est aussi à prendre au cas par cas. Une demande abusive ça peut parfois, enfin je me dis que ça peut cacher autre chose donc euh, chercher le vrai motif. Si c'est juste « non j'ai eu la flemme de me lever » et que je le ressens, je pense que je continuerai à dire non. Si derrière tu sens qu'il y a un vrai soucis ou que ça cache quelque chose, enfin je me dis que, faut quand même entendre la demande et essayer de voir à voir ce qui se cache dessous sans toujours quand même remettre en doute la parole du patient quoi. Après je pense qu'avec le temps on sera plus à même de discerner les vraies et les fausses demandes et d'avoir un discours un peu mieux rodé et être de plus en plus à l'aise pour répondre à ces demandes quoi...

Est-ce que tu penses que d'avoir les patients d'autres médecins c'est du coup plus difficile de dire oui ou de dire non ?

Tu veux dire d'avoir des patientèles qui ne sont pas les nôtres ?

Oui c'est ça.

Je sais pas... parce que tu les revois pas et tu sais qu'ils attendent rien de toi donc en même temps tu peux ne pas , tu peux ne pas accéder à leur demande et s'ils t'en veulent tu leur as bien expliqué. S'ils t'en veulent ben il t'en veulent et près tout tu ne les reverras pas. Je Pense que c'est plus facile dans ce sens là de dire non. Et en même temps je pense que si tu connais les patients comme ils te font confiances si tu leur explique et qu'ils sont d'accord avec toi tu te dis que tu auras gagné un peu plus de leur confiance. Tu te dis que si y'a une relation stable, ils sont censés recevoir ton explication et on est censé tomber d'accord sur les points de vue. Je pense que dans les deux cas, euh, dans les deux cas il y a du pour et du contre. Si tu les connais pas tu leur dis non, tu leur expliques et tant pis pour eux et si tu les connais tu te dis que tu peux essayer de négocier. Mais si tu tombes pas d'accord tu te dis que ça peut casser quelque chose. Don ej pense qu'il n'y a pas de, enfin ce n'est pas forcément plus facile dans un sens ou dans l'autre.

Je vais passer à la quatrième question : dans ces situations que tu m'as décrite, est ce que tu peux retrouver des éléments de la consultations qui t'ont empêché de répondre non à la demande et à l'inverse qu'est ce qui aurait pu faciliter ta réponse négative ?

Redis moi (rires).

En fait dans les situations que tu m'as décrite, je te demande ce qui t'a aidé à dire clairement non à la demande ou à l'inverse qu'est ce qui a pu t'empêcher de dire non ?

Ah d'accord.

Alors qu'est ce qui m'a aidé à dire non ? c'est une bonne question. (Blanc)

Ben déjà d'avoir confiance en ce que tu dis. Garder un peu d'aplomb et de ne pas se démonter face à la personne. Enfin par rapport au tout départ, on commence à dire qu'on a la possibilité de dire oui ou non qu'on commence quand même a avoir fait quelques années derrière nous même si c'est encore super jeune. Et puis de croire en ce qu'on dit. De dire non aux antibiotiques on en est persuadé et il n'y a pas de , enfin on sait qu'on ment pas. Je pense que quand tu es sur de ce qu'on dit c'est plus facile de, c'est plus facile de le justifier. Du coup c'est plus facile de ne pas accéder à la demande et d'expliquer pourquoi. Je pense que quand il y a une explication et quand il y a un quand tu sais pourquoi tu dis non et que tu es capable de l'expliquer, c'est plus facile.

Et après qu'est ce qui fait que tu n'acceptes pas, je pense que c'est l'attitude des patients. Quand tu sens qu'il n'y a aucune communication et que ce jour là toi, l'attitude du patient en face de toi est difficile et ce jour-là t'as pas envie forcément de perdre du temps parce que soit t'es déjà en retard

soit t'es un peu plus, un peu plus fatigué, un peu plus susceptible et qu'en face de toi tu as quelqu'un qui est pas réceptif ben des fois je pense que c'est ce qui ait que tu ne dis pas non...

Je pense qu'il y a de ça. Et à l'inverse, bon quand tu es, enfin là j'ai pas eu de situation comme celle-ci mais si tu n'as pas de justification ou si tu ne sais pas comment t'y prendre ben c'est plus simple de dire oui.

Quand t'es pas sur de toi ?

Oui voilà

Et duc oup la confiance en soi ça vient avec ?

Avec le temps et l'expérience... je pense.

(blanc)

Je vais passer à la dernière question : l'objectif serait de faciliter les étudiants à mieux appréhender ce type de situation grâce à un enseignement par simulation. Déjà est ce que tu sais ce que c'est ? Est-ce que tu y as déjà participé ? Et qu'est-ce que tu en penses ? Ce type de simulation sur les demandes injustifiées aurait pu t'aider si tu en avais eu ?

Oui on en a fait pendant notre externat. On en a fait 2 sessions avec un certain nombre de consultation à chaque fois. Je ne sais plus mais en tout peut être 1 ou 15. Je n'ai pas le souvenir tellement c'est vieux quand même qu'il y ait eu des demandes injustifiées mais ça traitait pas mal de problème de la vie courante. Et des annonces de cancer. Je pense que c'est une super méthode pour apprendre et pour se mettre en situation. Je pensais que ta question allait être ouverte et ne pas en parler. Et que tu allais me demander comment on pourrait faire et j'ai de suite pensé à ces simulations.

Quand tu l'as vécu enfin nous on était vraiment en situation réelle dans des cabinet de consultation au calme et tout et t'es vraiment mis dans la situation et quand tu réagis une fois deux fois ou trois fois dans ces conditions-là je trouve que c'est quand même beaucoup plus simple après d'exercer tous les jours.

Vous aviez les debriefs après ?

Oui on avait les debriefs mais je n'ai pas le souvenir qu'ils étaient super bien faits. Sur une matinée de consultation, je ne me souviens plus combien on en avait, 5 ou 6 ou 6 ou 7 et c'était un débrief d'une

heure qui était très large avec tous les étudiants qui passaient le matin... Et y'avait que les grosses situations qui ressortaient. Je pense qu'il faudrait, enfin il faudrait vraiment accentuer sur les debriefs et peut être que tout enfin nous c'était, enfin ça fait quand même maintenant 4 ou 5 ans je sais pas. On avait pas tous récupéré nos vidéos et je pense que c'est important que l'on se revoie et je pense que c'est important de se revoir. Sur le coup ils nous avaient dit « allez prenez les clés, ramenez les clés USB » et puis comme il fallait venir un jour entre je sais plus quelle heure et quelle heure on ne l'avait pas fait. Je trouve que ça serait intéressant que ce soit de base renvoyé à tous les étudiants pour pouvoir se critiquer, pas juste sur la façon d'être mais sur le fond du sujet. Mais je pense que c'est une des meilleures formations pratique

A la communication ?

Oui et puis ça aide sur pleins de chose... ça permet de te mettre en situation tout simplement et d'accès sur des points comme les demandes injustifiées et tout le reste.

Sur Montpellier, il y a une simulation sur l'annonce d'une maladie grave et chronique.

Tu ne l'as pas fait celle-là ?

Non non cest les externes je pense.

Non c'est pour les internes.

Ah bon je ne savais pas du tout.

Moi ça serait vraiment de cibler les internes. Pas les externes parce qu'ils sont encore un peu jeunes.

Ah c'ets peut être pour la réforme je sais pas.

Moi je n'en ai pas entendu parle

Les externes n'ayant pas encore choisi leur spécialité c'est un peu tôt. Ca serait pour cibler les IMG parce qu'on est plus confronté avec les urgentistes à ce type de demande par rapport aux spécialistes qui sont en deuxième ligne.

C'est vrai que ça serait intéressant de le faire en tant qu'interne mais tu n'es pas là pour découvrir la consultation mais pour pousser un peu plus loin .

Ca t'aurait aidé tu penses ?

Oui les séances de simulation t'es jamais complètement prêt enfin t'as toujours à apprendre d'une consultation de comment faire et comment mener une consultation. Donc euh je pense que ça aidera toujours ?. Même pour les vieux médecins je pense que ce sont des exercices toujours bénéfiques.

Ok très bien. Est-ce que tu as des choses à rajouter ?

Non.

Je te remercie beaucoup pour ta participation.

Entretien 10 : Homme, DES 2, 26 ans

Tout d'abord bonjour, je te rappelle que l'entretien est anonyme et enregistré. Merci beaucoup pour ta participation. Il y a 5 questions, ce sont des questions ouvertes donc tu peux parler autant que tu veux, autant que tu as de choses à me dire. Voilà, si tu as des questions que tu n'as pas comprises n'hésite pas à me demander de reformuler.

Je vais commencer : la première question, est ce que tu peux me raconter si tu as déjà été confronté en médecine générale à des motifs de consultation ou des demandes qui te paraissaient injustifiées ?

Euh, oui faut que je réfléchisse 30 secondes mais en stage prat il y en a forcément, notamment pour tout ce qui est les demandes, ce qui revient souvent c'est les certificats de sport. Après c'était les certificats de sport qui ressortaient beaucoup. Euh, qu'est-ce qu'il y avait d'autre ?

Après ça dépendait beaucoup parce que moi j'ai fait un stage chez un addictologue, donc c'était des patients qui étaient très cadrés. Mon autre praticien qui était en milieu semi-rural avait une patientèle qui était assez, euh on va dire, éduquée entre guillemet et qui savait très bien pourquoi elle venait et ce que derrière le Docteur avait un choix décisionnel donc souvent, c'est souvent les certificats de sport parce que moi mon stage il a eu lieu pendant l'été donc forcément à la rentrée de septembre les certif de sport revenait beaucoup donc on voulait qu'il y ait une consultation qui ait été fait au moins dans l'été, quite à ce que les patients reviennent en septembre et qu'on leur fasse le papier, on les a vu un mois avant donc on a pu anticiper ou si ce n'était pas le cas de les voir impérativement pour leur remettre ça. Donc ça je pense que c'est le principal motif de demande injustifiée, les patients qui viennent et qui veulent un certificat qu'on laisse traîner chez la secrétaire sans aucun examen.

Après est-ce que tu en veux d'autres peut-être ?

Oui si tu en as d'autres n'hésite pas.

Les arrêts de travail pas tellement parce que c'était une patientèle qui comprenait quand même bien qu'il y avait un coût.

Les antibiotiques, je pense que ça doit revenir souvent, mais avec de l'explication aux patients, c'est souvent, symptôme viral, est-ce que je peux avoir, enfin pas d'antibiotiques. Avec une explication en leur réexpliquant la réévaluation à 48-72 heures c'était souvent assez clair. Et après, ça c'était pour mon stage chez le praticien et chez l'addictologue chez qui j'étais avec qui j'alternais, il n'y avait pas tellement... C'était souvent des demandes,... enfin non même tout ce qui était opiacé, ils étaient assez bien éduqués et le fait de les revoir assez souvent ça, non enfin vraiment comme ça ce sont les 2 motifs qui me viennent.

D'accord. Ok. Euh t'as consulté un peu seul dans ton stage chez le prat ?

Oui oui.

Donc comment tu t'es senti face à ces situations que tu me décris par exemple le certificat de sport où on téléphone à la secrétaire et ils demandent d'avoir le certificat sans être vu, qu'est-ce que tu as ressenti face à ce type de situation ? et comment est-ce que la consultation s'est déroulée quand ils sont venus consulter pour avoir leur certificat ?

Le ressenti c'est déjà, moi ça reste assez médical, je cherche à comprendre le pourquoi du comment mais s'ils ne sont pas vus c'était un non. Je ne suis peut-être pas très diplomate parfois mais on est obligé d'être ferme. C'est non avec des explications derrière hein, c'est pas juste un non c'est non. Y'a besoin d'une consultation en leur rappelant qu'il y a un aspect médico-légal que ça engage moi, qu'on a pas une obligation de résultat mais de moyen, que c'est impératif que je les vois après ça dépendait. C'était surtout des jeunes par exemple. C'était beaucoup dans l'explicatif, expliquer pourquoi je refusais chez un jeune de 15 ans, nous on faisait beaucoup d'électrocardiogramme. La consultation ça permettait quand même d'ouvrir le dossier et de refaire le point et après souvent comment ça se passait ? Encore une fois, c'était vraiment une population qui comprenait qui avait un bon contact avec son médecin qui était habitué à l'explication derrière, du pourquoi du comment et nous n'étions pas juste des prescripteurs quand même. Il y avait une logique dans la prise en charge. Donc une fois qu'on leur expliquait ben souvent ça se passait bien. Je n'ai pas le souvenir d'avoir eu des confrontations avec des patients ou autres. Non ça, enfin de souvenir j'ai du avoir une fois une dame

qui voulait que je lui prescrive, enfin c'était pour des rappels de vaccin, c'était une situation complexe mais globalement ça se passait bien. Avec de l'explication, il n'y avait pas de soucis en général.

D'accord. Donc en fait là ce que tu m'expliques c'est que pour toi c'est vraiment sur l'éducation des patients qui fait que ?

Ah oui moi je pense que c'est primordial. Après chaque médecin fait ce qu'il veut je pense. Enfin personnellement c'est comme ça que je le vois pour mon exercice futur. C'est qu'on sélectionne nos patients : celui qui ne veut pas l'entendre et qui ne comprend pas, ben moi ce n'est pas un patient avec qui ça va m'intéresser de faire une prise en charge parce que tout va être remis en question et on ne peut pas travailler, s'il préfère un médecin qui ne pose pas de question il en trouvera sûrement un. Puis je pense que l'éducation des patients et surtout l'explication aussi, leur expliquer c'est important ne pas juste leur dire « moi c'est comme ça » mais leur expliquer pourquoi c'est comme ça, je pense que c'est quand même primordial pour toutes ces demandes injustifiées et ça leur apporte une réponse une réflexion.

Et quand tu essaies d'expliquer pourquoi ça se passe comme ça, quel moyen tu utilises ?

Ben j'étais assez médical, je restais déjà très médical parce que je pense que les patients, et c'est important parce qu'on est quand même médecin, qu'on leur apporte une explication médicale du pourquoi du comment. Je leur expliquais aussi, enfin je rebondis sur une question que tu m'as posée avant sur les demandes injustifiées là il y en a une autre qui me revient, c'est tout ce qui est médicaments non substituables. Maintenant ma prat m'expliquait que on était contrôlé par la sécurité sociale et que le médecin traitant devait justifier par lui-même pourquoi il mettait un non substituable, ben par exemple dans ce cas là que ce soit pour les certificats de sport ou pour les médicaments non substituables, je leur expliquais que ça engageait ma responsabilité. Donc pour le certificat de sport, je disais, ce que je t'ai expliqué avant, qu'il fallait que je les vois que c'était médico-légal qu'il y a un intérêt de dépistage de pleins de choses, toutes ces choses-là. Pour les traitements substituables, je leur expliquais par exemple qu'il y a un intérêt pour eux, le jour où il y a une hospitalisation, que j'entendais, ils me disaient y'avait des réactions allergiques qui datent de 30 ans ou autre mais je leur disais « est ce qu'il y a une exploration derrière ? » Non bon ben écoutez voilà moi il me faut un justificatif pour la sécurité sociale. Et en même temps on peut en profiter, je leur apportais un intérêt personnel en leur disant qu'il y ait une exploration et que derrière le jour où ils seront hospitalisés, parce que toutes ces histoires d'allergie qu'on voit trainer à répétition qui ne sont pas documentées, c'était une perte de chance pour eux le jour où ils étaient hospitalisés. Notamment, tout ce qui est antalgique, ou le kardegic,... les patients tu leur donnes en hospitalisation y'a aucune allergie... Donc c'est bénéfique pour eux que ce soit réévalué par un médecin.

D'accord. Ok. Je vais passer à la troisième question : lorsque tu t'es à nouveau retrouvé face à ces situations après les différentes que tu as vécues, à force de te retrouver face à ces situations comment est-ce que ça s'est passé ou comment tu imagines que ça pourrait se passer ?

Ben je pense que, après moi je n'ai pas beaucoup d'expérience, mais au début, ben après je sais que dans la pratique c'est un peu mon défaut, je suis parfois un peu brut de décoffrage c'est non quoi. Disons qu'on apprend un petit peu à tourner les choses, à comment dire, à être explicatif, à écouter la demande, pas être tout de suite dans le refus. C'est beaucoup plus un travail personnel de prendre le temps de réexpliquer, d'essayer de ne pas d'énerver, parce que c'est vrai que moi j'ai ce défaut-là de me dire « bon ben là il comprend pas, ce que je lui dis c'est passe à autre chose » Non faut réexpliquer, reformuler les choses, leur redemander le pourquoi du comment, et essayer de creuser la chose pour qu'il y ait, enfin pour être un peu lus, enfin c'est pas de l'empathie dans ces situations là, mais avoir plus d'écoute.

Don en fait toi, t'as pas de mal à dire non quand ils te font des demandes injustifiées par contre ce que ça t'a appris c'est à reformuler, à réexpliquer, à expliquer les choses ? à réexpliquer les choses c'est ça ?

Oui c'est exactement ça. Au début j'étais un peu trop ferme je pense dans la façon de faire et au fur et à mesure des expériences, plus dans l'écoute, plus prendre l'ironie. Je pense que si on leur fait une blague « vous savez si je vous fais ça je vais aller en prison, vous n'aurez plus de Docteur » ben ils comprennent mieux. Ne pas hésiter à les écouter, pourquoi ils ont cet a priori, enfin écouter leur demande et être beaucoup plus patient, parce que c'est de la patience au final. Puis expliquer les choses. C'est beaucoup plus d'écoute au fur et à mesure des consultations et de patience aussi...

Ok. Ok. Je vais passer à la quatrième question : dans les situations que tu m'as décrites que tu as vécues, est-ce que tu peux retrouver des éléments de la consultations qui t'ont empêché de répondre non à, qui aurait pu t'empêcher de répondre non à la demande, parce que toi tu as un non assez facile, mais qui aurait pu t'empêcher de leur dire non ? Et à l'inverse qu'est ce qui facilite ton non dans le comportement des patients, dans l'environnement etc ?

Ben déjà pour ce qui m'empêcherait de dire non et entre guillemet de prescrire ce que le patient me demande, je pense que c'est typiquement les demandes lors des consultations où on a une heure de retard et je trouve que, quand on a un couple de patient qui arrive de patient qui est un petit peu... Enfin j'ai le souvenir de ce couple de patient qui était anti traitement, qui voulait non substituable partout, t'as, t'es en, bon là j'étais avec ma prat mas si j'avais été à sa place, au bout d'un moment on craque, on a une heure de retard, tant pi on ne perd pas de temps-là, j'ai pas le temps, j'ai une

heure de retard, y'a pas un grand changement thérapeutique... je me dis que je reporte à une prochaine fois. Donc c'est vraiment la notion de temps, mais y'a aussi la notion d'humeur, y'a des jours où, c'est humain hein, y'a des jours où on va vouloir prendre le temps parce que, et puis y'a d'autres jours où on a la tête ailleurs et entre guillemet ça nous énerve donc on se dit que ça ne vaut pas le coup de perdre mon énergie ce jour-là, je n'ai pas la tête à ça et je verrai une prochaine fois. Et après tu peux me redire la deuxième partie de ta question ?

Donc ça c'est ce qui t'aurait empêché de répondre non, et à l'inverse qu'est ce qui facilite ton non ?

Je dirai déjà quand je vois, quand je sais que ce sont des patients qui vont faire une demande mais qui ont une écoute du médecin. Je pense que ça facilite chez qui, enfin c'est pas tellement un niveau socio-culturel, mais qui je sais vont être à l'écoute du médecin. Ça ça facilite, parce que quand on sait qu'on a un patient qui est borné, déjà ça je sais que le non passera pas, donc on essaie de travailler un peu plus longtemps et puis après c'est que, enfin si la consultation, y'a une notion de temps, je veux dire, si on est dans, si on a le temps, si le patient nous laisse parler aussi. Enfin quand tu as des patients qui arrivent et qui parlent qui nous laissent 3 minutes leur expliquer mais qu'on y arrive pas, on tombe dans la facilité. Ça dépend beaucoup de la relation médecin-malade je pense. Quand il y a une relation d'écoute et de compréhension entre les 2, on sait que ça facilitera l'explication et euh la prise en charge également. Je ne sais pas si ça répond à ta question ?

Oui oui, non très bien. Est-ce qu'il y a d'autres choses qui te viennent sur cette question ?

Des choses qui me faciliteraient le non c'est ça ?

Oui oui. Qui te faciliteraient ou qui t'empêcheraient ? en plus du temps etc...

Après c'est souvent, enfin y'a aussi le motif. Si je juge qu'il y a pas besoin d'antibiotiques ça c'est, je serai plus ferme que sur le non substituable. Parce que je me dis que derrière y'a quand même un enjeu. Même si le non substituable c'est pas vraiment un enjeu pour la santé du patient entre guillemet par rapport à l'antibiotique. Bon c'est, je vais dire n'importe quoi mais le patient qui, ou le pharmacien typiquement qui vient chez son médecin et qui me dit « moi il me faut des fluoroquinolones absolument parce que on traite ça et qu'il y a » enfin un médecin qui a des années derrière lui et qui n'est pas à jour là je serai beaucoup plus ferme parce que non je suis désolée mais ce n'est pas ma façon de faire. Le non substituable on va dire que je serai un peu plus souple, je trouve, je reporterai, je me dirai qu'il y a peut-être plus d'écoute à avoir, je reformulerai une première fois au patient, le revoir une deuxième fois, lui en reparler pour que peut être la troisième fois il accepte et reparte avec une ordonnance pour aller chez l'allergologue. Donc il y a le motif de la demande peut être qui jouerait sur la flexibilité du oui et du non c'est ce qui me vient comme ça.

D'accord, ok.

Et du coup quelques chose que tu m'as dit un peu insidieusement mais le caractère du médecin ?

Oui c'est ça, enfin je pense qu'après, oui c'est ce que, enfin moi je suis assez, assez ben je le vois quand je suis en GEPT qu'on échange nos cas, il y en a beaucoup qui se moquent de moi parce qu'on m'appelle monsieur non. Donc oui je pense que le caractère du médecin ça joue beaucoup aussi. La prat chez qui j'étais me disait beaucoup « tu sais, tu ne peux pas toujours dire non, voilà » enfin je trouve qu'un médecin doit quand même avoir beaucoup une personnalité et le patient doit connaître son médecin. Le médecin qui prescrit parce que le patient le demande, pour moi je trouve que c'est une médecine qui n'est pas tellement euh cohérente. Donc oui je rejoins ce que tu dis tu fais bien de le resoulever, le caractère du médecin ça joue énormément... Et derrière ce caractère, le côté je suis en retard sur mes consultations, je suis pas de bonne humeur, ce sont des paramètres qui viennent sur le caractère de base du médecin et qui peuvent influencer la décision du oui ou du non sur la prescription d'une demandes injustifiées.

Ok. Ok . Très bien. Est-ce qu'il y a d'autres choses ?

Je réfléchis, notamment sur ta première question s'il y a d'autres exemples qui pourraient venir apporter d'autres éléments. Je t'ai dit les antibiotiques, les certificats, les traitements non substituables... Je suis entrain de réfléchir sur la vaccination par exemple aussi... Ca par exemple c'est une autre chose où je serai assez ferme. C'est une question que je me pose souvent, est ce que tu accepterais de suivre une patiente qui refuserait les vaccins ? Moi je me dis est ce que je serai ? Dans quel intransigeance je serai ? Je pense que je serai assez ferme. Là c'est pareil, je suis assez pro vaccin comme beaucoup de jeune médecin, on a les echos des bénéfices. Moi derrière une patiente qui me dit « bon ben non je ne juge pas utile de vacciner mon enfant » bon maintenant avec les vaccinations obligatoires ça a changé. Je me poserais la question de lui dire, je serai beaucoup moins ferme que pour les antibiotiques, mais comme les traitements non substituables je me poserais la question de lui apporter l'élément « écoutez moi je fonctionne comme ça, ma politique c'est de la vaccination, moi ça me gêne dans la prise en charge, je ne me sens pas apte d'être objectif dans mes décisions et je la redirigerai peut être vers un autre médecin. En réfléchissant y'a le problème de la vaccination qui me tient beaucoup à cœur. Après c'est pareil la vaccination c'est gradué, le gardasil une maman qui refuse, je serai beaucoup plus dans l'écoute et je préférerais revoir et me laisse plus de temps, parce que ce n'est pas fermé, c'est pas « oui ou non ». Le gardasil on sait que c'est problématique en France parce qu'il y a les médias et c'est normal qu'une mère pour sa fille, surtout quand tu les vois une fois dans l'année pour les certificats de sport, donc faut se donner du temps et ne pas hésiter à les, à reconsulter quoi... ca c'est un quatrième exemple.

Bon très bien. J'ai une cinquième et dernière question en fait l'objectif ça serait de faciliter les étudiants en première et deuxième années de DES de MG a mieux appréhender ce type de situation grâce a un enseignement pas simulation. Déjà est ce que tu sais ce qu'est la simulation ?

Euh oui je pense après je ne pense pas en avoir fait pour l'instant les seules expériences que j'ai et que je nommerai simulation c'est quand on est des groupes et qu'on est 10 et qu'il y en a un qui joue le médecin un qui joue le patient on a un rôle donné pour chacun des participants et les 8 autres observent. On joue la scène et on débrief derrière.

Alors ça ce n'est pas la simulation ça c'est les jeux de rôle. La simulation t'es face à un acteur, toi tu joues le médecin, tu es dans une pièce totalement isolée comme si tu étais dans un cabinet de consultation. Tu es filmé et enregistré et à l'extérieur dans une autre pièce, il y a un autre petit groupe d'étudiant qui regarde ce qui se passe au sein de cette situation. Notamment, là à la fac il y a un enseignement par simulation c'est la=annonce d'une maladie grave ou chronique. Donc voilà tu es face à cet acteur et cet acteur est formé pour mieux jouer qu'un étudiant quand on est en jeu de rôle et que des fois c'est un peu compliqué de sortir des répliques quand on est juste étudiant et là c'est vraiment l'étudiant plus un acteur et à l'extérieur il y a le prof et tous les autres qui regardent la scène. Une fois fini il y a un débriefing sur comment tu t'es senti etc etc...

Ben alors du coup j'ai pas eu l'occasion, j'ai pas encore eu le cours de simulation on est en deux partis de promos mais j'en ai entendu aprlé de ça. Par contre j'ai connu que les jeux de rôle alors euh, du coup tu veux mon avis sur ?

En fait je voulais ton avis, je voulais savoir ce que tu pensais. Est-ce que tu penses que ça pourrait t'aider si tu avais un enseignement par simulation sur les demandes injustifiées ?

Ah mais moi je pense que oui clairement. Je veux dire, comparé aux jeux de rôle, oui. Je suis pour ces enseignements de simulation. Pourquoi ? Parce que comparé aux jeux de rôle. Les jeux de rôle, c'est avec des gens que tu connais c'est des choses bêtes mais que tu as croisé en soirée ou dans tes GEPT donc tu as une vision un petit peu moins neutre ce qui peut se passer avec des patients parfois que tu suis depuis 10 ans et qui font une demande injustifiée. Enfin je trouve quand même que ces enseignements par simulation même si j'en ai pas fait mais je trouve que ça peut être intéressant d'être isolé. Déjà être dans un environnement isolé... t'es pas influencé par la salle les regards. Tu sais juste que tu es filmé mais bon ça ça peut perturber mais il y a déjà un paramètre enlevé c'est la présence des personnes. Et le deuxième paramètre que tu enlèves c'est que tu es face à un inconnu de base donc si c'est pas un étudiant en médecine tu sais très bien, que tu vas être plus objectif. Ce que je pense qui pourrait être même bénéfique peut être ce serait que des patients observent aussi les

choses en plus des étudiants en médecine parce que je pense qu'il y a un debrief après ces simulations, t'as le côté médical qui te dirait « voilà tu as manqué d'empathie » ou après purement « bon ben là c'est une erreur il fallait que tu répondes à sa demande » enfin voilà c'est formateur et de l'autre côté le patient, ça peut être très utile. Enfin je vois quand j'étais en CSAPA, les centres d'addictologie, j'ai demandé exprès d'assister à des groupes de parole et par exemple ce que je demandais aux patients ou aux familles, parce qu'il y a aussi un groupe de parole pour les familles, je leur demandais en me présentant « moi j'aimerais que vous me disiez ce qui ne va pas ? Pourquoi ? Et qu'est-ce que vous attendez de votre MG ? Et notamment sur la PEC de votre proche ? » Ou si c'était les patients « sur votre PEC ? ». Je pense que d'avoir d'autres acteurs ou une association enfin du moins qu'il n'y ait pas qu'un débriefing avec des étudiants en médecine ça pourrait être intéressant à tester.

Des gens neutres ?

Oui des gens un peu neutres. Enfin faudrait voir quel type de gens ça pourrait être. Des patients après les patients c'est pas évidents, faudrait les sélectionner. Après les sélectionner, ceux qui ont peut-être le plus de demande injustifiées. Les patients anti médicaments, anti vaccin.

Ça serait intéressant d'avoir ces gens-là, tu demandes au groupe « voilà vous êtes anti vaccins, vous pensez que le RoR ne sert pas ou autre. Suite à cette simulation vous en pensez quoi ? Voilà ça ouvre à des échanges. Ce serait probablement très tumultueux je pense mais ça ferait réfléchir tout le monde quoi... Je pense que ce serait vraiment très intéressant.

Ok. Très bien. As-tu des choses à rajouter sur tout ça ?

Non non c'est plutôt clair et c'était bien d'en parler je trouve. Je trouve que ça donne des idées aussi notamment sur des simulations de présenter ça. Je pense que c'est l'avenir de faire des simulations. C'est bien mieux que des cours où c'est ennuyeux quoi. Là je vois j'ai un cours sur la relation médecin malade... On va regarder des diapos mais ça ne sert à rien pour moi... Je pense qu'en effet faut directement passer dès les premiers cours aux simulations et rentrer dans le vif du sujet comme ça on est acteur on est pas derrière sa feuille à écrire puis à faire 3 jeux de rôle à la fin... où t'es complètement endormi... donc faire des simulations en plus de ça, ça aiderait pour faire son stage chez le praticien. Pour être mis en autonomie plus rapidement.

C'est le but notamment après parce que bon le stage prat c'est en DES 1 donc vous êtes plus chapeauté en binôme, pour le saspas je pensais que ça pourrait apporter un plus parce que comme en saspas souvent les consultations se passent tout seul, je me disais que...

Oui non mais c'est claire. Je me disais que pour le saspas c'est même indispensable d'avoir ces cours là. Et je dirai même indispensable avant d'aller chez le prat parce que moi j'ai eu beaucoup de chance. J'ai eu des MG qui m'ont accueilli. Enfin un c'était 6 mois d'observation. Enfin l'observation t'apprends quand même beaucoup aussi je pense. Et mon autre prat elle était géniale. Au début elle m'a beaucoup encadrée on était otus les 2 on faisait tout ensemble pour me laisser au fur et à mesure seul. Au début elle était dans le bureau à côté puis des fois elle le faisait intelligemment elle me disait je pars chercher mes enfants je suis à 2 minutes mais c'était pas pour m'abandonner c'était pour me dire « faut que tu te responsabilises ». je trouve que d'avoir ces enseignements avant ça aide. Et je pense que ça t'impose d'avoir un caractère parce que ben je trouve que quand tu arrives chez ton prat, c'est hyper important ce premier stage parce que ton tempérament tu vas le baser un peu sur ton stage. Donc si tu es avec un MG qui te dit « bon pfff quand tes à la bourre le certif tu le laisses dans l'enveloppe de la secrétaire ». Si déjà l'étudiant il a une personnalité un peu cool et qui tombe sur un orat qui est comme ça... c'est pas bon. Tandis que faire de la simulation avant le premier stage ça met des bases et ça t'impose un esprit critique.

Ok. Très bien. Je te remercie beaucoup en tout cas pour ta participation.