



HAL
open science

Prévention des conflits médecin/patient pour éviter les violences. Étude qualitative sur les moyens utilisés par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon

Line Kochoedo

► To cite this version:

Line Kochoedo. Prévention des conflits médecin/patient pour éviter les violences. Étude qualitative sur les moyens utilisés par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03336947

HAL Id: dumas-03336947

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03336947>

Submitted on 7 Sep 2021

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

Présenté et soutenu publiquement

Par

Line KOCHOEDO

Le 1^{er} décembre 2020

TITRE :

« PREVENTION DES CONFLITS MEDECIN/PATIENT POUR EVITER LES
VIOLENCES

Etude qualitative sur les moyens utilisés par les médecins généralistes du Languedoc-
Roussillon »

Directeur de Thèse : Docteur Jérôme CAMPAGNAC

JURY

Président :

Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs :

Professeur LESAGE François-Xavier

Docteur LOGNOS FOLCO Béatrice

Docteur CAMPAGNAC Jérôme



UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présenté et soutenu publiquement

Par

Line KOCHOEDO

Le 1^{er} décembre 2020

TITRE :

« PREVENTION DES CONFLITS MEDECIN/PATIENT POUR EVITER LES
VIOLENCES

Etude qualitative sur les moyens utilisés par les médecins généralistes du Languedoc-
Roussillon »

Directeur de Thèse : Docteur Jérôme CAMPAGNAC

JURY

Président :

Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs :

Professeur LESAGE François-Xavier

Docteur LOGNOS FOLCO Béatrice

Docteur CAMPAGNAC Jérôme



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques

BUREAU Jean-Paul

HERTAULT Jean

MIRO Luis

VISIÉ Jean Pierre

BRUNEL Michel

HUMEAU Claude

NAVARRO Maurice

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude

MARES Pierre

BLANC François

MAUDELONDE Thierry

BOULENGER Jean-Philippe

MAURY Michèle

BOURREL Gérard

MILLAT Bertrand

BRINGER Jacques

MONNIER Louis

CLAUSTRES Mireille

MOURAD Georges

DAURES Jean-Pierre

PREFAUT Christian

DAUZAT Michel

PUJOL Rémy

DAVY Jean-Marc

RIBSTEIN Jean

DEDET Jean-Pierre

SCHVED Jean-François

ELEDJAM Jean-Jacques

SULTAN Charles

GROLLEAU RAOUX Robe

TOUCHON Jacques

GUERRIER Bernard

UZIEL Alain

GUILLOT Bernard

VOISIN Michel

LANDAIS Paul

ZANCA Michel

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

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

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CHAMMAS Michel - Chirurgie orthopédique et traumatologique

COLSON Pascal - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

COMBE Bernard - Rhumatologie

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

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Médecine d'urgence

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

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal - Pneumologie ; addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie viscérale et digestive

FRAPIER Jean-Marc - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

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 et médecine péri-opératoire
- JEANDEL Claude - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
- JONQUET Olivier - Médecine intensive-réanimation
- JORGENSEN Christian- Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
- KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et médecine nucléaire
- LABAUGE Pierre - Neurologie
- LARREY Dominique - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
- LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LUMBROSO Serge - Biochimie et Biologie moléculaire
- MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
- MERCIER Jacques - Physiologie
- MESSNER Patrick - Cardiologie
- MONDAIN Michel - Oto-rhino-laryngologie
- MORIN Denis - Pédiatrie
- PAGEAUX Georges Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
- PUJOL Pascal - Biologie cellulaire
- QUERE Isabelle -
Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
- RENARD Eric - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
- REYNES Jacques - Maladies infectieuses, maladies tropicales
- RIPART Jacques - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- ROUANET Philippe - Cancérologie ; radiothérapie
- SOTTO Albert - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TAOUREL Patrice- Radiologie et imagerie médicale

VANDE PERRE -Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Philippe

YCHOU Marc -Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia

ASSENAT Éric

AVIGNON Antoine

AZRIA David

BAGHDADLI Amaria

BEREGI Jean-Paul

BLANC Pierre

BORIE Frédéric

BOULOT Pierre

CAMBONIE Gilles

CAMU William

CANOVAS François

CAPTIER Guillaume

CARTRON Guillaume

CAYLA Guillaume

CHANQUES Gérald

CORBEAU Pierre

COSTES Valérie

COULET Bertrand

CYTEVAL Catherine

DADURE Christophe

DAUVILLIERS Yves

DE TAYRAC Renaud

DE VOS John

DEMARIA Roland

Hématologie ; transfusion

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Nutrition

Cancérologie ; radiothérapie

Pédopsychiatrie ; addictologie

Radiologie et imagerie médicale

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Chirurgie viscérale et digestive

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Pédiatrie

Neurologie

Anatomie

Anatomie

Hématologie ; transfusion

Cardiologie

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Immunologie

Anatomie et cytologie pathologiques

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Radiologie et imagerie médicale

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Physiologie

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

Histologie, embryologie et cytogénétique

Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier - Dermatologie - vénéréologie

DROUPY Stéphane - Urologie

DUCROS Anne - Neurologie

DUPEYRON Arnaud - Médecine physique et de réadaptation

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

GARREL Renaud - Oto-rhino-laryngologie

GENEVIEVE David - Génétique

HAYOT Maurice - Physiologie

KLOUCHE Kada - Médecine intensive-réanimation

KOENIG Michel - Génétique

LAFFONT Isabelle - Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry - Histologie, embryologie et cytogénétique

LAVIGNE Jean-Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

LE MOING Vincent - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

LECLERCQ Florence - Cardiologie

LEHMANN Sylvain - Biochimie et biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis- Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan - Physiologie

MEUNIER Laurent - Dermato-vénéréologie

MOREL Jacques - Rhumatologie

NAVARRO Francis - Chirurgie viscérale et digestive

NOCCA David - Chirurgie viscérale et digestive

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

PURPER-OUAKIL Diane - Pédiopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle - Génétique

TRAN Tu-Anh - Pédiatrie

VERNHET Hélène - Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud - Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine - Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud - Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel - Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent - Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent - Ophtalmologie

DORANDEU Anne - Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey - Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile - Rhumatologie

GODREUIL Sylvain - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien - Psychiatrie d'adultes ; addictologie

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 - Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas - Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal - Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence - Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin - Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC DONNETTE Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurochirurgie

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

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

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

PANARO Fabrizio - Chirurgie viscérale et digestive

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

PASQUIE Jean-Luc - Cardiologie

PELLESTOR Franck - Histologie, embryologie et cytogénétique

PEREZ MARTIN Antonia - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

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 Médecine d'urgence

SIRVENT Nicolas Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane Nutrition

THOUVENOT Éric Neurologie

THURET Rodolphe

VENAIL Frédéric

VILLAIN Max

VINCENT Denis

VINCENT Thierry

WOJTUSCISZYN Anne

Urologie

Oto-rhino-laryngologie

Ophtalmologie

Médecine interne ; gériatrie et biologie du
vieillessement, médecine générale, addictologie

Immunologie

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

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
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
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
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	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain - Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique ; addictologie

ROUBILLE Camille - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SZABLEWSKYv- Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie - Physiologie

BASTIDE Sophie - Epidémiologie, économie de la santé et prévention

DAIEN Claire - Rhumatologie

GATINOIS Vincent - Histologie, embryologie et cytogénétique

GOULABCHAND Radjiv - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

LATTUCA Benoit - Cardiologie

MIOT Stéphanie - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis - Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements :

Aux Membres du Jury : Professeur LAMBERT Philippe, Professeur LESAGE François-Xavier, Docteur LOGNOS FOLCO Béatrice, Docteur CAMPAGNAC Jérôme

Merci de m'avoir fait l'honneur de votre présence pour ma soutenance de thèse

Au Professeur LAMBERT Philippe

Merci pour votre réactivité à chacune de mes questions, et votre engagement envers nos études de médecine

Au Docteur Jérôme CAMPAGNAC

Tu as accepté de diriger cette thèse. Je te remercie pour le soutien que tu m'as apporté. Merci pour tes encouragements tout au long de mon travail, ta gentillesse. Et merci de m'avoir accueillie et accompagnée au cours de mon dernier stage d'internat qui a été un tremplin pour le début de mon exercice

Aux membres du département de médecine générale de Montpellier

Merci pour le temps que vous nous avez consacré durant les trois années d'internat, la réalisation de la thèse et dans notre projet futur

Aux médecins de l'étude

Merci d'avoir participé à la réalisation de mon travail malgré les conditions difficiles de cette période de coronavirus

A tous les médecins m'ayant accueillie lors de mes stages d'internat

Merci pour votre disponibilité et pour l'enseignement dont j'ai bénéficié à vos côtés

A mes Parents

Merci de m'avoir portée et supportée depuis 1992. Les clés de la réussite dans tous les domaines de ma vie sont celles que vous m'avez données

A ma petite sœur Maryse et mon petit frère Johanny

Merci pour votre amour, votre présence et votre réussite qui fait la mienne, je suis fière de vous, fière d'être votre grande sœur

A mes Grands Parents

Merci pour tous vos conseils et la sagesse avec lesquels ils ont toujours été donnés

A mes Cousins, Cousines, Oncles et Tantes

Vous êtes la source d'énergie et d'amour dont j'ai eu besoin pendant 28 ans et dont je ne pourrai jamais me passer. Merci à vous tous

A ma marraine Marie Christine et mon parrain Francis

Merci à vous deux de m'avoir guidée et accompagnée tout au long de ma vie

A ma filleule Anaïs

Merci pour tout l'amour que tu m'apportes, j'ai beaucoup de chance d'être ta marraine

A Carmela, Dominico, Dina, Joseph, Gaïtan CALABRO

Merci pour l'amour et la bienveillance dans lesquels j'ai grandi grâce à vous, et que vous continuez de m'offrir

A Florence

Merci pour ton amour, ta patience, ton soutien, ta présence sans limite tout au long de ces vingt-deux années de chemin côte à côte... « toi et moi c'est fou ce qu'on se ressemble » ma sœur

A Anaïs

Malgré les kilomètres et le décalage horaire depuis toutes ces années tu n'as jamais abandonné ta linsou, tu m'accompagnes et me protèges ou que je sois, j'ai besoin de toi, Merci grande sœur

A ma Belle Mère Angèle, Yazid, Chérif, Amina, Ramziath, Zekiath, Manzidath et tous les membres de ma belle famille

Merci de m'avoir encouragée et soutenue lors de ces cinq dernières années d'étude de médecine, Merci pour le merveilleux accueil que j'ai eu dans la famille

A Fabienne, Bruno, Camille, Guillaume, Franck, Lucas et Blandine : Merci pour tout le soutien que vous m'apportez, il m'aide dans toutes les étapes de ma vie, une vraie famille

A Marie, Bernard, Loïc, Joel : Merci d'avoir répondu présent à chaque moment important de ma vie et de m'avoir accueillie depuis tant d'années comme un membre de la famille

A Lucien, Caroline, Sébastien et Mélissa : J'ai eu la chance de grandir près de vous, Merci d'avoir toujours été là pour moi

A Eric : Merci pour ton optimisme, ton calme, ton appui depuis dix ans, comme un frère

A Elora : Merci de t'être assise à côté de moi il y a 15 ans car grâce à ça j'ai la chance d'avoir une amie sincère, gentille, attentionnée, présente dans tous les moments importants de ma vie. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien depuis toutes ces années

A Sakina, Pinar, Alison : Même après 15 ans, vous êtes toujours là pour moi, Merci pour tout votre amour

A Estelle, Andrew, Kevin, Tim, Robin, Fahad, Ezechiel : Merci pour votre folie, votre bonne humeur, votre soutien durant toutes mes années d'études, et surtout merci pour votre amitié

A Pauline : je n'aurai jamais pu être Docteur en Médecine sans toi durant ma première année et toutes celles qui ont suivi, merci ma Popo

A Léopoldine, Eléonore, Lucile, Margaux, Thibault, Marvin, Paul Emile : Depuis l'externat je continue à pouvoir compter sur vous à chaque étape de mon parcours, Madrid Turku Cotonou (et l'Italie avec ma petite Léo) ont été des moments magiques à vos côtés, j'attends notre prochaine destination !!

A Anna : Après 6 mois d'aventure à Madrid, que j'ai eu la chance de faire avec toi, tu as continué de me conseiller, m'épauler et de m'aider, merci pour tout mon Annanas

A Marielle : Débuté à Grenoble pour se poursuivre à Montpellier l'amitié que je te porte ne cesse de grandir, Merci pour ton sourire ta positivité, ton appui, merci pour ton amitié

A Florian et Marion : Merci de m'avoir supportée et épaulée pendant 2 ans de collocation et 4 ans d'amitié, Merci de faire partie de ma vie

A Garance, Solène, Laura, Fabien, Yann Taillandy, Cédric, Antoine, Mathias, Yann Inserra, Jade, Maïthi, Soraya, Carine, Laureen, Ludivine : Merci pour ces ci belles années d'internat à vos côtés et d'amitié sincère, grâce à vous je garde un souvenir inoubliable de ma vie à Montpellier. Je vous attends à Grenoble

Et pour finir, **A mon Mari, Ziyad AMOUSSA**

A toi qui es présent à mes côtés depuis 5 ans, qui a accepté de faire partie de ma vie pour le meilleur et pour le pire, merci pour ta patience, ta gentillesse, tes conseils, ton soutien, et merci pour le petit amour que nous attendons

SOMMAIRE

PREAMBULE

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODES

- I. CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE
- II. CHOIX DES ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI DIRIGES
- III. POPULATION ET RECRUTEMENT
- IV. ENTRETIENS
- V. ANALYSE DES DONNEES

RESULTATS

- I. RECUTEMENT
- II. POPULATION
- III. ENTRETIENS

ANALYSE

- I. AVANT L'ARRIVEE DU PATIENT
- II. ATTENTE DU PATIENT AVANT LA CONSULTATION
- III. PENDANT LA CONSULTATION
- IV. LIMITES FACE AUXQUELLES LES MEDECINS SONT CONFRONTES
- V. LES CONSEILS AUX JEUNES MEDECINS

DISCUSSION

- I. FORCE DE L'ETUDE
- II. LIMITE DE L'ETUDE
- III. RESULTATS ET COMPARAISON A LA LITTERATURE
- IV. OUVERTURE DU SUJET

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES ET ENTRETIENS

SERMENT D'HIPPOCRATE

RESUME

Liste des Abréviations

ACP : Approche Centrée Patient

Addicto : Addictologie

Capa : Capacité

Clim : Climatisation

COVID : Coronavirus Disease

DU : Diplôme Universitaire

Dr : Docteur

ETC : Et cetera

ETP : Education Thérapeutique du Patient

Exam : Examen

Gastro : Gastro-entérologue

HAS : Haute Autorité de Santé

M... : médecin généraliste ...

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Ordi : Ordinateur

Psy : Psychiatrique

SMS : Short Message Service

Sécu : Sécurité sociale

Toxico : Toxicomane

WC : Water-Closets

PREAMBULE

Début de la journée pour le médecin généraliste, il regarde la liste des patients et commence ses consultations. Quelles situations va t'il rencontrer ? Pourra t'il répondre aux attentes des patients ? Comment réagir si ce n'est pas le cas ? Tout au long de la journée il enchaîne les consultations, certaines sont plus longues que prévu, se rajoutent des urgences téléphoniques ou physiques et les patients suivants attendent. Comment gérer l'attente ? Comment gérer la réaction des patients ? Parmi les consultations, une soulève un mécontentement de la part d'un patient et le ton monte. Quelle attitude adopter face à un patient énervé voire agressif ? Comment faire pour désamorcer le processus et ne pas arriver à la violence ? A la fin de la journée il réfléchit sur le déroulement de celle-ci et se demande ce qu'il pourrait modifier pour que certaines situations ne se reproduisent plus ou finissent autrement ?

INTRODUCTION

La relation médecin-malade est au cœur du soin depuis les débuts de la médecine. Plusieurs éléments constituent cette relation qui reste un domaine très original et ne ressemble à aucun autre type de relation¹.

LA COMMUNICATION :

La relation médecin/patient passe par la communication verbale, en général véhiculée par l'expression orale. Dans certaines situations pathologiques la communication nécessitera d'autres moyens, en particulier chez le patient sourd ou chez le patient ayant des troubles des fonctions supérieures. Les bases de la communication orale avec un patient nécessitent des mécanismes et des temps d'adaptation qui permettront à la communication de s'établir de manière la plus satisfaisante possible dans les deux sens. Cette adaptation passe par les mots que le médecin va employer pour s'adresser au patient, en fonction du niveau socio-culturel du patient, donc en essayant d'utiliser les mots les plus simples du langage lorsque cela est possible. Ces niveaux de compréhension et ces niveaux socioculturels sont différents d'un patient à l'autre et le médecin doit s'adapter en permanence. Il est donc important pour le médecin d'utiliser la reformulation (redire une phrase ou un mot à l'aide de synonymes) pour s'assurer que le patient va bien comprendre la question qu'on lui pose ou le message que l'on veut lui proposer. Autre élément technique qu'il faut utiliser, c'est demander au patient d'expliquer à son tour ce que le praticien lui a expliqué concernant sa problématique, sa maladie ou ses symptômes ou les thérapeutiques à envisager. S'y associe la communication non verbale ou l'intonation, les modulations, la mimique, la gestuelle, le rythme de la conversation, le regard, compte autant. Le médecin doit maîtriser au mieux certaines de ses réactions pour ne pas, sans le vouloir, modifier le message verbal qu'il doit adresser à son patient¹⁻².

Elle est indispensable pour établir une bonne relation mais c'est aussi un devoir du médecin, comme le stipule l'ARTICLE R.4127-35 du Code de santé publique « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* »³.

Ainsi que le Serment d'Hippocrate qui nous le rappelle : « *J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences* »³.

Un défaut de communication peut être une source de conflit entre le soignant et le soigné.

L'EMPATHIE :

Selon Carl Rogers « L'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui "comme si " on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, "comme si " »⁴. Dans ce contexte le médecin doit être à l'écoute du patient, respecter ses désirs, être capable de discuter sans passion de la problématique que lui pose le patient, en respectant son avis, et sans exercer trop de pression pour faire valoir un point de vue ou une conduite à tenir refusée par le patient¹⁻².

CONFIANCE ET RESPECT :

L'instauration d'une confiance mutuelle et un respect réciproque entre soignant et soigné est essentiel pour la prise en charge⁵. Ils jouent aussi un rôle non négligeable dans l'autonomisation du patient. Sur la base de la relation de confiance, le patient comprend mieux les informations qui lui sont données et peut contribuer en connaissance de cause à l'élaboration d'une décision médicale partagée⁶. Ainsi les avantages de cette décision partagée sont nombreux : le patient bien informé connaît mieux sa maladie et la gère mieux⁶.

ACCUEIL DU PATIENT DANS LA STRUCTURE DE SOINS

L'accueil du patient au sein de la structure de soins est de plus un élément primordial dans la relation médecin-patient, il permet d'établir un climat confiant et rassurant pour le malade souvent anxieux et inquiet de sa pathologie⁷.

C'est ce qu'a exploré le Dr Maïlys GONSOLIN dans son travail de thèse sur les impressions et les attentes des patients concernant le cabinet de leur médecin généraliste. Il en ressort que la salle d'attente doit être un lieu chaleureux et apaisant ayant pour but de détendre le patient avant la

consultation, grâce à la décoration, le confort ou par l'ambiance qui y règne. Ainsi le patient à l'aise, pourra davantage se livrer, offrant au médecin la possibilité de mieux l'aider⁷.

Du fait de son statut de lieu public, le cabinet médical doit notamment répondre à certaines normes obligatoires. Comme le stipule l'ARTICLE R.4127-71 du CSP « *Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel* »³

La qualité de l'échange entre un patient et son médecin dépend des conditions dans lesquelles il est réalisé.

EVOLUTION DE LA RELATION

Au cours des deux derniers siècles cette relation a subi des transformations considérables notamment au niveau des rapports de force. Un changement qui influera sur l'exercice de la médecine, les décisions quant à la prise en charge du patient.

La thèse d'exercice qualitative réalisée par le Dr Marie VINAS explore l'évolution de la relation médecin patient de l'Antiquité au 20^{ème} siècle, initialement de type paternaliste où le médecin était seul détenteur du savoir et exerçait un réel pouvoir sur ses patients, elle se transforme au cours du 20^{ème} et 21^{ème} siècle à travers les avancées technologiques, législatives et médicales⁸. La médecine, le médecin, et son patient sont à l'image de la société en pleine évolution. Le patient devient à présent partenaire et acteur dans son plan de traitement depuis la loi Kouchner (2002).

Dans cette transformation des rapports on note de plus une majoration des conflits entre le patient et le médecin, de causes multiples⁸. La remise en cause du paternalisme conduit à définir un nouveau modèle de relation. Le sociologue Freidson développe alors le modèle conflictuel. Selon lui, le médecin ne serait ni altruiste, ni dévoué mais lutterait pour conserver son monopole sur la santé⁹. Les patients eux lutteraient pour être plus considérés⁹. La confrontation entre savoir médical et croyances profanes, logique de soins et préférences du patient favoriseraient les conflits⁹.

En parallèle le développement d'Internet dans la majorité des foyers a permis aux patients de s'informer davantage sur leur santé. L'accès à des sources d'informations de plus en plus étendues peut conduire à des revendications et des comportements qui ne correspondent ni à la culture du monde soignant, ni à une saine relation thérapeutique. Insistant sur les erreurs médicales¹⁰, les médias pourraient altérer la confiance des patients¹⁰. Certaines informations diffusées sont

approximatives mais prises pour vérités par les patients et opposées aux médecins¹¹. Le médecin traitant n'a plus l'exclusivité de l'information et le patient peut, dans certains cas, se réfugier dans un autodiagnostic qui peut conduire à une auto prescription¹².

L'adaptation à ce nouveau modèle de travail en équipe est difficile, aussi bien pour le soignant que le soigné. Ils peuvent être en désaccord sur le rôle qui leur est attribué, et donc induire une opposition définitive entre les deux partis voire même une rupture de la relation. Il est ainsi important, et de notre ressort de faire en sorte que cette relation en plein changement puisse être mis à profit pour le bien des patients et de la profession.

UNE RELATION CONFLICTUELLE

Les conflits peuvent naître de désaccord entre différents groupes, ils sont souvent inévitables dans l'espèce humaine.

En médecine générale, des désaccords peuvent surgir entre médecins et patients. Isolés, ils n'entraînent pas obligatoirement de conflit, mais le contexte limite parfois la qualité de l'échange et la compréhension mutuelle¹³. Les désaccords, l'incompréhension et transferts négatifs sont à l'origine des conflits.

Le conflit peut jouer un rôle positif puisqu'il permet de mettre en exergue ce qui ternit la relation, d'éliminer les sources de discorde, de redéfinir les bases de la relation médecin-malade. En ce sens, il peut favoriser la régulation, l'évolution et l'ajustement du rapport entre les protagonistes¹⁴.

Néanmoins il est nécessaire de pouvoir le gérer afin de prévenir d'éventuelles complications.

Le travail de thèse qualitative du Docteur Carole Sarrazin qui explore la gestion des conflits par les médecins avec leur patients¹⁵, montre qu'une mauvaise prise en charge des litiges peut avoir de lourdes conséquences sur le médecin et sur le patient, notamment l'altération de la qualité des soins (consultations écourtées, inobservance...), de mauvaises prescriptions (faites contre le gré du médecin), des signes de burn out, des plaintes et de la violence¹⁵.

Nous retrouvons de même dans le travail de Gaëlle Bourcereau et Charlotte Pesenti sur la perception des patients en situation de désaccord, que l'accumulation d'événements anodins peut avoir un caractère tout à fait négatif chez le patient¹⁶. Ainsi, il peut avec le temps apparaître un sentiment d'agacement qui parfois évolue vers de la colère, de la déception, de la lassitude ou une perte d'investissement. Même si bien souvent cet agacement est contrebalancé par la confiance

construite antérieurement par le médecin, il arrive parfois que le patient perde patience jusqu'à une éventuelle rupture de la relation¹⁶.

LA VIOLENCE

Certains conflits amènent à la violence, s'ils ne sont pas prévenus ou rapidement pris en compte. Cette composante incontournable des êtres vivants et tout particulièrement de l'humanité, n'épargne pas le domaine médical.

La violence est décrite par l'OMS comme l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès¹⁷.

Chez les patients elle peut relever des symptômes d'une maladie : démence, maladie organique ou psychiatrique, où le patient n'est pas forcément responsable de ses actes, on ne parle pas de violence consciente

Elle peut être réactionnelle à un vécu difficile que le patient n'arrive pas à exprimer, un sentiment d'incompréhension face au soignant, l'accumulation de nombreuses frustrations¹⁸. Cela reflète un défaut de communication avec le médecin¹⁸.

Elle peut traduire une douleur, une souffrance ou une impuissance du patient, voire même un mécanisme de défense et n'est pas toujours dirigée contre le médecin¹⁹.

Dans le cadre de la médecine générale on observera aussi une interaction entre une pathologie, la personnalité, le caractère du patient et du praticien, et des situations de prise en charge plus ou moins complexes¹⁹.

La réaction du médecin face à la violence est déterminante, elle permettra de désamorcer le processus ou au contraire de l'amplifier.

PROBLEMATIQUE :

La violence verbale ou physique des patients envers les médecins généralistes est un problème de santé publique dans plusieurs pays du Monde dont la France²⁰. Le nombre de déclarations d'incidents enregistré auprès de l'Observatoire pour la sécurité des médecins, par an, est passé de 638 en 2003 à 1126 en 2018 selon l'étude annuelle réalisée avec l'institut de sondage IPSOS²¹.

Les principales causes de conflits retrouvées pouvant entraîner des violences sont entre autres : le retard dans le traitement des rendez-vous, le refus face à une demande jugée inappropriée, l'incompréhension d'une information donnée par le médecin ou d'une prise en charge²¹⁻²²⁻²³

En 2018 La Région Occitanie est la troisième région de France la plus touchée derrière l'Ile de France et les Hauts de France²³.

L'Observatoire national de sécurité a été créé en 2003 par le conseil national de l'Ordre des médecins pour lutter contre les actes de violence commis envers les médecins.

En 2011, un protocole a été signé avec l'Etat afin d'améliorer la sécurité des professionnels de santé et de renforcer la coopération avec les services de l'Etat compétents en matière de prévention et de traitement de la délinquance. Un guide pratique est mis en place pour aider les médecins à limiter les risques de conflits, ainsi qu'une affiche d'information pouvant être installée sur le lieu d'exercice en vue de sensibiliser les patients aux gestes et comportements à adopter pour éviter les conflits avec leur médecin²¹.

Malgré cela, les médecins ne sont pas préparés dans leur cursus à faire face à ce type de situation. Il existe au niveau de la formation initiale et des formations continues, des cours portés sur la relation médecin-patient et sur les différentes étapes d'un entretien, avec mise en place de jeux de rôle sur l'écoute active et des ateliers d'exercices de reformulation. Mais rien n'est prévu pour le moment en ce qui concerne la gestion des conflits et de la violence. Cela est possiblement dû à une difficulté de mise en place de programme de prévention par les facultés ou les formations médicales continues, devant la subjectivité de ce sujet, le caractère récent des déclarations de violence (une vingtaine d'années), une minorité de témoignage des médecins généralistes par rapport au nombre d'agressions vécues²³.

La violence entraîne chez certains médecins généralistes une modification de leur exercice. Le travail de thèse du Docteur Sylvia OLIVE qui met en évidence le malaise des médecins généralistes face à la violence en cabinet, évoque, à travers les témoignages que l'expérience de la

violence et de l'insécurité induisent une baisse d'efficacité, de réactivité, d'attention au processus de décision, une remise en cause professionnelle, ainsi qu'une augmentation du niveau de stress²⁰.

L'objectif principal de ce travail de recherche est de déterminer les méthodes développées par les médecins généralistes libéraux du Languedoc Roussillon pour prévenir, autant que possible, les conflits médecin-patient et ainsi éviter la violence verbale et physique des patients. Nous cherchons de plus à savoir quelles solutions pourraient-ils apporter pour améliorer ces méthodes.

L'objectif secondaire serait t'établir une liste de conseil pour les jeunes médecins généralistes

Question de recherche : Quels moyens (matériels et immatériels) sont mis en œuvre par les médecins généralistes libéraux du Languedoc Roussillon pour prévenir les conflits médecin-patient afin d'éviter la violence verbale et physique des patients ? Et comment pensent-ils pouvoir améliorer ces moyens ?

MATERIEL ET METHODES :

I. CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE

Il existe deux principaux types de recherches utilisées en médecine générale : la recherche quantitative et la recherche qualitative. Elles peuvent se compléter dans de nombreuses études. Une même problématique théorique peut être traitée à l'aide de l'une et/ou de l'autre de ces approches en fonction du niveau auquel on se situe²⁴.

La recherche quantitative est inspirée des sciences fondamentales. Elle se caractérise par la volonté de mesurer, quantifier, d'établir des tendances dans une étude à l'aide de procédés mathématiques. Elle utilise un questionnaire fait d'une succession de questions fermées ou semi-ouvertes, simples et sans ambiguïté, et se constitue d'un échantillon représentatif d'une population donnée. Elle traite donc des données quantifiables²⁵⁻²⁶.

La recherche qualitative est, quant à elle, issue des sciences humaines et sociales. Elle cherche à comprendre, décrire, explorer un nouveau domaine, des phénomènes sociaux dans leur contexte naturel et aller à la découverte de l'autre. Elle produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observatoire des personnes (Taylor et Bogdan, 1984). Le chercheur se sert d'un modèle interprétatif, l'intérêt se portant sur les significations que l'acteur attribue à son environnement de même qu'à ses interprétations. Les données traitées en recherche qualitative sont difficilement quantifiables²⁷.

La recherche est dite qualitative principalement dans deux sens : le premier, parce que les instruments et méthodes utilisés sont conçus pour recueillir des données qualitatives (témoignages, notes de terrain, images...) et pour analyser ces données de manière qualitative (en extraire le sens) ; le second, parce que l'ensemble du processus est mené d'une manière naturelle, selon une logique proche des personnes, de leurs actions et de leurs témoignages²⁶.

Dans le cadre d'un travail de recherche en médecine générale l'utilisation de la recherche qualitative permet d'étudier le comportement des médecins au cours de leur exercice en fonction de leur vécu, leur expérience. Elle offre la possibilité de mieux comprendre certaines réactions ou modifications de méthode de travail.

Notre objectif étant de déterminer les moyens exploités par les médecins généralistes pour prévenir les conflits avec leur patient, afin qu'ils puissent exprimer leurs idées, prenant en compte leurs vécus, nous avons choisi de faire une enquête qualitative exploratoire, qui était la plus appropriée pour répondre à nos objectifs.

II. CHOIX DES ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGES

Trois familles d'études qualitatives sont recensées :

On peut distinguer, d'une part, les entretiens collectifs ou focus group qui consiste à réunir des individus (exemple médecins) et les interroger afin de mener une discussion dirigée sur un ou plusieurs thèmes, les entretiens individuels d'autre part où le médecin sera interrogé personnellement, et enfin, l'observation qui consiste à suivre et à étudier méthodiquement les comportements dans une situation naturelle²⁵.

L'entretien peut être non-directif ou libre : l'enquêté répond au thème de l'enquêteur en l'explorant à sa guise. Le rôle de l'enquêteur se limite à une écoute active.

Il peut être directif : le questionnaire est sous la forme d'une grille standardisée, il est identique pour toutes les personnes interviewées. La réponse aux questions est libre, mais l'ordre des questions doit être respecté.

La troisième méthode est un entretien semi-directif : l'intermédiaire des deux précédentes techniques. Comme l'explique N. Britten, professeur en sociologie médicale, « les entretiens semi-structurés sont conduits suivant une structure souple, consistant en des questions ouvertes qui définissent le champ d'exploration, au moins au début, et à partir desquelles l'interviewer et l'interviewé peuvent s'écarter afin de poursuivre une idée plus en détail »²⁸. Un guide d'entretien est préparé à l'avance par l'enquêteur avec des consignes de départ et plusieurs thèmes, l'enquêteur pourra donc proposer les autres thèmes en fonction de ce que va aborder l'enquêté. Il devra adopter une attitude de non-directivité et d'empathie tout en faisant attention à ne pas orienter le discours de l'interlocuteur, ce qui aurait un impact direct sur la qualité des réponses²⁵.

Dans le cas où nous étudions comment les médecins préviennent les conflits avec leurs patients, les entretiens individuels semi-dirigés ont été retenus pour permettre à chaque médecin de pouvoir s'exprimer librement sur son point de vue et sa façon de procéder en fonction de son expérience, tout en nous laissant la possibilité d'aborder, au cours de l'entretien, certains thèmes choisis en amont.

III. POPULATION ET RECRUTEMENT :

Les médecins recrutés étaient des médecins généralistes exerçant en cabinet, installés ou remplaçants. Le recrutement a été fait par téléphone principalement, en recherchant les numéros sur les pages jaunes des médecins généralistes du Languedoc Roussillon, une partie des médecins a été recrutée par le biais de mes contacts. Certains médecins ont été contactés par e-mail ou SMS du fait de leur meilleure disponibilité pour répondre.

Je me présentais en expliquant mon sujet et demandais au médecin s'il accepterait de participer à mon travail. Quand la réponse était positive nous fixions un rendez-vous.

Le recrutement a été effectué en milieu urbain, semi urbain et rural de février à juin 2020.

IV. ENTRETIENS :

L'entretien individuel semi-dirigé a débuté le 15 avril 2020

Il était initialement prévu de rencontrer les médecins sur leur lieu de travail, mais l'arrivée de la crise sanitaire due au coronavirus a empêché ce mode de fonctionnement ce qui nous a amené à faire des entretiens vidéo par WhatsApp, Skype, Messenger et Doctolib. Chaque médecin ayant accepté d'avoir un entretien physique a été rappelé afin de savoir s'il acceptait un entretien vidéo.

Je commençais l'entretien par une courte explication de mon sujet comme suit :

Bonjour, je m'appelle line KOCHOEDO, je suis médecin généraliste remplaçant et suis actuellement en cours de thèse. Elle porte sur la prévention des conflits médecins/patients.

Dans ce travail je cherche à connaître les moyens utilisés par les médecins généralistes pour prévenir les conflits avec leur patient (prévention primaire) ou les gérer (prévention secondaire) pour éviter les violences. Je cherche aussi à savoir quelles autres solutions (en fonction de l'expérience de chacun) pourraient être mises en place pour que certaines situations ne se reproduisent pas.

L'objectif secondaire étant d'établir un guide line pour les internes en médecine générale et les médecins généralistes.

Après accord du médecin l'entretien débutait. Il y avait quatre questions ouvertes, les autres questions étaient constituées de relances, introduites en fonction de l'enchaînement des idées des médecins, selon les thèmes abordés.

La réalisation des questions ouvertes du guide d'entretien a été faite en fonction des objectifs principaux et secondaires de notre travail, en ce qui concerne les relances nous nous sommes basés sur les causes de conflits médecin / patient les plus décrites dans la bibliographie faite, ainsi que notre expérience vécue en cabinet de médecine générale.

Les questions ouvertes n'ont pas été modifiées durant les entretiens, nous avons cependant rajouté une relance au cours du quatrième entretien devant la récurrence des réponses faite au cours des trois premiers entretiens.

V. ANALYSE DES DONNEES :

Une retranscription objective et fidèle de leurs propos a été réalisée, avec l'aide d'un logiciel de traitement de texte, Microsoft WORD.

L'analyse des discours était thématique avec analyse continue. Elle a consisté, dans un premier temps, en une décomposition des textes afin d'en extraire les idées abordées. Dans un second temps, les données ont été collectées et regroupées afin d'en faire ressortir des tendances.

RESULTATS

I. RECRUTEMENT

Le recrutement était fait auprès de médecins généralistes exerçant seul ou à plusieurs dans un cabinet. Le refus était principalement dû au manque de temps, majoré par la crise du coronavirus. Pour les autres refus de participation aucune justification n'a été demandée, des messages ont été laissés aux secrétaires pour les médecins n'étant pas disponibles, quand je n'étais pas rappelée je n'insistais pas.

Les médecins n'étant pas généralistes, ou les généralistes ne travaillant pas dans un cabinet libéral ont été exclus de l'étude, dans le but de nous concentrer sur un type d'exercice.

Le recueil des données a eu lieu d'avril à juillet 2020

Le recrutement s'est fait en milieu urbain, semi urbain et rural, plus de médecins exerçant en milieu urbain et semi rural ont été interrogés, probablement dû à une plus grande disponibilité durant cette période.

II. POPULATION :

Au total 35 médecins ont été contactés, 14 ont participé à l'étude, il y avait 6 hommes et 8 femmes âgés de 27 à 60 ans.

III. ENTRETIENS

Quatorze interviews ont été effectuées d'avril à juillet 2020, la durée moyenne des enregistrements était de 23 minutes le plus court étant de 14 minutes et le plus long étant de 48 minutes. Les entretiens ont été analysés et retranscrits au fur et à mesure. Nous avons arrêté les entretiens lorsqu'il y a eu saturation des données.

Caractéristique de la population étudiée :

Sexe	Lieu d'exercice	Statut du médecin généraliste	Nombre d'année d'exercice	Caractéristique du cabinet	Durée de l'entretien
Femme	Languedoc Roussillon	Remplaçant	2 ans	/	14 minutes
Femme	Hérault	Installée	>30 ans	3 médecins	14 minutes
Femme	Hérault	Installée	>35 ans	3 médecins	20 minutes
Femme	Hérault	Installée	>10 ans	2 médecins	20 minutes
Homme	Aude	Installé	8 ans	2 médecins	24 minutes
Homme	Gard	Installé	>30 ans	1 médecin	18 minutes
Homme	Gard	Installé	>35 ans	1 médecin	24 minutes
Homme	Aude	Installé	>20 ans	1 médecin	22 minutes
Femme	Aude	Installée	>20 ans	2 médecins	23 minutes
Femme	Hérault	Installée	>10 ans	4 médecins	19 minutes
Homme	Gard	Installé	5 ans	6 médecins	48 minutes
Homme	Aude	Installé	>30 ans	1 médecin	35 minutes
Femme	Languedoc Roussillon	Remplaçant	2 ans	/	23 minutes
Femme	Hérault	Installée	>35 ans	2 médecins	18 minutes

Tableau 1 : caractéristique de la population étudiée

ANALYSE

I. AVANT L'ARRIVEE DU PATIENT

A. ACCES AU CABINET

1. Stationnement :

Prévoir un stationnement aisé près du cabinet peut éviter d'éventuelles plaintes des patients

a) Avoir des places de parking :

M3 : « nous on a la possibilité de se garer à la clinique de beau soleil y'a un parking »

M5 : « dans quelques mois on va déménager et là les gens la question qu'ils posent en effet en premier c'est « est ce que vous aurez des places de parking ? » et euh ça c'est vrai que c'est quelque chose qui je pense peut amener pas mal de conflit »

M9 : « au niveau du parking nous on a pas de plainte à ce niveau là parce que on a la chance d'avoir le cabinet qui est à côté d'un petit super marché donc y'a un parking pour se garer donc les gens n'ont jamais de plainte pour ça quoi. »

M11 : « c'est vrai que j'ai de la chance, euh parce que bon on est dans une structure on a cinquante places de parking juste en face »

b) Zone où l'on peut se garer :

M1 : « avoir un accès facile ça permet d'éviter le coté, « ah j'ai tourné pendant trois heures pour avoir une place, je suis en retard dans mon rendez-vous », ça c'est vrai que c'est important »

M4 : « les patients, bon, peuvent se garer en bas »

M7 : « moi là où je suis les gens peuvent se garer assez facilement »

M13 : « par rapport à l'accessibilité oui c'est vrai que quand, surtout dans les cabinets de centre-ville l'accès est moins facile pour les personnes donc des fois ça peut être eux aussi, d'avoir le patient en retard parce qu'il a pas pu se garer ou voilà, donc ça, ça peut jouer aussi »

c) Présence d'un vigile qui gère le stationnement :

M3 : « il y a un vigile en bas qui empêche les gens de se garer et qui est censé permettre aux patients du cabinet de se garer »

2. Normalisation et Adaptation du cabinet :

Le cabinet est un lieu accueillant de nombreuses personnes à mobilité réduite, l'aisance des déplacements favorise le bon accueil du patient.

a) Cabinet aux normes pour personnes à mobilité réduite :

M4 : « il y a une place handicapé »

M10 : « Le bâtiment est neuf et du coup il est aux normes donc euh il n'y a pas de problème d'accessibilité moteur »

M11 : « effectivement on s'est adapté aux normes handicapés, tu peux entrer en fauteuil roulant [...] le parking comme je te disais il est juste en face et de plain-pied »

b) Eviter la présence d'escalier :

M5 : « les gens des fois certains râlent voilà parce qu'on a des escaliers »

M14 : « y'a des patients qui ont du mal un peu à monter les escaliers on va les aider »

B. ORGANISATION MEDICALE

1. Choix du médecin traitant :

Avoir la possibilité de choisir et changer de médecin permet de se tourner vers un professionnel qui correspond au patient

M9 : « souvent je m'aperçois au bout d'un certain temps que je ne les ai pas vus qu'ils ont effectivement changé de médecin référent »

M13 : « la liberté de choisir son médecin, qu'on ait un médecin qui nous ressemble c'est pour ça aussi, je pense qu'il y aurait plus de conflit si on pouvait pas choisir son médecin »

2. Organisation des plannings de consultation :

a) Bloquer des créneaux de consultation :

Bloquer des créneaux permet d'accueillir des urgences, de rattraper son retard ou d'accomplir d'autres tâches

M1 : « mettre des créneaux d'urgences en fait, tu vois faire du 3..., sur une heure trois créneaux de quinze minutes et un créneau d'urgence, comme ça bah si y'a une urgence euh, une personne qui devait venir bah ils viennent en plus et ça reste sur les créneaux de quinze minutes et si en fait il y a pas d'urgences le jour bah ça te permet de rattraper le retard quoi »

M4 : « moi je mettais tous les trois patients euh, un rendez-vous bloqué pour pouvoir avoir assez de temps, pour tout le monde et puis ne pas être trop en retard non plus »

M8 : « jusqu'à cette crise Covid on avait un fonctionnement sur rendez-vous avec des plages de sans rendez-vous et disons que la plage de sans rendez-vous ça permet de gérer des gens qui sont en demande urgente de quoi que ce soit et de les caser et de trouver la réponse appropriée et de faire baisser la pression, voilà »

M9 : « tous les quatre créneaux je mets en créneau de pause. Et donc du coup euh ce créneau de pause du coup c'est comme si j'avais des consultations de dix-huit minutes. Donc ce créneau de pause il peut me servir soit pour recevoir une urgence si vraiment il y a beaucoup d'appels dans la journée, soit il va me servir à éponger les minutes de retard que j'ai eu sur les quatre, cinq patients précédents, voilà »

M11 : « j'ai des créneaux de quinze minutes et je mets une pause toutes les heures et demi à peu près de quinze minutes pour pouvoir rattraper »

M12 « alors on a une organisation de quatre rendez-vous sur une heure et quart donc j'ai un quart d'heure pour rattraper le retard ou pour mettre quelqu'un si il va pas bien »

b) Faire des consultations sur rendez-vous :

Les rendez-vous ouvrent la possibilité aux patients de choisir les créneaux qu'ils souhaitent et limite l'attente

M5 : après être sur rendez-vous voilà ça permet aussi d'éviter qui est trop trop d'attente aussi »

M9 : « je reçois sur rendez-vous je pense que c'est pas mal aussi, ça permet de..., que les gens attendent moins euh, puissent choisir leur créneau de visite »

M12 : « je suis passé sur rendez-vous parce que les gens dans mon cabinet quand je me suis installé y'a trente ans il y avait pas de rendez-vous ça se faisait pas c'était même, vous vous rendez pas compte c'était scandaleux de faire des rendez-vous, euh les gens attendaient quatre heures... »

c) Adapter le temps de consultation en fonction du motif ou des patients :

Afin de limiter l'accumulation de retard il y a la possibilité de prendre un temps de consultation plus ou moins long en fonction du motif ou de la personne

M5 : « C'est sûr que il faudrait qu'on ait des fois des créneaux de rendez-vous des fois un peu plus long »

M11 : « je veux bien qu'on ait des créneaux assez courts dédiés à des pathologies aiguës ou si on est quatre médecins par exemple et bah y'en a un qui va se mettre à faire matin toutes les urgences du jour et puis l'après- midi un autre, y'a beaucoup de maison de santé ou de cabinets libéraux qui sont organisés comme ça, pour gérer un petit peu les flux justement dans les salles d'attente »

M13 : « je trouve que quand tu commences à connaître ta façon de travailler et bien c'est aménager soit des créneaux de consultation plus long ou adapter en fonction du motif de la personne justement pour éviter d'accumuler du retard, euh voilà »

3. Avertir le patient du retard dans les consultations :

Il y a la possibilité de prévenir les patients d'un éventuel retard via le secrétariat ou par message, ce qu'ils apprécient

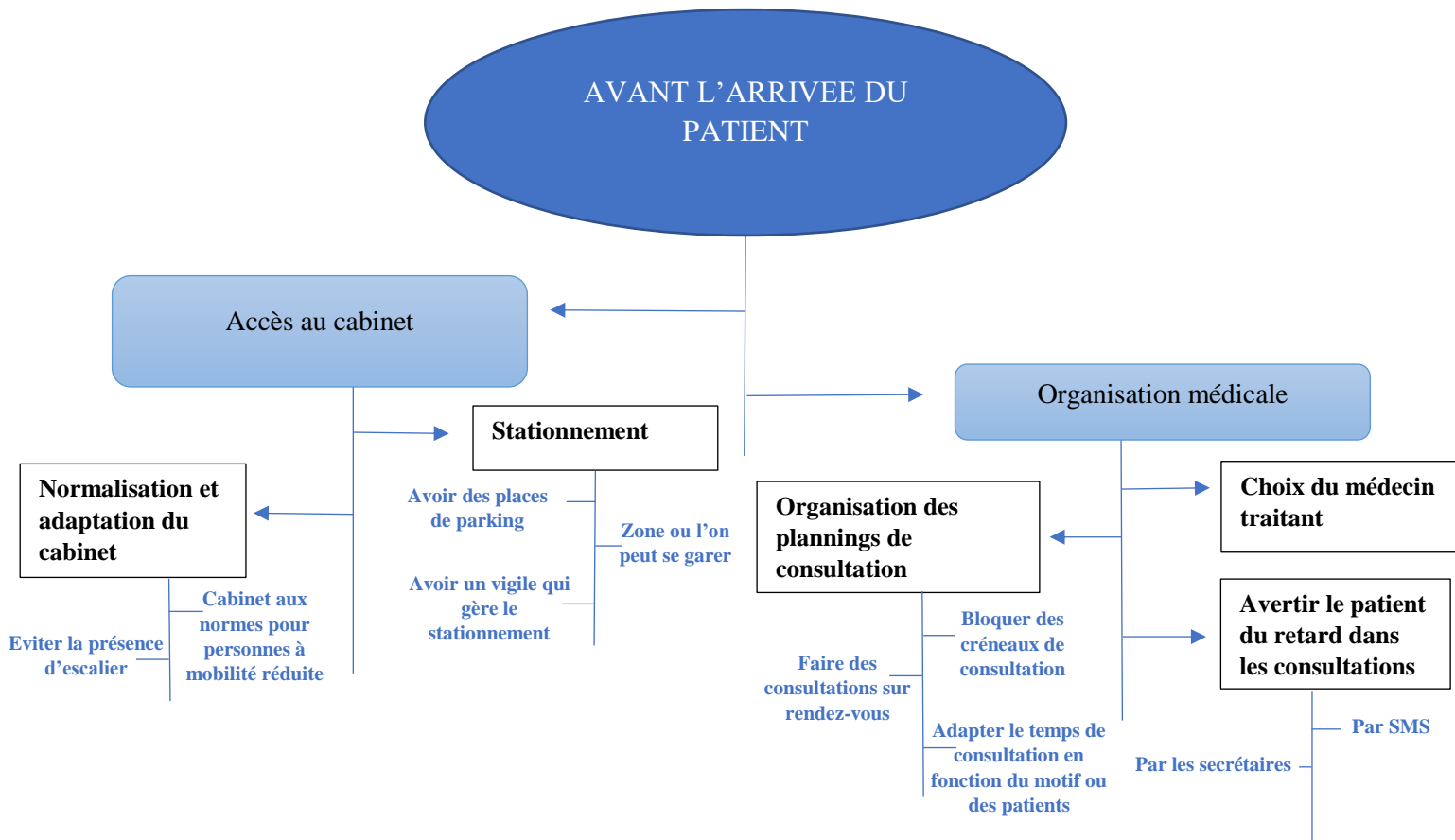
a) Par SMS :

M13 : « en fonction de certains cabinets, du coup y'en a qui peuvent envoyer des alertes euh par sms voilà j'aurai du retard, je vois que ça se fait pas mal avec les visios, enfin les téléconsultations ou justement on peut dire voilà j'aurai dix minutes ou une heure de retard, enfin voilà ça peut arriver »

b) Par les secrétaires :

M12 : « nos secrétaires qui font ce travail là d'accueil d'expliquer aux gens « bah voilà il est parti sur une urgence, il va revenir » mais bon voilà les gens ils comprennent ça quand on est parti sur une urgence et tout au contraire ils sont gentils »

M13 : « des fois quand il y a une secrétaire elle peut prévenir aussi »



II. ATTENTE DU PATIENT AVANT LA CONSULTATION

A. LIEU D'ATTENTE :

Une fois le patient à l'intérieur de la structure plusieurs paramètres matériels vont entrer en jeux pour que son attente soit la moins désagréable : une salle d'attente spacieuse, apaisante et lumineuse, une circulation aisée, la présence de sanitaire. Certains médecins mettent à part les patients sans rendez-vous pour éviter qu'il y ait des confusions

1. Un endroit confortable

a) Spacieux :

M5 : « je leur explique qu'on va déménager dans six mois et que du coup on fait pas de nouveaux travaux, voilà ça c'est vrai la salle d'attente un peu petite »

M11 : « nous c'est vrai qu'on a pas une salle d'attente on a des espaces d'accueil, notre maison de santé elle a une forme de H alors avec deux sas et donc qui distribuent vers les différents professionnels de santé [...] y'a un espace de jeux pour les enfants, y'a des banques d'accueil qui sont confortables »

b) Circulation aisée :

M11 : « dans le quartier où je travaille on a une forte natalité avec beaucoup de mamans et puis beaucoup d'enfants donc du coup des fois on a des mamans qui arrivent avec une poussette et quatre enfants donc y'a de l'espace, y'a de la place »

c) Présence de sanitaire :

M11 : « y'a des WC »

d) Apaisant :

M9 : « c'est vrai que le confort des lieux [...] toute cette ambiance va contribuer à faire en sorte que le patient soit détendu et bien quand il vient consulter »

M11 : « si t'es dans une maison de santé ou chez un soignant où ça sent bon c'est blanc c'est lumineux, c'est apaisant c'est calme, tu as des informations claires, voilà tu sens qui a de l'espace bon bah même si t'es malade t'arrives tu respires quoi déjà [...] Les conditions d'accueil d'un point de vu vraiment matériel, du patient sont considérables, pour pouvoir prévenir un conflit »

e) **Lumineux :**

M11 : « j'ai vraiment cette chance, déjà l'intérieur y'a la clim, c'est lumineux »

M12 : « ma salle d'attente n'a pas de fenêtre »

2. **Séparation physique entre patients sur et sans rendez-vous :**

M1 : « que le sans rendez-vous et le sur rendez-vous soient bien physiquement euh modélisés [...] ils ont fait un espace où ils marquent sans rendez-vous et un espace sur rendez-vous, du coup les gens comprennent bien que les gens qui arrivent euh, bah en fait c'est juste qu'ils ont des rendez-vous et qui passent en premier c'est pour ça »

B. SECRETARIAT SUR PLACE :

1. **Accueille et renseigne la patientèle :**

Les secrétaires accueillent, informent les patients en toute confidentialité et gèrent les rendez-vous, cela aide les médecins dans leur exercice et limite certaines incompréhensions de la part des patients

M1 : « quand il y a pas de secrétaire que ce soit sur ou sans rendez-vous, quand c'est du sans rendez-vous les gens ils s'inscrivent sur les listes mais ils s'énervent parce que y'a des gens qui se mettent au mauvais endroit et quand c'est sur rendez-vous ils comprennent pas trop qui doit être avant ou pas. Donc oui je trouve que la présence d'une secrétaire physique (insistante) est hyper importante »

M9 : « une secrétaire qui fait l'accueil du patient, qui accueille le patient, qui commence à faire du recueil de données euh, qui crée du lien un petit peu »

M11 : « y'a un espace de confidentialité pour aller se présenter au secrétariat dès lors qu'on arrive pour exprimer le pourquoi on vient etc... donc la secrétaire déjà accueille le patient »

M12 : « je voudrais qu'ils aient assez de moyens pour qu'ils aient du personnel d'accueil pas un secrétariat téléphonique hein, et qui leur permette justement d'avoir un sas, d'expliquer de gérer les gens avant qu'ils arrivent et comme ça y'a plus de problème »

M13 : « je me rends compte que quand il y a pas de secrétaire physique euh c'est plus compliqué pour les patients, euh des fois ça arrive qu'il y ait des patients qui viennent toquer directement au

bureau de consultation « voilà je veux un rendez- vous tout de suite cet après- midi » « non c'est pas possible » et pourquoi vous avez pas de secrétaire ? » donc voilà, donc des fois ça peut déranger et justement bah des fois il arrive qui ait des petites incompréhensions, quand y'a pas de secrétaire pour accueillir la personne »

2. Connait les patients :

Avoir un secrétariat présentiel est apprécié des patients, d'après les médecins, parce qu'elles finissent par les connaître

M5 : « ça (secrétariat téléphonique) manque un petit peu des fois d'humanité par rapport à une secrétaire qui est sur place qui les connaît bien [...] je pense que peut être avoir une secrétaire sur place du coup les gens seraient un peu plus, la connaîtraient, ce serait un peu plus euh voilà »

M9 : « Nous on a pas de secrétariat sur place, on a un secrétariat téléphonique, donc euh ça peut porter à conflit [...] Bon ça c'est pour les secrétaires parce qu'on a un secrétariat téléphonique donc c'est vrai que les gens ils peuvent pas se plaindre en direct à la secrétaire parce qu'ils les ont qu'au téléphone donc ils les connaissent pas physiquement et ils les voient pas. »

M14 : « moi j'ai des secrétaires physiques qui sont quand même globalement très gentilles qui connaissent bien les patients [...] je pense que les secrétaires physiques quand même ça aide bien hein »

3. Temporise certaines situations

Les secrétaires en première ligne, peuvent recevoir de l'agressivité des patients, elles essaient de temporiser leur colère avant la consultation avec le médecin.

M1 : « comme on est pas à l'heure et du coup ils pensent passer parce qu'il est 14 heures et en fait non on prend celui de 13h45, mais euh c'est vraiment la secrétaire qui arrive à temporiser »

M9 : « c'est très important le secrétariat hein en fait parce que c'est souvent, c'est un petit peu comme les call center quoi c'est, les gens quand ils ont à se défouler c'est la première victime la secrétaire donc c'est vrai que d'avoir une secrétaire très zen c'est important quoi je pense »

M12 : « je crois qu'une des grandes causes pourquoi finalement j'ai pas beaucoup de conflit, c'est que en fait moi j'ai un secrétariat physique en permanence et les secrétaires font tampons c'est-à-dire que elles, elles reçoivent pas mal d'agressivité de la part des patients elles nous le disent et

nous quand ils arrivent ils sont doux comme des agneaux mais ils ont un petit peu j'allai dire déversé leur agressivité des fois sur la secrétaire »

C. LE MEDECIN

1. Gestion du temps de travail :

Organiser le déroulement des consultations en fonction de sa façon de travailler et de ses patients aide à la fluidité des rendez-vous

a) Essayer de contrôler le retard pour ne pas l'accumuler

M3 : « tu sais, je sais pas si t'as remarqué, mais je me fixe une demi-heure de retard par rapport aux filles à coté je suis toujours plus en retard parce que je parle plus, je pense et euh et je me fixe pas plus d'une demi-heure de retard »

M14 : « y'a des patients pour lesquels comme on les connaît on sait qu'ils vont être en retard bah moi je me, bah sur l'emploi du temps je..., voilà j'en tiens compte, je sais que de toute façon, donc je leur dis de venir un quart d'heure à l'avance et je sais qu'ils seront à l'heure où moi je souhaite les prendre »

b) Un rendez-vous = un patient ou un motif de consultation

M9 : « ça m'arrive de faire des petits piques aux gens par exemple quelqu'un qui prend un rendez-vous pour lui tout seul et puis ils viennent ils sont deux à demander une consultation ça c'est classique hein, ils ont pris un rendez-vous et ils sont deux »

M10 : « j'ai essayé pendant l'épisode du coronavirus [...] j'avais marqué à l'entrée « pour éviter l'attente dans la salle d'attente euh dorénavant ce sera un motif de consultation par consultation [...] pour dix raisons en un quart d'heure ça rentre pas. Donc ils étaient prévenus, il y avait un mot à l'accueil en disant dorénavant pour limiter l'attente ou le retard dans les salles d'attente c'est un motif unique de consultation »

M14 : « parfois aussi on s'énerve un peu sur les patients qui prennent un rendez-vous et puis qui arrivent à deux ou à trois ou après il faut faire ça aussi »

c) Différer les autres obligations non urgentes :

Se laisser du temps dans la journée pour réaliser d'autres tâches limite l'attente des patients en salle d'attente

M3 : « ne pas répondre au téléphone pendant la consultation en fait »

M5 : « se laisser du temps dans la journée pour pouvoir régler aussi tout le reste [...] ça c'est vrai que avoir du temps euh avant ou au début des consultations pour pouvoir gérer ces situations ça permet après d'avoir vraiment que le temps de consultation pour voir les gens »

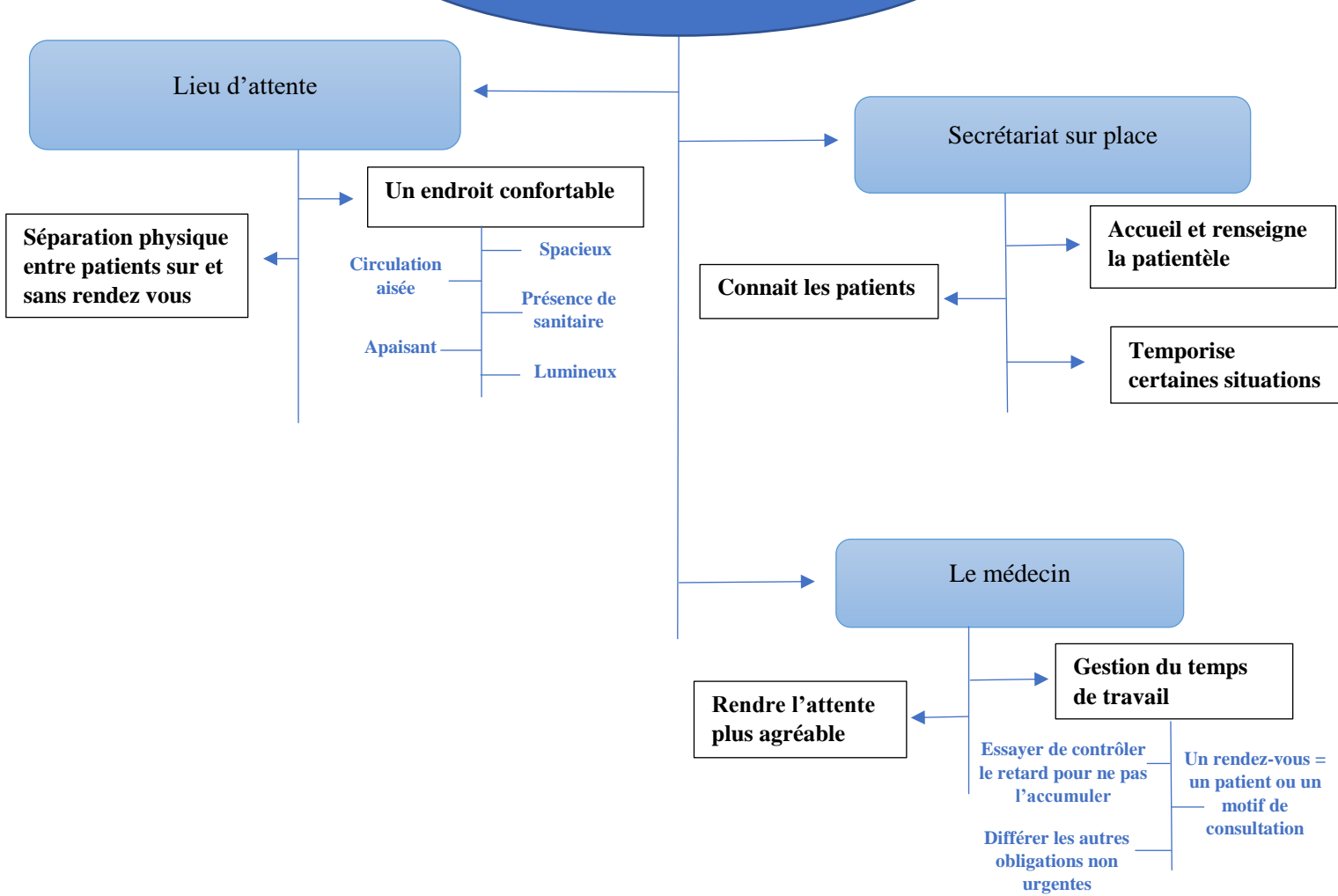
2. Rendre l'attente plus agréable :

Proposer au patient de la lecture ou à boire en attendant leur tour

M9 : « actuellement y'a pas de magazine mais je dis « je vous mets de la lecture intéressante allez-y » (rire) donc voilà j'essaie de favoriser le confort un petit peu »

M11 : « je leur propose un café, voilà »

ATTENTE DU PATIENT AVANT LA CONSULTATION



III. PENDANT LA CONSULTATION

A. FACE A PATIENT AYANT ATTENDU

1. Discussion avec les patients :

a) Expliquer les raisons de l'attente

Devant un patient énervé d'avoir attendu, certains médecins se justifient en donnant des détails de leur journée pour apaiser la situation

- Gestion des situations difficiles

M1 : « quand je sens qu'ils sont un petit peu énervés, vis-à-vis de ça je vais leur expliquer que en gros on a que, je leur explique en fait notre mode de fonctionnement. Qu'on a que quinze à vingt minutes et euh que des fois ça va être très rapide mais que des fois il y aura des situations difficiles ou il faut qu'on prenne le temps »

M6 : « Je leur explique que si j'ai du retard c'est parce que y'a eu des consultations qui ont pris plus de temps que prévu »

M12 : « quand les gens attendent parce que par hasard et tout ça bah faut leur expliquer que on a eu des choses difficiles à gérer et il fallait beaucoup réfléchir et chercher et voilà. »

- Urgences qui se rajoutent

M5 : « il y avait un patient qui était pas bien j'ai dû, voilà le prendre en plus » ça en l'expliquant d'habitude quand même bon voilà »

M13 : « mais après quand on leur explique qu'il se peut qu'il y ait des urgences dans la journée etc après voilà »

- Nécessité d'appeler un confrère

M5 : « Voilà, donc ça ça peut arriver de l'expliquer au patient hein quand vraiment ils comprennent pas pourquoi on a du retard de dire « bah écoutez moi là j'ai pris du retard aussi parce que j'ai dû appeler un confrère »

b) Faire savoir au patient que le même temps serait pris pour lui

Rassurer le patient sur le fait que la même démarche serait employée pour lui s'il avait besoin de soins ou de temps supplémentaire

M1 : « je leur explique que pour eux ils aimeraient qu'on prenne le temps si c'est des choses compliquées. »

M10 : « quand j'ai eu fini, je le lui ai dit « et bien vous voyez maintenant j'ai trente minutes de retard mais ce jour-là c'est vous qui êtes passés devant tout le monde et vous êtes bien content et tant pis pour ceux qui auront trente minutes de retard »

M11 « le patient va voir que bah en fait quand tu prends le temps tu le prends »

M12 : « je leur dis que je me suis occupé longtemps d'un patient et puis qu'un jour peut-être qu'ils en bénéficieront voilà et que c'est la règle du jeu voilà »

M14 : « oui alors ça je leur explique hein [...] le jour où ils ont besoin d'un peu plus de temps bah je leur accorde »

c) Compréhension du patient après dialogue

Souvent les patients comprennent le médecin lorsqu'un échange est réalisé

M7 : « dans le secteur où je suis euh, comme beaucoup de médecin je suppose, on est confronté à une réduction assez importante du nombre de médecin, bon les gens le voient bien quand même hein. Alors après effectivement quand on est, moi quand des gens me reprochent qu'ils ont trop attendu, qui a trop de monde ou autre et bah je leur rappelle ces réalités qu'ils connaissent hein »

M11 : « c'est pas forcément avec les patients qui ont été mécontents du retard que j'ai eu les premières fois que j'ai eu le plus de problème parce que je leur ai expliqué »

M13 : « j'explique ouais pourquoi je peux avoir du retard [...] pour lutter contre ça je trouve qu'il faut communiquer expliquer simplement les choses et souvent ça se passe bien »

2. Considérer l'attente du patient :

Montrer de l'attention au patient peut atténuer son mécontentement, en le remerciant pour son attente, s'excusant pour le retard ou lui demander ses impératifs

a) Le remercier d'avoir attendu :

M1 : « ce que j'ai trouvé comme mot c'est au lieu de leur dire désolé pour l'attente, c'est merci d'avoir attendu, merci d'avoir patienté, en gros les remercier de montrer qu'ils ont attendu et c'est vrai que c'était long »

b) Demander au patient ses impératifs

M11 : « des fois quand je fais entrer un patient je leur dis « je vois que vous êtes un peu, que ça vous ennuie je suis vraiment désolé j'ai beaucoup de retard aujourd'hui euh est ce que vous êtes attendus ailleurs ? » etc... et je prends ce temps-là devant tous les patients qui attendent »

M12 : « après il faut essayer de savoir pourquoi ils sont en colère, peut-être qu'ils avaient un rendez-vous peut-être ils avaient autre chose à faire, euh etc donc dans ces cas-là on reprend rendez-vous et puis voilà. »

c) S'excuser du retard :

M11 : « je me suis excusé bien sûr à chaque fois je présente mes excuses quand je suis en retard »

M13 : « je vais m'excuser [...] et souvent ça se passe bien en fait si tu t'excuses »

3. Proposer des solutions :

Conseiller les patients sur des périodes de la journée ou l'attente est moins importante, comme le début de journée, ou pendant les heures plus calmes

a) Éviter les rendez-vous de fin de journée

M3 : « je me suis rendu compte que, j'avais plus de retard en fin de semaine et en fin de journée quand je suis plus fatiguée »

M9 : « quand ils cherchent des explications sur le retard en salle d'attente je leur dis « écoutez si vous ne voulez pas que j'aie du retard ne venez pas en fin de journée, venez en début de journée, déjà là j'aurai moins de retard »

M11 : « je lui dis « bah tu sais quoi la secrétaire elle va t'imprimer l'ordonnance mais reprends rendez-vous la semaine prochaine plus tôt le matin et puis comme ça on prendra le temps de faire l'examen général » etc... et donc voilà j'essaie de m'arranger un petit peu selon les situations, de cette façon »

M13 : « bah je dis écoutez sinon vous reprenez rendez-vous, et puis plutôt en début de journée on a moins de retard »

b) Proposer des créneaux aux heures creuses pour les patients sans activité professionnelle

M12 : « je leur propose une solution alternative, donc c'est vrai que quand je vois des patients qui ont 60 ans et plus et qui sont à la retraite ou alors des inactifs etc et qu'ils prennent

systématiquement des rendez-vous sur des créneaux pour les actifs etc je leur dit « écoutez euh venez sur des créneaux ou y'a pas d'attente »

4. Ne pas entrer dans le conflit :

Dans certaines situations la discussion n'est pas utile et peut même être délétère, les médecins ne répondent pas aux remarques des patients

M1 : « après il y a des gens qui râlent et qui râleront et on a pas grand-chose à faire, faut juste les laisser râler »

M5 : « moi souvent je laisse dire et puis je passe de suite à la suite et puis voilà »

M6 : « je suis pas leur médecin référent, dans ces cas- la je leur demande de patienter »

M9 : « quand ils râlent j'essaie de faire comme si j'entendais pas et puis voilà (rire) »

B. FACE A UNE DEMANDE JUGEE INAPPROPRIEE

1. Compromis avec le patient :

a) Trouver un arrangement acceptable sur la durée des arrêts de travail

Voir avec le patient pour établir un arrêt de travail de courte durée initialement, à prolonger si nécessaire

M1 : « En fait j'allai lui dire que c'est à son employeur de le faire mais que j'allai lui, lui faire au pire un arrêt pendant sept jours pour qu'il puisse voir avec son employeur [...] et qu'en gros il reviendrait dans sept jours, ou on s'appellerait pour le prolonger ou l'arrêter euh en fonction »

M10 : « je leur dis écoutez euh moi ok je veux bien vous aider je fais deux jours ou trois jours [...] j'essaie que ce soit le plus court possible »

M13 : « souvent quand il y a une demande un peu abusive d'arrêt de travail par exemple quelqu'un qui dit «voilà je voudrai que vous m'arrêtiez quinze jours pour une gastro » je sais pas je donne cet exemple voilà, je dis « écoutez moi je pense que même demain vous pourriez aller travailler parce que vous êtes sur la fin, bon ça me parait pas incohérent, je peux vous arrêter deux jours mais pas plus » voilà des fois je trouve comme ça une alternative »

b) Prévenir le patient de l'allure exceptionnelle de la décision

Faire comprendre au patient que la décision est prise pour l'aider cette fois, mais ne se reproduira pas

M10 : « sachez bien que ce sera la première et la dernière fois et qu'il y en aura pas d'autre c'est pas la peine de revenir me demander ce genre de chose »

M14 : « voilà par exemple je peux céder une fois mais je leur dis que c'est la dernière fois, ou que à partir de, voilà qui faudra plus qu'ils me fassent de demande, donc voilà on essaie comme ça d'anticiper, on essaie de négocier »

c) Discussion et négociation médecin/ patient :

S'entendre sur une solution qui convient au médecin et au patient peut renforcer l'alliance

M3 : « je déteste ça me stresse énormément quand les gens sont pas contents ça me..., donc voilà j'essaie toujours de trouver un terrain d'entente et voilà quoi »

M7 : « après c'est des négociations, peut être que dans certains cas euh je vais pouvoir céder sur certaines demandes et moins sur d'autres... »

M8 : « je pense qu'il faut quand même se dire qu'on a toujours à gagner à négocier, voilà quand ça tourne mal il faut toujours chercher à comprendre et y'a toujours de manière à gagner quoi, parce que c'est, souvent y'a des situations qui s'annonçaient mal et puis finalement se récupèrent et vont bien »

M9 : « j'essaie de négocier euh voilà et de trouver un compromis »

M11 : « j'utilise cette technique d'entretien c'est-à-dire « oui j'entends votre demande pour autant je ne suis pas dans mon droit, je ne peux pas y répondre de la façon dont vous m'avez demandé, je vais par contre, pouvoir vous proposer ça ça et ça je leur propose pas rien »

M12 : « voilà j'explique pourquoi il n'est pas nécessaire d'en prescrire, j'explique les enjeux de santé publique, euh et puis j'essaie de trouver un terrain d'entente. Des fois je fais une prescription différée par exemple pour une prescription d'antibiotique »

2. Comprendre la demande du patient :

a) Être attentif aux doléances du patient :

Laisser le patient s'exprimer et essayer de le comprendre peut aider le médecin à orienter son discours et sa prise en charge

M1 : « je pense que peut être le laisser un peu plus parler tu vois ? parce que moi je suis arrivée direct avec mon, ma loi, je lui ai un peu imposé sans, sans lui dire euh, sans le laisser terminer de m'expliquer »

M3 : « il faut arriver d'une part à comprendre le patient et en lui expliquant que ça, j'avais pas à, c'était pas nous qui allons régler ce problème la »

M11 : « même si c'est pas quelque chose qui est de l'ordre de l'urgence vitale et c'est vrai qu'en médecine générale on a très peu d'urgence vitale, voir euh quasiment pas, donc c'est vrai que je vais faire de mon mieux pour faire un pas vers le monde du patient et accueillir cette dimension-là, la considérer pour ce qu'elle est »

b) Analyser la demande en fonction du profil du patient :

Prendre en compte le contexte dans lequel une demande intervient aide à mieux la comprendre et peut aider le médecin à être moins réticent

M5 : « y'a des gens aussi ils sont dans la demande, dans la demande et après on sait aussi que derrière y'a un passif, y'a une psychologie particulière et ça peut arriver aussi qu'à ce moment-là on relâche un peu plus »

M7 : « l'avantage de la médecine générale c'est que la plupart du temps les gens on les connaît déjà, donc on sait déjà en grande partie le contexte dans lequel la demande intervient »

M11 : « en fait le conflit pour moi, il né, non pas forcément avec le patient mais dans la façon d'intégrer sois même en tant qu'individu et que soignant la réalité du patient »

M14 : « derrière une demande comme ça, [...] des gens hypochondriaques par exemple on essaie de revenir un peu là-dessus de les aider parce que derrière tout ça il y a quand même souvent une souffrance hein »

c) Eviter les jugements :

Adapter son comportement pour ne pas laisser penser à un patient qu'il soit jugé

M12 : « certainement peut- être parce qu'un moment il a pensé être jugé alors qu'il ne l'était pas, et mais j'ai dû donner cette image là et donc il s'est énervé »

3. Stratégie de contournement :

Amener le patient à penser que nous allons dans son sens même si le résultat est un peu différent

M7 : « bah j' pense que la stratégie que j'adopte c'est surtout une stratégie de contournement. C'est-à-dire euh donner l'impression à la personne que d'une certaine manière euh je vais aller dans son sens, euh même si c'est pas forcément la vérité (rire). »

4. Demander un avis à un confrère :

Dans le cadre d'un arrêt de travail qui est susceptible de durer, adresser le patient à la médecine du travail

M3 : « quand il s'agit de un jour ou deux ça va et après il faut chercher à savoir mais nous sachant que nous on saura jamais qui du patient ou de l'employeur a raison ou tort et c'est pas notre problème quoi donc voilà ça aussi c'est à bien discuter avec les gens les orienter vers la médecine du travail moi je sais que j'hésite pas à faire ça »

5. Expliquer la raison du refus :

a) Prendre le temps avec le patient :

Amener le patient à comprendre les raisons pour lesquelles sa demande ne peut être aboutie

M5 : « c'est peut-être en l'amenant en lui expliquant un peu d'une certaine façon, on se dit lui c'est sûr que, si je lui dis direct je vous fais pas ça il va me, il va s'énervé voilà »

M12 : « quand y'a une demande qui est inappropriée c'est expliquer, euh, bah c'est la gestion des conflits classiques c'est-à-dire d'expliquer, être assertif, d'expliquer en quoi, moi, ça me gêne de répondre à sa demande. En lui disant que moi je suis gêné par rapport à cette demande là »

M13 : « j'explique, pourquoi, si je trouve que c'est pas approprié je vais expliquer pourquoi, souvent quand même le dialogue les gens n'insistent pas forcément »

M14 : « alors en général oui oui, on essaie d'expliquer en étant quand même assez empathique mais euh, et en expliquant pourquoi on ne cède pas hein »

b) Renseigner le patient sur sa propre façon de travailler :

Faire comprendre au patient la méthode de travail employée malgré les habitudes qu'il a avec un autre professionnel

M10 : « je veux continuer à faire ce métier comme j'ai envie de le faire et pas moi sous la pression d'un patient qui vient et qui a vu sur internet et que la voisine a dit ici là-bas le reste voilà, j'essaie de faire ma médecine comme je l'entends voilà, donc ça me prend du temps parce que ça demande d'expliquer au patient »

M11 : « je leur dis : « écoutez je suis désolé je peux pas faire autrement, moi il faut que le soir je dorme, j'ai une éthique, j'ai ma propre éthique même si on est tous généralistes pareil bah je comprends vous que vous soyez attachés aux pratiques de votre ancien soignant mais moi ça je peux vraiment pas le faire »

M13 : « ça m'est déjà arrivée de partir un petit peu en.. un petit échange un peu colérique, je sais pas comment dire, avec des gens voilà qui apprécient pas que le remplaçant fasse pas comme le remplacé [...] c'est déjà arrivé après en général c'est pas que ça se passe mal hein mais bon il faut expliquer ce qu'on fait »

c) Informer le patient des protocoles à respecter

Faire prendre connaissance au patient des différentes recommandations et supports en médecine générale qui doivent être suivis

M6 : « A chaque fois qu'il y a une demande que je juge abusive avec des protocoles soit de la sécu ou soit des protocoles médicaux hein à ce moment- là je demande de respecter ces protocoles »

M11 : « pour tout ce qui va être sur les durées d'arrêt de travail d'accident de travail c'est-à-dire que j'explique au patient concrètement [...] j'ai un conventionnement avec la sécurité sociale [...] qui a un droit de regard sur mes prescriptions, sur la qualité de mes prescriptions, et puis je n'ai pas le droit de faire n'importe quoi. »

6. Essayer de prendre sur soi :

Garder son calme face à une situation tendue peut aider à ne pas amplifier le conflit

M1 : « En fait faut que nous, on essaie de jamais s'énerver, ça c'est hyper compliqué mais, si y'a une personne en face de nous qui va s'énerver, nous on va s'énerver en fait et il faut pas, parce que ça va amplifier les choses »

M3 : « mais c'est vrai que bien souvent je prends sur moi quand même, je voilà, je rentre tout et puis j'essaie de me calmer et tout »

M7 : « Bah déjà il faut rester calme (rire) c'est sûr que euh la gestion des relations oui il faut rester calme, prendre du recul euh mais ça c'est avec l'expérience »

M11 : « ça demande un équipement psychique parce que parfois y'a des plaintes qui vont avoir tendance à bah me mettre en colère ou me bousculer moi personnellement ou que je vais pas du tout du tout comprendre je vais me dire mais qu'est- ce qu'il me raconte là il se fait un monde pour un truc comme ça etc »

M13 : « il faut essayer voilà de garder son sang froid »

7. Rester sur ses positions :

Ne pas céder à chaque demande protège le médecin et lui permet de garder une maîtrise sur ses prescriptions

M2 : « il y en a qu'essaie hein toujours mais on, on leur dit non, on leur dit non c'est pas possible on leur montre les dates sur l'ordi on leur dit vous êtes venus tel jour vous avez tant de prescription c'est pas possible »

M4 : « il faut pas céder parce que si on cède pour un arrêt de travail abusif ou un certificat médical d'absence alors qu'on était pas présent à ce moment -là enfin, non c'est la porte ouverte puis après on dit ah bah celui- là ou celle- là elle, elle fait des arrêts faciles, on aura toutes les personnes euh qui vont venir pour ça et puis dans le lot il y en aura toujours un qui aura fait un truc pas net et on sera impliqué quoi, non il faut surtout pas. »

M8 « puis après y'a une manière barrière ou on dit, on établit des limites et on dit on ne va pas dépasser les limites [...] y'a des situations médicales où y'a besoin de soins mais le patient est dans l'excès c'est..., je négocie pas je mets une barrière. »

8. Quand la situation présente un danger pour le médecin :

Ne pas prendre de risque face à une menace imminente en se mettant debout si le patient se lève ou en cédant à la demande

a) Se mettre au niveau du patient

M1 : « premièrement pour ne pas me mettre en danger je préférerais, tu vois me mettre direct à son niveau quand il était debout, je me suis levée, pour pas être en position d'infériorité un peu, comme le fait qui, tu vois j'ai vraiment cru qu'il allait me taper donc je me suis dit si tu restes assise t'es en position d'infériorité donc, déjà me mettre au même niveau et peut être je pense pour éviter en fait qu'il y ait des conflits »

b) Céder à la demande

M1 : « et des fois même c'est bête mais si on est vraiment en danger et qu'il y a un conflit et que ça peut être dangereux, accepter...(pause), même si c'est pas ce qu'on veut faire, et quitte voilà, si c'est sur des euh, des protocoles ou des trucs de, de de stupéfiants des choses comme ça bon on accepte mais après on appelle la pharmacie, voilà, des choses mais, je pense que des fois pour se mettre en sécurité aussi faut savoir accepter même si on veut pas le faire. »

C. INCOMPREHENSION DU PATIENT FACE A UNE PRISE EN CHARGE

1. Entretenir la relation médecin / patient pour éviter les malentendus

Conserver la relation qui s'est construite avec le patient dans tous ses aspects notamment la confiance mutuelle, l'alliance, l'échange lors de désaccords aide à mieux gérer les situations d'incompréhensions

a) Une relation de confiance

M5 : « voilà c'est important qu'il y ait une confiance c'est la base donc euh quand même quand y'a une confiance d'habitude on arrive quand même à voilà, c'est juste souvent un manque d'information ou un manque de communication donc voilà ça va, ça se gère quand même. »

M11 : « quand un patient vient nous voir, il vient avec une plainte et il nous donne sa confiance, et donc quand il nous donne sa confiance voilà c'est l'asymétrie de la relation médecin malade par excellence euh, il est en situation défavorable, il y a une inégalité et donc pour moi la meilleure

façon de répondre à ça, c'est d'accueillir cette confiance donc de la verbaliser et d'y répondre avec, en conscience, en conscience pour le coup et donc avec de la considération »

M13 : « on sait très bien les personnes nous confient des choses importantes donc il faut aussi dès le début bien amener la consultation »

b) Conserver une alliance

M12 : « Et peut être un jour aborder leur situation familiale, le troisième jour, la troisième fois je vais leur demander comment ils vivent leur maladie, la quatrième fois je leur dis mais « votre projet de vie c'est quoi ? » et là à partir de là, c'est à dire au bout quand même d'un certain temps, au bout d'un an deux ans qu'il vient tous les trimestres on va commencer à avoir vraiment une alliance qui va être forte même si elle est remise en jeu, et, qui va probablement éviter les conflits quoi »

c) Verbaliser les désaccords en présentiel

M8 : « en général j'essaie assez de faire discuter voilà dès que ça va pas on prend rendez- vous, voilà souvent je dis « prenez rendez- vous et on en parle après », plutôt que de faire par téléphone ou des trucs, prendre rendez- vous ouais »

2. Intégrer le patient dans sa prise en charge :

Permettre au patient d'être acteur de sa santé, en favorisant le partage des responsabilités et la prise des décisions, entraîne une collaboration médecin/patient

a) Partage des responsabilités

M7 : « à chaque fois si vous voulez j'ai tendance à ramener le patient à sa vie à ses problèmes hein et bien leur faire comprendre que c'est quand même ses problèmes c'est pas les miens hein »

M9 : « j'essaie de mettre les gens face à leur euh, je dirai responsabilité personnelle »

M12 : « essentiellement l'idée c'est d'avoir une attitude collaborative avec les gens c'est-à-dire euh « je te donne des informations, tu en fais ce que tu veux et on se met d'accord, sur le problème et les solutions » comme on dit en ACP et le partage des responsabilités »

b) Travail en équipe pour la décision de soin

M10 : « des fois je dis au patient il y a pas une façon de soigner y'en a trois ou quatre donc on réfléchit ensemble celle qui leur va et qui me va, mais euh après il faut que ça lui aille mais il faut que ça m'aille à moi aussi »

M12 : « l'idée c'est d'avoir un échange d'information et d'obtenir le sentiment du patient, lui demander si il est d'accord de lui faire valider le plan de soin »

M14 : « j'essaie aussi de lui proposer peut-être si c'est quelqu'un qui a, parce que derrière tout ça il y a souvent une grosse angoisse donc voilà d'essayer de lui proposer autre chose, une prise en charge, ou de voilà on essaie de discuter »

3. Expliquer les démarches de la prise en charge :

a) Insister sur les zones d'ombres :

Prendre le temps de réexpliquer les points difficiles, éclairer davantage le patient sur la démarche à suivre

M4 : « puis il faut surtout il faut expliquer au patient pourquoi on fait ça et pourquoi on fait pas autre chose »

M6 : « Et bien je, le dialogue »

M8 : « je pense qu'en prenant du temps ils arrivent à comprendre mais, voilà j'ai rarement vu des gens qui comprenaient pas, j'ai souvent vu des gens qui n'avaient pas compris ce qu'on leur avait expliqué, mais après quand on prend le temps de leur expliquer ils comprennent »

M14 : « : bah moi j'essaie de tout façon de réexpliquer les choses hein, de revenir de reprendre leurs demandes »

b) Rassurer le patient pour optimiser l'observance :

Donner les détails de ce que l'on fait ou l'on aimerait faire peut apaiser le patient et ainsi l'aider à suivre son traitement

M5 : « vraiment la réponse première c'est de, c'est d'expliquer et de voilà d'expliquer vraiment ce qu'on fait, et euh, si on leur dit voilà moi j'ai fait ça parce que j'ai observé ça, j'ai pensé ça donc euh bah du coup j'ai fait ça comme prise en charge euh voilà j'ai mis ça en place normalement voilà ça les rassure les gens quand même parce que souvent c'est voilà c'est qui sont, ils ont besoin

d'être rassurés et donc voilà en les rassurant comme ça en montrant qu'on est maître de la situation et qu'on sait ce qu'on fait euh habituellement voilà ça quand même ça calme les choses et ça va pas plus loin quoi »

M9 : « une façon de l'anticiper c'est de bien expliquer le pourquoi de ce qu'on fait hein. [...] bien expliquer l'intérêt de la corticothérapie pour ne pas laisser s'installer une corticophobie chez cette patiente et lui expliquer l'intérêt qu'elle aura à faire le traitement correctement etc... »

M13 : « c'est vrai que moi j'expliquerai ou alors, oui ça arrive même avec des gens âgés qui posent des questions et qui par exemple ne comprennent pas ou sont pas forcément adhérents à quelque chose voilà, pas envie de prendre un médicament supplémentaire »

4. S'adapter au patient :

Connaitre son patient entièrement aide à choisir le plan de soin qui va lui correspondre

M9 : « bah j'essaie de m'adapter un petit peu à la personnalité de mon patient. Euh (temps de pause réflexion), tout dépend un petit peu du niveau de compréhension qu'il a aussi »

M11 : « ce que je fais au mieux c'est essayer de considérer ce qui est important pour le patient comme tel »

M12 : « le patient qui est- il ? Que sait- il ? Que croit- il ? Quel est son projet ? Quel est son projet de vie ? Etc... et si on sait ça on sait qu'on va pas se mettre en porte- à- faux, mais ce qui est très important c'est comment le patient considère sa maladie ? [...] si on leur demande leur expérience vécue, comment ils vivent les choses, on arrive à les comprendre, on arrive à être empathique et on arrive à prévenir justement ces plans de soins qui sont pas du tout adaptés au patient »

5. Intervention de différents acteurs :

Travailler à plusieurs offre la possibilité au patient de mieux comprendre les décisions et aide le médecin dans ses choix

a) Travail pluridisciplinaire

M4 : « enfin pas que je racontais n'importe quoi mais il me l'a fait un peu comprendre, non non que pour lui il a pas saigné, non enfin et après donc j'ai appelé le gastro »

M6 : « l'accès aux spécialistes, j'essaie de l'aiguiller vers des spécialistes pour éviter que tout se concentre sur moi »

M8 : « bah je pense qu'il faut essayer de faire intervenir du monde alors les infirmières, une assistante sociale, la mairie, les services sociaux [...] peut être qu'une personne explique d'une façon, une autre d'une autre et on finit par trouver la solution. Ouais la multiplicité des regards ça aide quand même »

M13 : « des fois on peut être un peu démuni, mais l'entourage ou si y'en a pas bah l'infirmière par exemple qui passe euh je pense que tout ça c'est des..., pour nous c'est des..., comment dire des piliers euh, qu'on puisse se fier quoi »

b) Entourage du patient

M8 : « en parler en présence d'un parent ou d'un enfant. Voilà ça c'est des choses qui permettent d'élargir un peu le débat ou d'apaiser un peu quoi »

M13 : « pour moi l'entourage c'est très important »

D. SITUATIONS PARTICULIERES

1. Patient ayant une pathologie psychiatrique ou addictive

a) Poser des règles avec le patient :

Fixer les bases de la prise en charge avec les limites que le médecin ne dépassera pas, dès le début, peut aider pour la suite de la relation

M2 : « quand ils viennent si c'est un nouveau patient ou qu'on récupère du Dr Z., on leur dit clairement : « à partir de maintenant nous c'est, faut que ce soit à jour si vous êtes en chevauchement une semaine, quinze jours, ça va pas être possible c'est même pas la peine de venir..., euh la carte perdue, euh le sac perdu ça marchera pas » donc, à partir du moment où tu mets les règles de base d'entrée (temps de pause) [...] quand tu commences faut mettre les règles, les trucs sur table d'emblée »

M10 : « mais tu vois il a fini par comprendre, ça m'a pris du temps mais c'est lui qui s'est plié à moi et pas moi qui me suis pliée à lui, moi j'ai continué à faire et puis à lui dire à chaque fois « mais c'est pour ça, c'est comme ça, c'est ici c'est là-bas ça a fini par rentrer, donc il est resté parce qu'il a fini par comprendre »

b) Essayer de garder une ligne de conduite et s'en tenir :

Ne pas changer de comportement pour plaire aux patients, exercer selon sa volonté

M10 : « je ne vais pas changer ma façon de voir les choses ou mon comportement pour eux, voilà donc je ferai tout ce qu'il y a à faire pour les soigner mais euh je ne vais pas changer ou me plier à leur désir pour eux voilà. Je vais garder ma ligne à moi et je ne vais pas faire autrement donc ou ça leur va ou ça leur va pas »

c) Travailler avec un autre professionnel ou demander au patient de consulter un confrère :

S'entourer d'autres professionnels ou demander au patient de consulter un confrère quand la situation dépasse le médecin généraliste et que la demande des patients ne peut être satisfaite

M6 : « bosser avec un psychologue et... un psychologue ! »

M7 : « bah ma première réaction c'est de faire comprendre aux gens que comme je ne peux pas satisfaire leur demande il devra aller consulter un autre médecin ».

d) La présence d'une tierce personne au cabinet :

Être plusieurs au cabinet donne une sensation de sécurité dans la prise en charge du patient, et peut aider à désamorcer des conflits pour éviter les violences

- Un coté rassurant

M2 : « alors l'avantage ouais c'est que nous on est toujours deux. Donc on le sait quand on, il y a en a une qui est en train de consulter et qu'elle a vu dans la salle d'attente, parce qu'on les connaît bien hein, quand ils arrivent, alors on est un peu plus attentive »

- Permet d'apaiser certains conflits

M2 « il est arrivé oui qu'on ait eu euh, un en particulier où euh, il était avec moi et j'ai refusé de lui faire sa prescription parce qu'il était venu quinze jours avant et il voulait pas partir j'ai été méchante et c'est D. qui est arrivée. Donc d'être une deuxième personne tu vois derrière ça, ça calme un peu le jeu [...] comme ça on désamorce quand il y a une deuxième personne c'est quand même un avantage »

2. Conflit entre patients suivis par le même médecin : personnel ou professionnel

Quand un couple ou un employeur et employé sont en désaccord, le médecin peut faire le choix d'adresser l'un des deux à un confrère afin de ne pas entrer dans un conflit qui n'est pas le sien

a) Ne pas prendre parti :

M3 : « c'est-à-dire que t'as les couples que tu connais depuis très longtemps et tout d'un coup ils se mettent à taper l'un sur l'autre et te mettre au milieu et te prendre à témoin donc ça il faut faire vachement attention, ça il faut faire vachement attention, ça c'est compliqué. »

b) Adresser l'un des deux patients à un confrère

M3 : « si y'a eu aussi un problème de couple et on s'est débrouillé avec mes associées tu vois ? pour que l'une prenne l'un et l'autre prenne l'autre tu vois ? [...] moi je soignais tout le monde, l'employé et l'employeur et entre eux ça a été terrible, un conflit terrible, et du coup S. a pris l'employeur et moi j'ai pris l'employé, c'était marrant (sourire) et après ça s'est réglé hein »

E. FACE A UN LITIGE MAJEUR

1. S'adresser à des personnes de confiance

Se renseigner vers d'autres professionnels lorsqu'on se retrouve face à une difficulté

M4 : « j'en ai parlé à mon confrère, qui m'a dit ça quand même ne, enfin... (Réflexion) mieux vaut prévenir le conseil de l'ordre »

M8 : « je pense qu'il faut être syndiqué pour avoir du soutien »

2. Demander avis au conseil de l'ordre :

S'adresser au conseil de l'ordre quand la situation dépasse le médecin, pour être orienté sur les démarches à suivre

M1 : « appeler, appeler l'Ordre ou appeler euh en fonction de ce qu'on a fait qu'on voulait pas faire. Je pense. »

M4 : « ne pas hésiter à appeler le conseil de l'ordre, parce qu'ils sont de très bon conseil »

M10 : « j'ai appelé le conseil de l'ordre pour lui demander comment on faisait dans ces cas-là »

3. Appeler les forces de l'ordre :

En cas de danger expliquer au patient que nous allons joindre les gendarmes, ou les appeler directement

M6 : « Dès que j'essaie de prescrire suivant les règles du Vidal ça se passe moins bien donc à ce moment- là euh... carton rouge ! (hausse les épaules). [...] et si ça marche pas j'appelle le 17, là ils s'en vont de suite là y'a pas de soucis »

M7 : « Ça m'est arrivé d'appeler la police aussi »

M8 : « j'ai pas de numéro direct mais si ça va pas j'appellerai les gendarmes »

M11 : « c'était un peu compliqué mais là pour le coup oui j'ai failli appeler la police, ouais, je lui ai dit d'ailleurs hein, je lui ai dit « écoute là ça suffit » parce que je le connais quand il décompense pas, je lui ai dit « là il faut que tu prennes ton traitement parce que sinon là moi c'est pas possible si on te revoit comme ça on appelle la police »

4. Avoir du matériel de protection :

Certains médecins sont munis d'une bombe lacrymogène

M7 : « depuis quelques années avec ma secrétaire on s'est équipé d'une bombe lacrymogène mais on s'en est jamais servie (rire). »

M8 : « moi j'ai une bombe anti-agression »

5. Savoir rompre l'alliance avec le patient

Quand la relation devient délétère il y a la possibilité de rompre l'alliance en envoyant une lettre au patient ou en lui expliquant directement. S'assurer que le patient ne soit pas en danger et toujours l'adresser à d'autres confrères.

a) Par lettre recommandée :

M4 : « c'est une patiente qui m'envoyait des mails aussi pour me demander un certificat médical pour le sport pour son fils en urgence [...] donc j'ai appelé le conseil de l'Ordre, j'ai expliqué, alors eux ils me conseillaient de dire euh, enfin de... de lui envoyer une lettre recommandée pour lui dire que, enfin (lève les yeux au ciel), comment dire, je ne voulais plus être son médecin traitant. »

M10 : « le conseil de l'ordre m'avez dit « bah écoutez il faut que vous lui envoyer un courrier en lui disant que vous ne souhaitez plus le voir »

b) En parler directement avec le patient :

M5 : « après ça arrive qu'on arrive à des extrêmes ou qu'on dise aux gens je peux plus vous suivre ou euh voilà des choses comme ça hein, ça c'est possible hein si c'est tout le temps dans le conflit au bout d'un moment euh voilà, à ce moment- là on arrive pas à trouver les solutions donc euh voilà »

M6 : « et s'ils comprennent pas c'est le carton rouge »

M10 : « si on pense qu'on a raison euh faut rester tel qu'on est et voilà soit l'expliquer au patient ça matche, si ça matche pas c'est que c'était pas le bon patient. Ou qu'on était pas le bon médecin pour le bon patient aussi »

c) Vérifier antérieurement que le patient soit hors de danger

M4 : « Mais bien-sûr s'assurer qu'il n'y ait pas de situations d'urgences en cours »

d) Adresser le patient à d'autres confrères :

M5 « il faut quand même être euh, leur dire « écoutez moi, voilà je peux pas continuer une prise en charge dans ce sens-là » si vraiment voilà il faudrait voir quelqu'un d'autre »

M10 : « il faut pas en fait quand tu refuses un patient le laisser sans issue, faut que tu lui fournisses toute une liste de médecins auxquels il peut s'adresser tu peux pas le laisser perdu dans la nature, mais après tu peux refuser de le, de le voir »

M12 : « Quand le patient de toute façon continue sur sa demande abusive bah on lui dit non de façon insertive en lui disant que ça nous gêne et que ça va pas être possible et puis on lui propose de voir quelqu'un d'autre »

PENDANT LA CONSULTATION

Face à un patient ayant attendu

Discussion avec le patient

- Expliquer les raisons de l'attente
- Gestion des situations difficiles
- Urgences qui se rajoutent
- Nécessité d'appeler un confrère
- Compréhension du patient après dialogue

Faire savoir au patient que le même temps serait pris pour lui

Considérer l'attente du patient

- Le remercier d'avoir attendu
- S'excuser du retard

Demander au patient ses impératifs

Proposer des solutions

Proposer des créneaux aux heures creuses pour les patients sans activité professionnelle

Eviter les rendez-vous de fin de journée

Ne pas entrer dans le conflit

Face à une demande jugée inappropriée

Compromis avec le patient

Prévenir le patient de l'allure exceptionnelle de la décision

- Trouver un arrangement acceptable sur la durée des arrêts de travail
- Discussion et négociation médecin/patient

Comprendre la demande du patient

- Analyser la demande en fonction du profil du patient
- Être attentif aux doléances du patient
- Eviter les jugements

Stratégie de contournement

Expliquer la raison du refus

Renseigner le patient sur sa propre façon de travailler

- Prendre le temps avec le patient
- Informer le patient des protocoles à respecter

Demander avis à un confrère

Essayer de prendre sur soi

Rester sur ses positions

Incompréhension du patient face à une prise en charge

Intégrer le patient dans sa prise en charge

Travail en équipe pour la décision de soin

Partage des responsabilités

Entretenir la relation médecin/patient pour éviter les mal entendus

Conservé une alliance

- Une relation de confiance
- Verbaliser les désaccords en présentiel

Expliquer les démarches de la prise en charge

Rassurer le patient pour optimiser l'observance

Insister sur les zones d'ombres

S'adapter au patient

Intervention de différent acteur

Entourage du patient

Travail pluridisciplinaire

Quand la situation présente un danger pour le médecin

Se mettre au niveau du patient

Céder à la demande

Situations particulières

Conflit entre patients suivis par le même médecin : personnel ou professionnel

Adresser l'un des deux à un confrère

Ne pas prendre parti

Patient ayant une pathologie psychiatrique ou addictive

- Essayer de garder une ligne de conduite
- La présence d'une tierce personne au cabinet
- Un coté rassurant
- Permet d'apaiser certains conflits

- Poser des règles avec le patient
- Travailler avec un autre professionnel ou demander au patient de consulter un confrère

Face à un litige majeur

Demander avis au conseil de l'ordre

S'adresser à des personnes de confiance

Appeler les forces de l'ordre

Avoir du matériel de protection

Rompre l'alliance avec le patient

- En parler directement avec le patient
- Par lettre recommandée
- Adresser le patient à d'autres confrères
- Vérifier antérieurement que le patient soit hors de danger

IV. LIMITES FACE AUXQUELLES LES MEDECINS SONT CONFRONTES

A. ACCUEIL DU PATIENT :

1. Problème de stationnement :

Des difficultés de stationnement peuvent être rencontrées malgré les précautions mises en place, par manque de place, le parking plein, ou la présence de places payantes

a) Manque de place :

M3 : « parfois y'a pas de place malgré le vigile voilà et puis parfois les gens ils vont se disputer avec le vigile, va savoir pourquoi (les yeux au ciel avec un sourire), voilà. »

M4 : « quelques fois il y a pas de place mais bon avant le cabinet ou il était, il était vraiment au centre sur la place du village, donc ils sont un peu habitués à ce que le stationnement soit pas simple »

b) Parking plein :

M10 : « Alors des fois ça peut arriver qu'ils râlent que le parking est plein mais auquel cas c'est pareil c'est mon côté éducatif mais je leur fais remarquer que quand ils vont à la pharmacie et qu'ils laissent leur voiture sur le parking du cabinet et qu'ils embouteillent la place pour rien alors qu'ils auraient dû prendre leur voiture et aller sur le parking de la pharmacie, voilà »

c) Places payantes

M3 : « beaucoup de patients vont à la clinique et ils payent mais bon y'en a d'autres qui ne veulent pas le faire donc, donc ça c'est une autre source de problème »

2. Difficulté d'accessibilité au cabinet :

Certains cabinets se trouvent face à des obstacles limitant la simplicité de l'accès souhaitée par le fait que les normes handicapés soient difficiles à mettre en place, ou que le monte-charge ne fonctionne pas tout le temps

a) Application des normes PMR non évidente :

M5 « après nous on a des vieux locaux [...] y'a pas d'accès euh PMR enfin handicapé voilà (rire), et donc euh voilà y'a des gens qui vont râler »

M7 : « après moi je suis dans les quartiers populaires dans les grands immeubles donc l'accès pour les handicapés choses comme ça, n'est pas facile hein, mais ça dépend pas de moi de toute façon »

b) Monte-charge en panne

M4 : « on est au premier étage donc on a un monte-charge et quelques fois, enfin on a beaucoup de soucis avec la société qui l'entretient et donc c'est vrai que quelques fois il ne marche pas et ça c'est un souci par contre »

3. Le secrétariat sur place :

a) Coût non négligeable :

Les médecins peuvent être dans l'incapacité d'avoir une secrétaire sur place par manque de moyen

M3 : « on a clairement pas les moyens d'avoir une secrétaire au cabinet quoi donc euh... là j'avoue que j'ai pas de solution à part avoir un excellent secrétariat [...] on a pas les moyens hein clairement, parce qu'il faudrait en avoir deux, à trois »

M12 : « mais ça nécessite effectivement du personnel, et le personnel ça a un coût et un coût très important »

b) Secrétaires parfois indisponibles :

Malgré la présence de secrétaires, leurs disponibilités téléphoniques peuvent être limitées

M10 : « le problème des fois les patients ont pu râler sur l'accessibilité téléphonique auprès des secrétaires, voilà ça ça en est un autre »

B. ORGANISATION MEDICALE CONTRE LE RETARD

1. Carence de médecins généralistes :

Le manque de médecin généraliste dans certaines régions rend difficile l'anticipation du flux de patient

M6 : « il y a une carence médicale énorme donc y'a beaucoup de gens qui viennent, alors que je suis que sur rendez-vous (insiste), y'a beaucoup de gens sans rendez-vous parce que euh, ils ont pas de médecins, parce qu'ils ont pas de téléphone, parce que c'est plus ou moins urgent euh voilà donc en centre-ville avec la pénurie de médecin c'est assez difficile de prévoir, ouais. »

M7 : « déjà dans le contexte où je travaille ou enfin comme beaucoup de mes confrères je pense qu'on est un peu submergé par le volume d'activité euh les gens quand même prennent conscience par eux même que de toute façon euh... on est face à des contraintes qui ne dépendent pas de nous quoi hein »

2. Accumulation des tâches à accomplir par les médecins :

Malgré les efforts d'anticipation des médecins généralistes, des journées sont plus remplies que d'autres, la nécessité de passer un coup de téléphone peut faire prendre du retard au médecin

a) Répondre au téléphone

M3 : « euh la chose je pense la plus importante que je devrai faire et que je ne fais pas c'est de pas répondre au téléphone, de dire aux secrétaires de ne pas m'appeler pendant la consultation, (temps de pause) après c'est compliqué parce qu'après on a tout à faire le soir et le soir après c'est la fin de la journée quand y'a des choses difficiles, voilà c'est plus difficile à gérer quoi »

M4 : « tu peux avoir un coup de fil d'un patient qui te prend un peu plus de temps, ou un médecin à appeler pour demander un avis donc... (temps de pause) pfff le retard malheureusement. »

M9 : « c'est vrai que le soir le retard il s'accumule parfois il y a des coups de téléphone à passer »

b) Planning qui se remplit

M5 : « on prend du retard parce que bon bah on a aussi, on doit aussi voir tous nos patients dans la journée, on a nos plannings qui sont pleins donc on peut pas, enfin voilà donc ça après c'est difficile de le gérer »

M9 : « y'a des urgences qui peuvent se rajouter »

3. Des consultations difficiles à anticiper :

a) Par méconnaissance des motifs de venue :

Le temps de consultation varie en fonction du motif qui n'est pas toujours connu du médecin

M4 : « mais quelques fois t'as un patient qui va venir qui va te prendre beaucoup de temps parce que bah y'a plusieurs choses à voir y'a plusieurs complications de ses pathologies ou qui est en détresse psychologique donc t'as besoin de, enfin de parler avec lui »

M11 : « c'est vrai qu'en médecine générale la réalité c'est que on peut très bien avoir une grippe suivie d'un examen du nourrisson avec euh le poids la taille discussion avec les parents sur l'alimentation et on finit avec les vaccins et puis ensuite on a la découverte d'une néoplasie, puis juste après on a une pathologie aigue encore et puis juste après on a l'annonce d'un cancer et puis après c'est une dépression et puis après etc... donc c'est vrai que on va avoir des situations où le temps à donner aux patients est très variable »

M12 : « y 'a des jours ou j'ai ¾ d'heure de retard par exemple, ça peut m'arriver parce que y'a eu trois consultations longues avec des consultations complètes »

b) Dépend de la période de l'année de la consultation :

Les patients âgés peuvent mettre plus de temps pour se déshabiller l'hiver durant la consultation

M9 : « C'est vrai que moi j'ai une patientèle qui est quand même assez âgée. L'hiver quand il faut les faire monter sur le divan d'examen, les examiner, les faire se déshabiller un minimum et tout ça, des fois euh c'est vrai que ça prend du temps quoi (rire) quand ils ont plusieurs couches de vêtements et tout euh, voilà »

c) Pratique professionnelle non expéditive :

Certains médecins vont plus facilement accorder un temps supplémentaire aux patients, qui viennent particulièrement pour cette raison

M10 : « les patients quand ils viennent me voir ils savent qu'ils peuvent rester demi- heure ou ¾ d'heures dans mon bureau et que je les fous pas dehors et je pense qu'ils viennent beaucoup pour ça les patients »

C. PRISE EN CHARGE DU PATIENT : FACTEURS AYANT UN IMPACT

1. Relation entretenue avec les patients

a) Patients non connus du médecin : plus difficile à cerner

Les barrières peuvent être plus facilement mises face à un patient non suivi par le médecin

M5 : « si on connaît pas le patient c'est pas toujours évident quoi, si c'est sur euh quelqu'un qu'on voit pour la première fois ou en garde par exemple [...] c'est vrai qu'en garde je garde ma position de voilà, toute façon je, c'est moi qui décide et puis voilà, ça reste euh, on va pas plus loin »

M7 : « si il s'agit d'une personne qu'on ne connaît pas du tout, bah après il est possible aussi de mettre des barrières »

b) Patients connus du médecin : plus difficile de ne pas céder

Le médecin peut avoir tendance à céder plus facilement à la demande d'un patient qu'il suit depuis longtemps

M5 : « c'est vrai que quand on connaît le patient aussi, ils ont tendance aussi à plus chercher à négocier et puis nous aussi on a tendance à être moins strict parce que c'est des gens aussi qu'on suit depuis longtemps donc euh voilà des fois aussi on va laisser peut-être un peu plus couler quoi, voilà »

M14 : « ouais moi j'ai eu des patients, enfin c'est des patients que je suis depuis trente, plus de 30 ans donc euh avec qui j'ai, et finalement bah c'est vrai qu'on se rend compte qu'on se fait un peu bouffer quand même hein »

c) L'expérience du médecin

Les patients peuvent avoir tendance à analyser le médecin et pousser ses limites

M7 : « quand on est plus jeune je pense que c'est plus difficile bon déjà par manque d'expérience mais aussi parce que les patients eux sentent bien qu'on est moins fort jeune que plus expérimenté quoi et ils en abusent. Alors que quand on est plus âgé euh, bon les gens quand même comprennent bien qu'on connaît un peu la musique quoi hein »

2. Influence de l'humeur du médecin :

La patience du médecin peut varier selon le jour où l'heure

a) En fonction des jours de la semaine :

M5 : « ça dépend un peu de la journée où on est, des fois on va laisser courir euh des fois on va, ça peut arriver qu'on s'énerve (rire), euh voilà (rire) ou qu'on, voilà ou qu'on le prenne plus, euh de manière un peu plus énergique »

M14 : « bon après euh ça peut arriver si un jour je suis énervée (rire) ça m'est arrivée parfois de remballer les gens de leur dire que s'ils étaient pas contents que voilà qu'il y avait d'autres médecins, que voilà »

b) En fonction des heures de la journée :

M7 : « oui puis après ça va dépendre peut-être de l'heure de la journée hein, entre le matin et le soir peut être que j'aurais pas la même euh patience euh (rire) la même écoute hein »

3. Communication impossible entre le patient et le médecin :

a) Patient bloqué émotionnellement :

Un patient énervé n'entendra pas ce que le médecin va lui dire

M1 : « mais c'est vrai qu'il était tellement (pause), en plus il avait tellement peur qu'il était tellement énervé que... même si je lui avais dit « oui mais non » en fait il aurait juste entendu le non. »

b) Plus de difficulté d'échange avec certaines populations :

Le niveau de compréhension du patient dépend aussi de son environnement

M5 : « après on a des gens on se dit ils comprennent rien quoi (rire) c'est pas bien de dire ça mais c'est vrai quoi, on arrive pas à leur faire comprendre quoi [...] Après des fois c'est vrai qu'on a des populations aussi où ça peut être difficile »

M8 : « faire gaffe quand même, y'a quelques gens avec des situations difficiles, il suffit d'une fois pour que ça tourne mal »

M9 : « après quand y'a impasse, y'a impasse après, il faut savoir le dire [...] dans les endroits socialement difficiles c'est peut-être plus dur »

c) Analyse de la situation différente par le médecin et son patient :

Malgré les explications des médecins, certains patients peuvent exprimer une réticence face à la conclusion qui leur est donnée, la discussion devient limitée.

M5 : « c'est vrai qu'il y a des gens qui sont tout à fait dans l'écoute enfin qui vont saisir le problème ou la situation et puis il y en a qui vont pas du tout comprendre ou qui vont faire euh comme s'ils ne comprenaient pas. Donc là des fois on est face à des murs »

M6 : « non parce que les patients qui sont comme ça demandeurs, ils sont même plus que demandeurs, ils exigent au bout d'un moment donc la discussion n'est pas trop possible donc voilà, je vois pas trop comment on peut anticiper »

M9 : « soit je suis face à quelqu'un qui est compréhensif et on va arriver à négocier les choses, soit je suis face à quelqu'un qui est vraiment fermé et tout ça et là ça peut aller effectivement au conflit quoi »

M11 : « alors c'est vrai que des fois il y a des, des entre guillemets des résistances tellement fortes que bah les patients te disent « bon bah écoutez moi ça me convient pas »

4. Personnalité agressive :

L'échange entre un médecin et son patient va aussi dépendre du comportement du patient, celui-ci peut être revendicateur

M8 : « c'est des gens ils ont décidé qu'ils allaient t'attaquer donc euh, donc là c'est quand même pas pareil quoi c'est plus du domaine de la mésestente c'est vraiment de la volonté de nuire au médecin quoi, donc c'est un peu différent donc là il faut vraiment faire attention »

M9 : « bon après euh il faut pas se cacher qu'il y a des personnalités agressives et celles- là en général on les voit d'emblée hein c'est des gens qui sont mal dans leur peau, qui sont assez, qui revendiquent beaucoup »

M12 : « des vrais conflits au sens où y'a des cris y'a des menaces, ou y'a des gestes ou y'a des coups et tout ça, moi à mon avis c'est voilà, c'est, un c'est pas tous les jours et puis deux c'est souvent des personnes ou personnalités particulières »

M14 : « Après quand on a des gens par exemple qui sont mal polis ou qui font preuve d'incivisme là c'est vrai qu'on est rarement préparé hein donc ça peut être assez subi »

D. PATIENT AYANT UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE OU ADDICTIVE

1. Des conflits pouvant dégénérer plus facilement :

Les rares conflits qui évoluent mal seraient chez certains médecins des conflits face à un patient ayant une pathologie psychiatrique ou addictive

M2 : « moi les conflits qu'on a, pour ma part à chaque fois hein c'est euh, c'est bête mais c'est toujours avec les toxicos hein. C'est quand ils viennent renouveler leurs ordonnances et qu'ils sont pas à la bonne date et qu'ils mentent ou qu'ils trichent et qu'on dit non... le conflit il est toujours là »

M3 : « j'ai jamais eu de conflits grave, j'ai jamais été euh agressée, euh non, non jamais franchement non jamais ou alors c'était des gens qui étaient un peu.., qui étaient psy quoi »

M6 : « y'a beaucoup de toxico au centre- ville donc ceux-là ils sont particuliers hein donc eux, il y en a même qui se mettent en pétard parce que je leur apporte pas ce qu'ils attendent. »

M7 : « En général c'est quand même vraiment dans le cadre de la psychiatrie, les situations de tensions fortes où qui pourraient dégénérer, tous les souvenirs que j'ai c'est vraiment des patients qui sont psychiatriques euh, et qui sont dans des phases où.. où ils sont pas très bien équilibrés quoi. »

M11 : « les rares cas où ça a été totalement déraisonnable où je sentais que ça pouvait totalement échapper, bah c'est quand tu as un patient où y'a un méli- mélo de psychiatrie et d'addictologie parce que pour le coup parfois c'est pas l'humain qui parle c'est sa substance ou le sevrage et là ça peut aboutir à des choses compliquées »

2. Patient peu connu du médecin :

La difficulté peut se retrouver dans la façon d'aborder le patient et le comportement à adopter

M5 : « au début quand on commence à les suivre et tout c'est difficile de les cerner et bah c'est pas évident quoi d'avoir les réactions euh adéquates que ce soit nous et puis réagir face à leurs réactions à eux, et ouais des fois on est pas à l'aise quoi c'est vrai que des fois on est pas à l'aise on sait pas trop comment faire donc euh, plutôt des patients de pathologie psychiatrique »

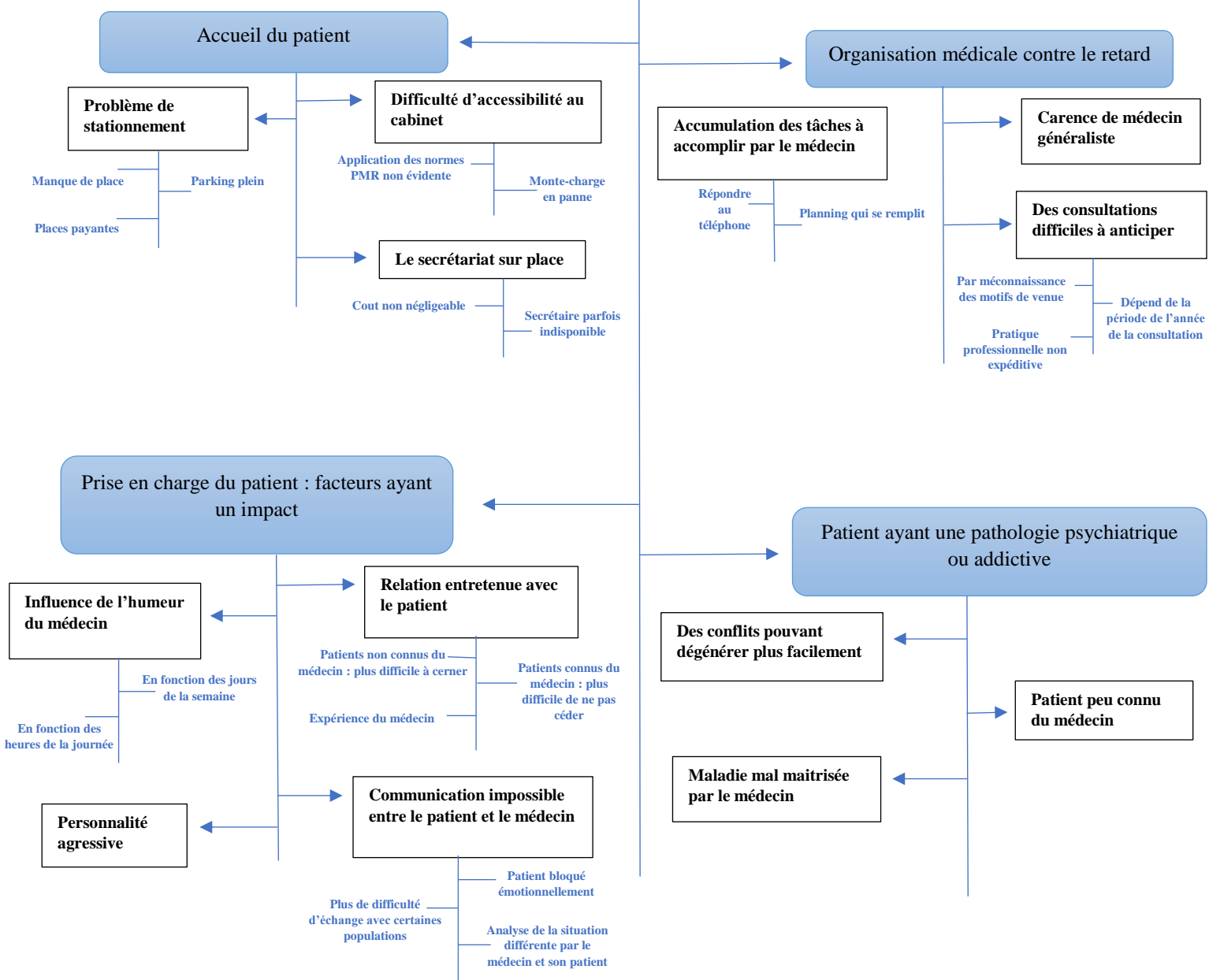
3. Pathologie mal maîtrisée par le médecin :

Défaut de formation ou d'expérience professionnelle, les médecins peuvent être démunis face à ces pathologies

M11 : « Je fais pas d'addictologie parce que j'ai pas les compétences pour le faire [...] en matière de compétence on est pas addicto, on a pas fait de capa ou de DU de choses comme ça avec mon associé, mes nouveaux associés non plus et puis on a, pas fait le choix non plus d'orienter notre pratique vers l'addictologie »

M12 : « une fois une personne addicto toxicomane qui était visiblement en manque et je m'y suis mal pris probablement j'allais lui prescrire des produits mais juste pour une très courte période pour lui faire passer le week-end et tout ça et il a été un peu violent il a jeté mon éphéméride et tout ça, mais là j'avoue que c'est moi qui me suis culpabilisé j'ai vu que je m'y étais pas bien pris, je sais pas bien pourquoi je me suis pas bien pris ou comment je me suis pris »

LIMITES FACE AUXQUELLES LES MEDECINS SONT CONFRONTES



V. LES CONSEILS AUX JEUNES MEDECINS

1. Eviter d'entrer dans le conflit :

Essayer de ne pas alimenter une situation critique en gardant un contrôle de soi

M1 : « je dirais pas s'énerver en premier, essayer de rester tranquille euh, même si ça nous énerve »

M3 : « c'est la patience, j'ai pris sur moi, c'est pas toujours..., oui »

M7 : « éviter au maximum de rentrer dans le conflit ça je pense que c'est vraiment, il faut vraiment ne jamais jamais rentrer dans le conflit euh en tout cas autant que possible. »

2. Communiquer avec les patients

Expliquer au patient tout ce qu'il a besoin de comprendre pour sa prise en charge

M13 : « pour moi vraiment c'est de, ouais de discuter avec les patients, de toujours euh expliquer, de toujours justifier, que ce soit une prescription, un exam.. enfin voilà l'examen médical pourquoi on fait ci, la prescription »

3. Faire preuve d'empathie

Montrer au patient que l'on comprend, tout en l'accompagnant pour éviter de se tromper

M11 : « simplement vraiment témoigner authentiquement qu'on fait un pas pour considérer sa demande dans la globalité quel que soit notre cadre, pour moi ça fait partie du positionnement professionnel nécessaire et ça demande un équipement psychique »

M12 : « tout simplement d'avoir une attitude empathique déjà si on comprend l'autre tout en sachant qu'on ne l'est pas, déjà on a moins de chance de faire des bêtises »

4. Prendre le temps de connaître son patient

Faire murir la relation médecin/ patient progressivement tout au long du suivi en prenant le temps de connaître son patient, l'écouter et le considérer

M11 : « prendre le temps de leur dire « bonjour, comment ça va qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ? » [...] j'ai eu beaucoup beaucoup de patients qui ont été aussi euh très surpris de voir que bah un soignant ça pouvait dans la vraie vie prendre le temps d'écouter et de considérer, de donner un temps de consultation un peu supérieur à cinq minutes »

M12 : « C'est la connaissance du patient qui fait ça, mais c'est sûr que si on fait du renouvellement d'ordonnance toute sa vie, un quart d'heure tous les trois mois soit une heure tous les ans pendant dix ans pendant dix heures vous renouvelez du renouvellement d'ordonnance et bien c'est sûr que un vous avez pas fait le job et deux vous risquez effectivement un conflit. Le patient vous le connaissez même pas vous avez renouvelé les mêmes choses en prenant la tension tout le temps »

5. Eduquer sa patientèle à son mode d'exercice :

Amener le patient à comprendre le mode de fonctionnement du médecin en posant un cadre dès le départ de la relation

M3 : « ouais mais les conseils, oui ça serait éduquer ces patients »

M6 : « rester professionnel et puis mettre des limites dès le début. Et se référer aux protocoles de la sécu, aux protocoles médicaux et puis euh mettre des limites dès le début effectivement »

M8 : « je pense connaître les limites que, qu'on accepte pas, voilà les choses sur lesquelles on veut pas..., voilà ouais, mais bon ça s'apprend ça après c'est, ouais c'est une espèce de confiance en soi aussi donc euh, mais bon de personnalité aussi »

M10 : « mon conseil ça serait de se dire que si on pense qu'on est dans le bon cadre et dans la bonne façon de soigner le patient il faut pas en sortir voilà, il faut rester soi-même »

M12 : « de toute façon l'anticipation elle est dans l'éducation du patient »

M14 : « cadrer les choses dès le départ, moi c'est vrai que bon, c'est mon caractère hein c'est assez empathique assez cool et je me fais un peu bouffer par mes patients hein, donc peut-être d'être un peu carré »

6. Patient acteur de sa santé

Travailler en collaboration avec le patient pour qu'il soit intégré dans sa prise en charge et limiter les malentendus

M12 : « s'entendre avec le patient sur le problème les solutions et le partage des responsabilités ça c'est très important le partage des responsabilités ça veut dire je considère le patient comme acteur de sa propre santé et donc ça aussi ça évite les conflits »

M13 : « tout ce qui le concerne en fait il a le droit de savoir et c'est vrai que peut être voilà il se peut que certains se braquent ou se sentent pas à l'aise finalement parce qu'ils sont pas assez bien informés donc je pense que ça, ça joue beaucoup »

7. Travail pluriprofessionnel

S'entourer pour avoir une prise en charge plus complète et ne pas être seul face à une problématique

M6 : « surtout ne pas exercer seul [...] Rester groupé à plusieurs pour éviter de gérer seul les situations »

M8 : « essayer d'avoir, moi je pense que, essayer d'avoir du monde autour du côté du patient et du côté du médecin c'est-à-dire que en parler avec l'infirmière par exemple en présence de l'infirmière »

M9 : « moi j'ai travaillé seule et c'est vrai que travailler à deux c'est quand même mieux. »

M11 : « y'a énormément de, de retour positif et de bienveillance et de gratitude aujourd'hui avec le fonctionnement vraiment en équipe comme je t'ai dit j'ai développé le projet de santé je me suis beaucoup investi dans le, le coté pluriprofessionnel et le coté vraiment organisation coordonnée de soin »

8. Tout noter dans le dossier

Ecrire ce que l'on fait, ce que l'on dit, comment le patient réagit...

M4 : « il faut toujours expliquer de tout façon après, puis le noter dans le dossier, dire : « j'ai refusé car euh voilà, ça ça et ça le patient était pas content » voilà »

M8 : « toujours tout noter dans le dossier »

9. Retour à l'éthique médicale

Pouvoir se former davantage sur l'éthique médicale pendant l'exercice afin de ne pas perdre de vue toutes ces dimensions de la médecine

M11 : « moi c'est vraiment ça a été un retour à la philosophie et à l'éthique médicale. Voilà c'est ce qui me sauve aujourd'hui et qui me permet de continuer à être heureux de faire ce métier. Et là-dessus c'est vrai que ce que j'aurai à dire moi, c'est que vivement le jour où on nous permettra d'avoir des cours de philo, d'éthique médicale appliquée [...] vraiment redévelopper, faire un retour parce qu'elle a pas disparu cette dimension humaine, cette dimension existentielle philosophique éthique du praticien »

10. Savoir se protéger :

Connaitre ses limites dans le travail et face au patient, ne pas hésiter à demander conseil quand les situations dépassent le médecin

M3 : « ce qu'on disait tout à l'heure quoi, que ça interfère pas dans ta vie, quand tu sors du travail c'est fini t'y penses plus »

M4 : « appeler le conseil de l'Ordre [...] pour leur signaler quand on sent qu'il y a une situation qui peut mal tourner, ou (temps de pause) il vaut mieux qu'ils soient au courant et comme ça si jamais un jour le patient attaque bah ils étaient déjà au courant et ils seront là pour nous épauler »

M7 : « déjà je pense que quand on est face à des patients qui ont des demandes abusives euh ou qui sont difficiles à gérer, ne pas trop s'impliquer et peut être renvoyer vers d'autres médecins. Pas se croire plus fort que, que ce qu'on est je pense »

11. Reconnaitre ses erreurs

Exprimer ses responsabilités devant une erreur commise

M12 : « si on a fait une connerie ou si on était pas à la hauteur, bah il faut le reconnaitre. Malheureusement on est pas des dieux, et il faut le reconnaitre d'abord pour soi-même savoir qu'on est pas des dieux déjà ça nous aide parce que ça évite les conflits avec soi-même »

12. Garder une humilité

Savoir se remettre en question est un élément important du métier de médecin

M12 : « avoir une certaine humilité dans ce métier et de se remettre en question c'est bien et si on se remet en question, bon voilà ça va quoi »

M13 : « de rester humble et de discuter pour moi c'est le plus, je pense que c'est le plus important »

13. Rompre l'alliance quand cela devient nécessaire :

Ne pas entretenir une relation pouvant être délétère avec son patient, et rompre l'alliance quand aucune autre solution n'est trouvée

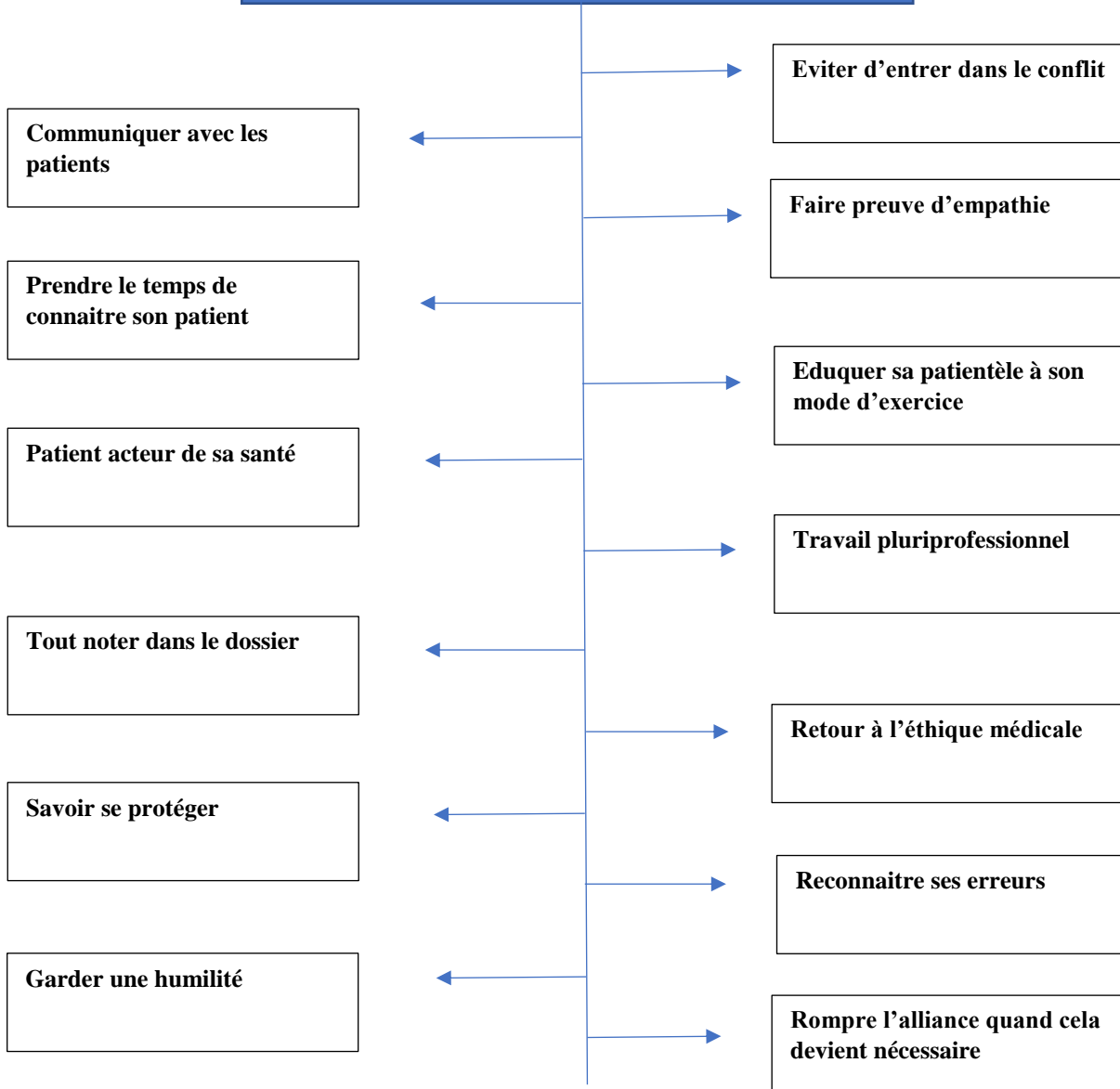
M4 : « je lui ai expliqué qu'on était pas obligé de continuer ensemble voilà enfin, sa vie n'est pas en danger donc je peux, voilà rompre le contrat qui nous lie »

M5 : « Donc là après c'est pareil si ça va trop loin à un moment donné il faut aussi savoir leur dire « écoutez si ma façon de faire ne vous convient pas » je pense que, quand vraiment c'est pas du, ils sont pas du tout sur la même longueur d'onde je pense que là des fois il faut quand même être euh, leur dire « écoutez moi, voilà je peux pas continuer une prise en charge dans ce sens- là » si vraiment voilà il faudrait voir quelqu'un d'autre »

M10 : « si on pense qu'on a raison euh faut rester tel qu'on est et voilà soit l'expliquer au patient ça matche, si ça matche pas c'est que c'était pas le bon patient. Ou qu'on était pas le bon médecin pour le bon patient aussi »

M12 : « Mais les gens respectent les règles qu'on a et encore une fois si ça leur convient pas ils vont voir ailleurs c'est très bien »

LES CONSEILS AUX JEUNES MEDECINS



DISCUSSION

I. FORCE DE L'ETUDE :

La méthode qualitative était la méthode la plus adaptée à notre sujet d'étude. Il s'agissait de recueillir les moyens utilisés par les médecins généralistes pour prévenir les conflits avec leurs patients, cela a permis d'évaluer de manière plus large leurs ressentis par rapport à une méthode quantitative par questionnaire.

L'utilisation de l'entretien semi-dirigé initialement prévu au cabinet du médecin généraliste, qui a été réalisé en vidéo par la suite, permettait à celui-ci de s'exprimer plus facilement avec l'observateur car il pouvait lui-même choisir l'endroit qui lui convenait le mieux pour parler librement. Un entretien en focus group n'aurait pas permis de recueillir autant de réponses notamment au niveau des sentiments des médecins interrogés. Il peut exister des difficultés pour certains médecins à s'exprimer en public, mais également la peur d'être jugé par ses confrères concernant ses réponses ou ses attitudes.

Notre guide d'entretien a permis d'obtenir des réponses variées de la part des personnes interrogées, notamment avec les différentes relances et la présence de questions ouvertes.

Le fait que l'observateur soit également un médecin généraliste a pu faciliter l'échange et la confiance. Il n'existait pas de barrière comme cela aurait pu être avec une personne exerçant un métier différent.

Plusieurs médecins interrogés nous ont fait part de l'intérêt du sujet de notre étude. Certains ont apprécié que l'on s'intéresse à eux directement, qui ont pu être victime de violence.

II. LIMITE DE L'ETUDE :

La recherche qualitative et l'analyse thématique nécessitent une formation approfondie. L'enquêtrice réalisant pour la première fois ce genre d'analyse, son manque d'expérience et d'objectivité a pu créer un biais méthodologique lors de la réalisation des entretiens par une mauvaise formulation des questions.

On peut supposer qu'il y ait également un biais de sélection. En effet, le recrutement des participants de cette étude s'est fait sur la base du volontariat même s'il s'est voulu le plus large possible, et certains praticiens étaient connus de l'enquêtrice ce qui a probablement aidé à leurs motivations de participation, inversement pour les médecins non connus.

Le recrutement et l'interrogatoire s'effectuant en période de COVID les médecins étaient préoccupés par d'autres impératifs et certains ont dû écourter l'entretien. De plus, la population interrogée n'était pas complètement homogène, car les médecins habitants en zone urbaine ont été plus nombreux qu'en zone rurale probablement dû à une investigation moindre pour la zone rurale.

III. RESULTATS ET COMPARAISON A LA LITTERATURE :

A. STRUCTURE DE SOINS

Les conditions d'accueil du patient sont des éléments importants de la relation médecin/patient vu au cours de notre travail. Notre étude a fait ressortir plusieurs points clés de cet accueil :

1. Facilité de stationnement :

Place de parking ou zone de stationnement accessible ont été rapportés par les médecins comme étant bien apprécié des patients, voire considéré comme indispensable pour certains patients d'après les médecins. Pour les médecins se trouvant en centre-ville le stationnement était plus difficile. Le travail du Dr EL MAQDADE-NEMMAOUI sur « l'accessibilité des cabinets des médecins généralistes Picard » montrait que le stationnement présentait une faible proportion dans les travaux jugés pertinents. Ceci pouvait s'expliquer par le fait que cela touche à l'urbanisme

municipal ou la copropriété et que beaucoup de médecins ne voyaient pas très bien comment tous seuls ils pourraient résoudre ce problème²⁹.

Bien qu'il n'y ait pas d'obligation à prévoir un stationnement au cabinet médical³⁰, celui-ci semble être important dans l'accueil du patient

2. Accessibilité au cabinet :

Malgré le caractère obligatoire des normes pour personnes à mobilité réduite en cabinet de médecine générale depuis février 2005³¹, nous retrouvons des difficultés d'accès chez deux médecins, causées par l'environnement du bâtiment dans lequel se trouve leur cabinet. Le travail de Thèse du Dr Florian BAPST qui est une étude descriptive et analytique exprimait les difficultés que pouvaient rencontrer les médecins de son étude notamment : « la complexité de la loi et des normes très précises et parfois peu compréhensibles pour des personnes non initiées aux bases de l'architecture, la complexité dans la réalisation des travaux pour la mise aux normes, difficultés architecturales, difficultés avec la copropriété, difficulté pour trouver un interlocuteur fiable auquel poser les questions, un coût du diagnostic d'accessibilité, un coût des travaux de mise aux normes »³². Des limites similaires sont retrouvées dans le travail de Thèse du Dr Anne BOUSQUET : « un frein financier, un frein lié au bâtiment et notamment une impossibilité technique liée à l'architecture du bâtiment, un frein lié au fait d'être en location, et un frein lié à un refus de la copropriété ». ³³

L'accessibilité au cabinet est un élément essentiel et régi par la loi. Cependant il n'est pas toujours évident pour les médecins de s'adapter aux normes.

3. Secrétariat sur place :

Sept médecins optaient pour un secrétariat physique qui permettait d'accueillir le patient, de le renseigner en amont de la consultation. Dans le travail du Dr Maïlys GONSOLIN nous retrouvons les mêmes avantages du point de vue des patients, le travail du Dr GUYOT en comparant le ressenti des patients et des médecins déterminait les mêmes atouts : « la présence d'un secrétariat joue un rôle fondamental pour humaniser les lieux et accueillir les consultants, mais elle permet également au médecin de travailler de façon plus fluide et efficace en le libérant de diverses tâches non médicales »³⁴. Cependant le travail de thèse du Dr Florian VALLE porté sur la gestion de la

consultation non programmée en médecine générale, soulignait certains inconvénients pour les médecins généralistes d'avoir une secrétaire physique notamment : la nécessité d'avoir un local dédié au sein du cabinet, difficulté devant les arrêts et congés pour trouver une remplaçante, le temps pris pour les former progressivement au mode de travail³⁵. Aucun de ces inconvénients n'a été exprimé lors de notre travail. Des limites financières ont été rapportées par deux des médecins sur le sujet du secrétariat physique, nous pouvons observer que les patients semblent être conscient de ce frein comme l'explique le Dr GONSOLIN dans son travail « les patients comprennent que le choix du type de secrétariat dépend également d'un souci financier »⁷.

Le secrétariat physique serait un moyen d'accueil et de confort pour les médecins comme pour les patients. Le coût financier ferait partie des freins pour certains médecins.

4. Espace d'attente confortable :

Certains médecins de notre étude attachaient une importance particulière à la salle d'attente dans le but de créer une ambiance apaisante et rassurante pour le patient. Ces résultats concordent avec ceux du Dr LUGO³⁶ qui concluait que la relation médecin-patient débutait dès la salle d'attente. Les résultats du Dr LUGO se recourent avec l'étude du Dr MUNYEJABO³⁷ qui démontre que les médecins étaient soucieux du bien-être de leurs patients et essayaient de conférer cette impression grâce à l'aménagement de leurs locaux et cela dès la salle d'attente. Les médecins pensaient qu'un patient en situation de sécurité était plus à même de se livrer au médecin, ce qui facilite et aide à une prise en charge optimale. Le travail de thèse du Dr Anne COIFFIER le souligne, les médecins de son étude ont équipé leur salle d'attente en pensant, avec bon sens et selon leurs goûts personnels, au confort des consultants et en prévoyant la place nécessaire pour les accueillir³⁸.

La structure de soin dans laquelle le patient est accueilli aide à construire la relation médecin/patient en amont de la rencontre avec le médecin. Il peut cependant être difficile pour les médecins d'acquiescer tous les avantages de cet accueil, des limites d'emplacement du cabinet ou financières sont présentes.

B. ATTENTE EN SALLE D'ATTENTE

13 médecins sur les 14 ont rapporté un conflit avec leur patient dû à l'attente en salle d'attente jugée trop longue.

1. Organisation Médicale :

a) Planning de consultation

Les médecins de notre étude qui réorganisaient leur planning de la journée ou de la semaine, le faisaient selon diverses méthodes :

- Bloquer des créneaux : pour rattraper le retard, ou rajouter des patients si nécessaire en évitant de retarder les autres rendez-vous
- Faire les consultations sur rendez-vous : pour limiter le temps d'attente et laisser libre choix du créneau au patient
- Adapter le temps consacré à la consultation en fonction des motifs quand c'est possible

Nous rencontrons dans la thèse d'exercice du Dr Florian VALLE, un système de blocage de plage de rendez-vous utilisé par les médecins permettant d'accueillir les patients ayant besoin de soins sans perturber le reste de la journée³⁵. De plus il décrivait une préférence des médecins pour des consultations sur rendez-vous ce qui limitait d'une part l'attente des patients et d'autre part offrait une meilleure anticipation sur la journée aux médecins et la possibilité de gestion des consultations non programmées. Toute fois pour promouvoir le bon déroulement de cette organisation, les consultations considérées comme non urgentes, à plusieurs motifs ou nécessitant un suivi particulier (exemple : suivi du nourrisson, suivi de pathologies chroniques...) doivent être programmées à l'avance et seront ainsi mieux appréhendées par le médecin³⁵.

Dans la thèse d'exercice du Dr Sofia CHAABANE nous retrouvons chez les médecins l'adaptation de leurs temps de consultation en fonction des motifs, d'autres choisissaient même des moments de période creuse de l'année pour les rendez-vous longs (par exemple examen des pieds diabétiques en été)³⁹

b) Avertir le patient de l'attente :

Un médecin remplaçant stipulait que les secrétaires sur place pouvaient prévenir les patients du retard, un système de SMS via Doctolib existait pour les téléconsultations. Cela permettait au patient de se réorganiser. Dans le travail de Thèse du Dr COIFFIER on retrouve l'aide du secrétariat pour prévenir les patients du retard, voire de décaler les rendez-vous si besoin³⁸.

c) Les freins :

Plusieurs freins à l'organisation des consultations apparaissaient dans notre étude, le premier dont nous pouvons parler était le manque de médecin généraliste cité par deux médecins, selon eux l'allongement de créneaux de consultation ou le blocage d'autres n'étaient pas possible au vu de l'importante patientèle dont ils disposaient. On voit aussi cette limite à l'organisation dans l'étude du Dr CHAABANE, la demande de soins croît d'année en année tandis que le nombre de médecin généraliste en activité régulière diminue³⁹. De plus la répartition des médecins généralistes est inégale sur le territoire français, il y aura davantage de difficulté pour les régions en pénurie de médecin d'adopter ce mode organisationnel⁴⁰.

Le second point soulignait les limites dans l'anticipation du temps de consultation en fonction du motif ou du patient. En effet les médecins pouvaient prévoir un temps plus long pour certains patients ou motifs qu'ils connaissaient, mais cela n'était pas toujours faisable étant donné l'imprévisibilité des situations rencontrées dans la journée, les urgences possibles (téléphoniques ou présentesielles), les interruptions de consultation. Le travail de thèse du Dr Fen Me Hu sur « l'organisation du temps de travail en médecine générale » retrouvait qu'en plus de leur activité de diagnostic et de soins, les médecins généralistes doivent accomplir de multiples tâches non médicales, chronophages et ne relevant pas systématiquement de leurs compétences⁴¹.

Des méthodes sont adoptées par les médecins afin de limiter le retard. Cependant l'imprévisibilité du métier et la croissance de la demande de soins font que le retard est inhérent à l'exercice de la médecine générale, croire que nous pourrions l'éradiquer est utopique.

2. Gestion du conflit

Afin de limiter les conflits avec leur patient, les médecins qui avaient accumulé du retard proposaient des solutions qu'ils essayaient d'appliquer dans leur exercice :

a) Prendre en considération l'attente du patient :

Expliquer au patient les raisons de son attente était une solution chez huit de nos médecins interrogés afin que le patient comprenne davantage, un médecin remerciait les patients d'avoir attendu, deux s'excusaient pour le retard, deux demandaient au patient leurs impératifs et deux essayaient de rendre l'attente des patients plus agréable en les occupant. Tous ces éléments aidaient à ce que le patient se sente plus considéré. Nous retrouvons dans l'étude du Dr CHAABANE des médecins s'excusant pour le retard, d'autres qui faisaient de l'humour avec les patients, et certains qui proposaient de quoi s'occuper³⁹. Il est mis en évidence de plus dans le travail du Dr Clara METOIS portant sur « Le point de vue de patient sur le retard de leurs médecins », une baisse du temps perçu et donc des sentiments négatifs liés à l'attente, lorsque l'attente est occupée⁴². On remarque de plus dans son travail que les patients comprennent que le médecin ait du retard en fonction du motif, comme la prise en charge en urgence d'une personne par exemple.

Les méthodes énoncées peuvent apaiser le patient et limiter son mécontentement face à l'attente

b) Proposer des créneaux de consultation au patient :

D'autres conseillaient aux patients de revenir sur des créneaux où il y a moins d'attente en cas d'obligations ultérieures, et ainsi éviter les tensions. Dans l'étude du Dr CHAABANE ainsi que celle du Dr VALLE, il est possible d'observer du retard cumulé sur la journée notamment en fin de demi-journée (fin de matinée et fin d'après-midi)³⁵⁻³⁹. Nous avons les mêmes constatations dans nos résultats.

La connaissance de la répartition temporelle du retard peut aider les médecins à fixer d'autres rendez-vous pour leur patient à des périodes plus adaptées.

c) Ne pas entrer dans le conflit :

Quatre des médecins de l'étude préféraient ne rien dire et changer de sujet si le patient exprimait son mécontentement afin de se concentrer sur la consultation. Le travail du Dr CHAABANE relève d'ailleurs que quand un patient exprimait son mécontentement face à l'attente, et que les médecins répondaient à ces remarques, cela pouvait être à l'origine de tensions entre le soignant et le soigné³⁹. On note de plus dans le travail du Dr COIFIER que l'état d'esprit des patients pouvaient changer une fois rentrer dans le vif du sujet de la consultation³⁸.

Ne pas toujours prendre en compte les remarques des patients vis-à-vis de l'attente évite au médecin de s'éterniser et risquer le conflit.

Face à un patient ayant attendu, prendre en considération son attente, lui proposer d'autres créneaux de rendez-vous plus adaptés ou éviter au maximum de répondre à leurs remarques pourraient être des solutions pour désamorcer un conflit naissant et ainsi favoriser le bon déroulement de la consultation.

3. Optimisation de l'attente

Comme nous l'avons vu plus haut, l'attente en salle d'attente est parfois inévitable, nous pouvons cependant la reconsidérer en transformant cette attente passive en une attente active. Plusieurs méthodes ont été proposées dans l'article de Can Fam Physician « l'attente en salle d'attente, de nuisance à opportunité »⁴³.

La première serait l'utilisation de questionnaires validés :

Les patients pourraient passer l'attente avant la consultation à remplir des questionnaires validés, y compris des outils de dépistage comme ceux utilisés pour la dépression, pour l'hypertrophie bénigne de la prostate, les sondages sur la prise en charge continue et le contrôle des symptômes pour des problèmes comme la maladie pulmonaire obstructive chronique ou pour la douleur au dos. Ces outils pourraient améliorer l'efficacité de la consultation et la qualité des soins de quatre façons. Premièrement, si le patient répond à des questions standards et spécifiques à la maladie avant la consultation, le médecin a plus de temps pour répondre à ses préoccupations spécifiques et donner des explications. Deuxièmement, l'utilisation répétée d'un questionnaire validé permet de surveiller la progression à long terme de la maladie chronique ou l'efficacité du traitement. Troisièmement, en remplissant eux-mêmes les questionnaires, les réponses des patients sont plus franches car ils se sentent plus à l'aise de répondre sur papier à des questions délicates qu'en face à face avec le médecin⁴⁴. Quatrièmement, l'utilisation d'outils systématiques et validés peut assurer que le médecin ne passe pas à côté de questions importantes ou ne se laisse pas distraire par d'autres plaintes du patient⁴³.

Il y a aussi la possibilité de mettre à disposition des fiches de questions à poser ou encadrement :

Si on demande aux patients de prendre un moment pour dresser la liste de leurs objectifs pour ce rendez-vous et d'établir leurs priorités avant de voir le médecin, les visites pourraient être plus ciblées et le nombre de problèmes « supplémentaires » à la fin de la rencontre serait réduit. Une

méta-analyse d'études randomisées contrôlées a fait valoir une hausse statistiquement significative de la satisfaction des patients lorsqu'ils établissaient leurs objectifs dans la salle d'attente avant de voir le médecin (différence moyenne standardisée de 0,09, IC à 95 % de 0,03 à 0,16)⁴⁵. Ces fiches d'objectifs aidaient les patients à verbaliser ce qu'ils souhaitaient obtenir de la consultation avec leur médecin et permettaient au médecin d'adapter le rendez-vous pour mieux répondre aux objectifs souhaités. Cette transparence de la consultation a démontré que les buts étaient plus probablement atteints s'ils étaient fixés avant la visite⁴³.

Enfin l'idée d'installer du matériel éducatif pour les patients⁴⁶

La salle d'attente est un endroit idéal pour offrir aux patients du matériel d'information sur leur santé⁴⁶. La plupart des patients veulent des renseignements sur leur santé mais ne sont pas certains de savoir quelles sont les meilleures sources pour se renseigner. En plus d'avoir des renseignements généraux dans la salle d'attente, il est aussi possible de fournir des renseignements plus ciblés en fonction des besoins individuels. Les médecins pourraient assigner du matériel en fonction du patient. Cette démarche permet au patient de passer en revue du matériel éducatif pertinent avant la consultation, ce qui laisse plus de temps durant la visite pour discuter de questions et de préoccupations plus précises. On a signalé que l'intervention éducative dans la salle d'attente avait amélioré la communication entre le médecin et le patient, ainsi que la prise de décisions partagées⁴⁷.

Ses différentes méthodes n'ont pas été citées par les médecins durant les entretiens, elles pourraient être des solutions pour rendre l'attente moins pénible et optimiser le temps de consultation. On peut cependant supposer que des limites financières, les différentes dispositions rencontrées des salles d'attentes entrent en compte.

4. Attente vue comme une qualité de soin

Il est retrouvé dans la littérature que l'attente peut engendrer chez certains patients du respect pour leur médecin⁴⁸. La relation médecin-malade peut donc être modifiée par le retard, mais pas uniquement de manière négative. Dans l'étude de Nicolas CHRISTOPHE, nous voyons que le temps d'attente est un critère de choix de leur médecin traitant pour seulement 25% des patients, et que seulement 15% d'entre eux changeraient de médecin à cause d'un temps d'attente qui ne leur conviendrait pas. L'attente supérieure à trente minutes apparaît comme un facteur de qualité

de soins du médecin aux yeux des patients⁴⁸. On peut aussi imaginer que la patientèle finit par s'adapter au retard du médecin et à l'accepter.

C. PATIENT AYANT UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE OU ADDICTIVE :

1. Connaissance de la pathologie du patient :

Dans nos entretiens les limites retrouvées pour la prévention du conflit avec des patients ayant une pathologie psychiatrique et/ou addictive étaient principalement le défaut de connaissance des patients ou de leurs pathologies par les médecins interrogés. L'impression de ne pas être assez formé pour faire face à ces situations rendait mal à l'aise trois médecins. Or les médecins généralistes constituent une première ligne importante dans l'organisation des soins⁴⁹. La World Organisation of National Colleges and Academies of family Doctors (WONCA) définit le rôle comme une « réponse globale aux problèmes de santé dans leur dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle⁵⁰ ». Ils sont donc également en première ligne pour la prise en charge des troubles psychiatriques. Comme le décrit le Dr Charles-Henri HERNU dans sa thèse qualitative sur la « Prise en charge psychiatrique en médecine générale et coopération entre médecins généralistes et psychiatres » les pathologies psychiatriques ne sont pas toujours bien connus des médecins généralistes et peuvent entraîner un défaut dans la prise en charge du patient qui peut devenir conflictuelle⁵¹. Les médecins sentent un manque dans leur formation initiale ou continue sur ce domaine et donc un sentiment d'impuissance face aux patients et leur souffrance⁵¹.

Au-delà du défaut de connaissances nous pouvons aussi trouver une limite dans le fonctionnement du dispositif de médecine générale, illustré par le manque de temps consacré à ces patients pour l'établissement d'un diagnostic ou d'un suivi de qualité⁵¹⁻⁵²⁻⁵³. Dans notre étude aucun médecin n'a parlé de ce facteur.

Chez le patient toxicomane on peut retrouver dans la littérature, un refus de suivi par les médecins généralistes suite à un manque de connaissances de la pathologie, en revanche quand les patients étaient déjà connus par le médecin de famille cette réticence diminuait⁵³. Ceci est décrit par le Dr

Caroline ZABEL dans sa thèse portant sur « l'étude de la prise en charge des toxicomanes en médecine de ville ».

Aussi la formation est un préalable important pour apprendre à connaître les produits, les comportements, les troubles psychiatriques. Au-delà de la formation initiale, des formations sont organisées par différentes associations dans le cadre de la formation médicale continue où un travail sur des cas cliniques permet d'évaluer et de comparer les pratiques professionnelles dans des groupes de paires. Cette formation permettra de s'informer sur les consensus et les bonnes pratiques. Mais, comme l'explique Pascal Courty, si la formation est essentielle, trois qualités sont requises pour prendre en compte et prendre en charge un usager de drogues : « avoir d'abord soi-même réfléchi au problème de sa propre consommation, avoir envie de faire ce que l'on fait et être empathique »⁵⁴.

2. Présence d'une tierce personne physique :

Un médecin nous a fait part de son assurance dans la prise en charge des patients toxicomanes dû au fait qu'ils étaient plusieurs dans le cabinet et se retrouvaient rarement seul. Des réticences au suivi de ces patients étaient décrit dans la thèse du Dr ZABEL, par la crainte de la violence, et des antécédents de problème d'insécurité face à un patient toxicomane chez certains médecins interrogés au cours de son étude⁵³ ainsi que dans la thèse qualitative du Dr Amalia ALAME sur « les Médecins généralistes victimes de violence en cabinet : ressources utilisées pour faire face aux agressions »⁵⁵. Cependant ça n'était pas la majorité des cas soulignés.

3. Travailler avec le spécialiste :

Le travail pluridisciplinaire dans tous les domaines dont la psychiatrie reste primordial pour le suivi des patients, et permet d'éviter une rupture de soins et d'autres complications importantes comme une perte de confiance du patient, absence ou retard au diagnostic, non compliance ou mauvaise gestion du traitement⁵⁶. La HAS soulève plusieurs méthodes dont les interventions type « collaborative care »⁵⁷

- Approche pluriprofessionnelle : en général, un médecin généraliste, un professionnel spécialisé et un coordonnateur des parcours de santé.

- Programme de prise en charge structuré : guides ou protocoles de soins.
- Suivi programmé du patient : prédéfinition d'un calendrier de rendez-vous (adhésion au traitement, évolution des symptômes, etc.).
- Communication interprofessionnelle renforcée : réunions cliniques pluriprofessionnelles, dossiers médicaux partagés, etc.

Elle apporte ainsi au médecin généraliste la possibilité de suivre, avec une meilleure qualité de prise en charge, leurs patients entrés dans un réseau de soins. Dans notre travail certains adressaient directement les patients aux spécialistes.

Mais la disponibilité des spécialistes n'est pas la même partout et il arrivait que des médecins se sentent isolés et face à une impasse devant les patients, sans avoir d'avis spécialisé⁵¹⁻⁵³⁻⁵⁶

Il pourrait donc être important d'organiser des temps de concertation entre les structures psychiatriques prenant en charge le patient, qu'elles soient publiques ou privées, et le médecin traitant. Cela permettrait de mieux impliquer les généralistes et d'établir une prise en charge à la lumière des différents avis et compétences professionnelles⁵¹. Nous retrouvons davantage ce système de pratique dans les maisons de santé pluriprofessionnelles incluant un psychiatre ou psychologue.

D. FACE A UNE DEMANDE JUGEE INAPROPRIEE

Le refus face à une demande jugée inappropriée est une situation évoquée dans tous les entretiens fait, souvent présente en médecine générale cette situation peut être source de conflit, ce qu'on a retrouvé dans plusieurs travaux cités auparavant¹⁵⁻²⁰⁻⁵⁵.

1. Communication avec le patient :

Les médecins de notre étude ont priorisé l'explication au patient ainsi que la recherche d'un compromis pour limiter les conflits. Dans le premier cas, le refus n'était pas laissé sans explication

au patient que ce soit sur une prescription médicamenteuse, un arrêt de travail, un certificat médical... Ils soulevaient de plus le fait de prendre le temps de comprendre la demande du patient, savoir dans quelle condition cette demande s'inscrit. Comme décrit les Dr LEVASSEUR G et SCHWEYER FX. dans leur thèse quantitative sur « Les demandes des patients jugées "non fondées" par les médecins » ce n'est pas le refus lui-même qui provoque ce conflit mais le manque de temps pris par le médecin pour écouter le patient et expliquer les raisons du refus dans un langage adapté au patient⁵⁸. Cela permettait ainsi de conserver une bonne relation médecin/patient après le refus. Dans notre étude les médecins ont abordé des stratégies de communication verbale, mais aucune stratégie de communication non verbale n'a été rapportée. Les stratégies de communication verbale ne sont pas toujours connues des médecins généralistes, la communication non verbale joue aussi un rôle majeur dans la relation².

Dans le second cas, les médecins trouvaient un terrain d'entente avec leur patient, quand cela était possible, afin que les deux parties soient satisfaites. On retrouve dans le travail du Dr Carole SARRAZIN quatre typologies différentes des attitudes face au patient : le repli, la soumission, l'attaque et la négociation. Il en ressort que la négociation présente l'avantage d'être fondée sur le dialogue, associée à la métacommunication - expression sur la relation - elle facilite l'apaisement du conflit¹⁵. Elle ne présente pas de problème d'ordre éthique ou juridique, sous réserve qu'elle n'aboutisse pas à une prescription illégale. Elle nécessite du temps, des compétences en communication, de l'énergie¹⁵. La négociation peut être difficile sur l'instant, mais elle permet d'aller vers le bien du patient et d'apaiser le conflit¹⁵. Dans l'étude du Dr Maria LOFTI-PELLERIN la négociation et le compromis étaient des solutions trouvées par les médecins essentiellement face à une demande d'arrêt de travail⁵⁹. Notre travail a fait ressortir les négociations pour les arrêts de travail et la prescription d'antibiotique essentiellement quand les médecins donnaient des exemples.

Au total le temps d'écoute du patient et l'explication des raisons du refus dans un langage adapté sont essentiels pour une bonne relation médecin/patient, la négociation, quand elle est possible, permet d'apaiser les conflits et ainsi éviter les violences.

2. Prendre sur soi :

Face à un refus qui allait au conflit quatre médecins adoptaient la stratégie de la prise sur soi dans la gestion du conflit, pour ne pas envenimer la situation. Le Dr C. SARRAZIN énonçait plusieurs attitudes non verbales face à une situation de conflit dont : le calme et la froideur. Le calme

permettait d'apaiser les tensions mais il était important d'établir un rapport d'égalité avec le patient et ne pas se mettre en situation de soumission¹⁵. On le voyait de plus dans le travail du Dr Maria LOFTI-PELLERIN, et celui du Dr Amalia ALAME, garder un ton calme avec le patient était une mise en condition adéquate face au conflit⁵⁵⁻⁵⁹.

L'équilibre est nécessaire au dialogue. Il implique un recadrage en cas d'insulte⁶⁰. C'est la règle des « 3P » : politesse-parité-patience⁶¹.

Prendre sur soi est une stratégie permettant de désamorcer le conflit, notamment dans les situations pouvant aller jusqu'à la violence. Il est cependant important de garder un rapport d'égalité avec le patient, car ne pas réagir du tout fait prendre le risque de se laisser déborder par l'agressivité.

3. Rester sur ses positions / ou céder :

Le médecin doit parfois accepter les refus du patient. Il doit aussi savoir dire non. Poser des limites évite les demandes abusives. Dire non, ce n'est pas dire « oui mais », ce n'est pas dire « je ne peux pas » mais « je ne vais pas ». Parfois le « non » doit être répété. Dire non n'empêche pas de montrer son empathie¹⁵⁻⁵⁹, le refus est plus facilement accepté par les patients quand ceux-ci connaissent les raisons⁵⁸. Dans notre études les médecins qui restaient sur leur position avançaient le fait que céder était la porte d'entrée de problèmes ultérieurs, mettre des barrières par moment était aussi important pour une relation saine avec leurs patients. Le travail de thèse du Dr Chloé BOUCHACOURT souligne que l'affrontement verbal apparaît comme une solution permettant de replacer le patient dans une relation médecin-malade équilibrée⁶². Dans l'étude du Dr LOFTI-PELLERIN, ne pas céder aux demandes des patients avait un intérêt pour le patient au niveau de sa santé, sa vie socioprofessionnelle et son éducation, cela permettait de le protéger face à certaines situations⁵⁹. L'intérêt était aussi pour le médecin (sécurité et éducation de sa patientèle) et pour la société (intérêt sanitaire et financier notamment)⁵⁹. Notre étude n'a pas évoqué cet aspect-là.

Rester sur ces positions est une façon de garder une relation saine avec son patient, cela permet aussi de le protéger de certaines situations et de protéger le médecin par la même occasion.

D'un point de vue déontologique le refus est également évoqué par « la clause de conscience ». Elle est, pour le médecin, le droit de dire « non » dans certaines circonstances qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques. Ce droit au refus de soins est assorti de devoirs complémentaires essentiellement centrés sur « une information claire, loyale et appropriée » (Article R.4127- 35)⁶³.

La clause de conscience permet donc au médecin de soigner tous ses patients en son âme et conscience, et en toute sérénité, dans l'esprit de l'article R.4127-2 du code de déontologie médicale : « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort »⁶³. Il lui est accordé la possibilité légale de refuser ces soins lorsque, dans le cadre de ses convictions intimes, il l'estime tout simplement nécessaire. Le médecin n'est donc pas tenu de satisfaire toutes les attentes de son patient du moment que cela ne conduise pas à le nuire, et que la décision soit toujours guidée par une volonté de bienveillance et d'empathie⁶². Dans ce cas, on peut légitimement penser que le « non » fait partie du rôle du médecin, non pas un « non répressif » mais un « non éclairé et modérateur ».

L'attitude qu'a le médecin face au refus est dépendant de la relation qu'il entretient avec son patient et de la situation dans lequel il se trouve. Lors de nos entretiens un médecin a exprimé qu'il préférerait céder à la demande si la situation présente un réel danger mais avertir les autorités compétentes directement après. D'autres ont rapporté être moins rigide avec les patients qu'ils connaissaient déjà par rapport aux nouveaux patients. On pouvait aussi noter une différence en fonction de l'humeur du médecin évoluant dans la journée ou la semaine. La même observation était faite dans le travail du Dr LOFTI-PELLERIN, face à un patient trop agressif des médecins cédaient à leurs demandes et s'arrangeaient pour ne plus jamais les revoir⁵⁹. D'autres avaient du mal à dire « non » quand la relation avec leur patient était de longue date ou plus intime. Ils reconnaissaient malgré tout avoir l'impression de se faire parfois un peu manipuler par ces patients-là. Le travail du Dr Amalia ALAME met aussi en évidence la difficulté des médecins de dire non dans certaines situations, de peur d'être agressé ou du fait d'une relation « privilégiée » avec le patient.

Malgré le caractère positif que peut avoir le refus et le maintien de celui-ci face aux patients, nous avons en médecine générale autant de situations différentes que de patients, les rapports avec les patients n'étant pas égaux, l'attitude des médecins face à une demande jugée inappropriée peut varier en fonction du patient, de la situation dans laquelle il se trouve et de son humeur.

E. INCOMPREHENSION FACE A UNE PRISE EN CHARGE :

1. Echange entre patient et professionnel de santé

Parfois source de malentendu, la prise en charge d'un patient nécessite un échange clair entre le soignant et le soigné, notamment l'écoute active du patient, prendre en compte le patient et son environnement, lui fournir des explications concernant sa pathologie, les possibilités de soins, les différentes conduites à tenir avec un niveau de langage qui lui soit adapté, ce qu'ont souligné les médecins interrogés. Il est aussi important que le patient demande des précisions sur les points qu'il n'a pas compris. Dans la méthode « approche centrée sur le patient » la collaboration et la communication efficace sont considérées comme les clés pour l'engagement du patient⁶⁵. C'est une approche basée sur une écoute active et attentive afin de susciter des émotions, des perceptions et des connaissances du patient, tout en posant des questions ouvertes, en explorant le désir du patient d'apprendre ou de réaliser des modifications de son mode de vie et en soutenant la formation en auto-efficacité⁶⁵. Notre étude a abordé ces différents points d'adaptation de soins en fonction du patient, ce qu'il veut et ce qu'il a compris, tout en s'assurant que des explications claires et adaptées aient été fournies au patient.

Malgré cet effort d'échange plusieurs freins sont relevés par les médecins, nous pouvions noter le blocage émotionnel du patient l'empêchant d'intégrer ce qui lui est dit, une difficulté d'échange face à certains patients ainsi qu'une analyse de la situation trop différente entre le patient et son médecin. Nous retrouvons dans l'étude du Dr BOUCHACOURT une attitude de repli des médecins face aux patients dit « heartsink » « patients difficiles »⁶². Le repli permet de ne pas subir les conséquences d'un affrontement direct mais, à terme, l'absence de communication empêche le règlement du conflit⁶⁶. Le manque d'empathie associé à un conflit latent peut favoriser le désinvestissement du médecin dans la relation et donc altérer la qualité des soins.

La communication entre le patient et son médecin en ce qui concerne la prise en charge du patient aide à mieux connaître les possibilités de soins qui s'offre au médecin en fonction du patient, de ce qu'il comprend et ce qu'il peut faire. Cela prévient les malentendus, les défauts d'observances et les décisions de soins non adaptées au patient. Cependant, en fonction du patient, du médecin ou de la situation, cet échange peut ne pas être suffisant, des impasses se forment entre les décisions du médecin et le souhait du patient et font place à une rupture entre soignant et soigné.

2. Patient acteur de sa santé

Le partage des responsabilités et le travail en collaboration avec le patient sont des éléments cités par les médecins de notre étude dans la prise de décision pour le patient. Pour cela la communication entre médecin et patient vue précédemment est primordiale afin que le patient ait les clés nécessaires pour participer à son plan de soin. Un médecin de notre étude a appuyé le fait que rendre le patient acteur de sa santé favorise l'observance et limite les risques de complications. On note cet aspect dans le travail de thèse du Dr Brice TRAIN sur « l'éducation thérapeutique du patient en médecine générale » : « l'éducation du patient à sa maladie s'intéresse aux seuls comportements du patient face à sa maladie. Il y est évoqué son traitement ainsi que la prévention des complications et rechutes. Mais elle s'intéresse également à l'acceptation et à la gestion par le patient de son état avec l'ensemble de ses problèmes quotidiens »⁶⁷. La gestion d'une pathologie chronique nécessite un investissement du malade qui doit apprendre à vivre avec, comprendre sa maladie, savoir adapter son traitement par rapport à son projet de vie, conserver son « capital santé » optimum. Il doit donc être éduqué, accompagné, voire même encouragé, et certainement pas culpabilisé⁶⁸. Le rôle du médecin et de tous les « soignants » consiste à permettre au patient de devenir acteur de sa santé. Les outils aujourd'hui sont repérés, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement, le parcours de santé, la coordination des acteurs⁶⁸. L'éducation thérapeutique est complémentaire de l'information, une information seule ne suffit pas à rendre le patient autonome⁶⁹. L'information induit un comportement passif du patient dans sa prise en charge, et n'est ainsi pas équivalente à l'éducation thérapeutique qui incite le patient à devenir acteur de sa santé afin d'intervenir dans les décisions⁶⁹. Le but étant que le patient acquière une autonomie dans la gestion de sa maladie son traitement et prévention des complications, des compétences d'auto-soins : réaliser les gestes techniques et les soins, mettre en œuvre des modifications à son mode de vie... et des compétences d'adaptation : « s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales »⁷⁰⁻⁷¹. L'éducation thérapeutique doit être proposée à toute personne (enfant avec ses parents, adolescent et adulte quel que soit leur âge) ayant une maladie chronique, et ce, quel que soit le type ou le stade d'évolution de sa maladie. Les proches du patient (parents, enfants, conjoint, fratrie, personne de confiance...) peuvent être associés à cette démarche d'éducation thérapeutique du patient s'ils le souhaitent⁶⁹.

L'HAS a défini une liste de critères de qualité non exhaustive afin de garantir une qualité minimale pour chaque programme d'ETP⁶⁹ :

- être centrée sur le patient : intérêt porté à la personne, respect de ses préférences, concerner la vie quotidienne du patient, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux
- être scientifiquement fondée et enrichie par les retours d'expériences des patients et de leurs proches
- être un processus permanent, qui est adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient
- être réalisée par des soignants formés à la démarche d'éducation thérapeutique du patient
- être construite sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé s'adapter à son rythme d'apprentissage
- impliquer autant que possible les proches du patient
- être définie en termes d'activités et de contenu, être organisée dans le temps, réalisée par divers moyens éducatifs (techniques de communication centrées sur le patient, séances collectives ou individuelles, accessibilité à une variété de publics, utilisation de techniques pédagogiques variées)
- être multi-professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle, intégrer le travail en réseau ; inclure une évaluation individuelle de l'ETP et du déroulement du programme

Notre travail n'a pas appuyé l'importance d'intégrer le patient dans un système d'éducation thérapeutique et la formation des médecins généralistes à ce concept pour les maladies chroniques.

Travailler avec le patient grâce à l'éducation thérapeutique lui apporte une meilleure compréhension des différentes étapes de sa pathologie, le rend plus autonome ce qui permet de prévenir l'inobservance et les complications.

3. Prise en charge pluridisciplinaire

Dans les prises en charges de patients polypathologiques ou ayant une pathologie chronique les médecins interrogés privilégiaient le travail en équipe, présence d'infirmières, de kinésithérapeutes, de spécialistes ainsi que des équipes sociales : assistantes sociales, services sociaux... afin d'avoir un suivi global du patient, lui accorder la possibilité de s'adresser à différentes personnes en cas de besoin et ne pas méconnaître un défaut d'observance ou un manque de compréhension. D'après l'OMS, un travail d'équipe efficace dans la dispensation des soins peut

avoir un impact positif et immédiat sur la sécurité des patients. Il est de plus en plus important de pouvoir compter sur des équipes efficaces en raison des facteurs suivants : l'augmentation de la complexité et de la spécialisation des soins ; les comorbidités en hausse ; l'incidence croissante des maladies chroniques⁷². Le Dr Maria GRYLLAKI souligne dans son travail de thèse l'avantage pour un médecin d'être entouré, lors de la prise en charge d'un patient, en stipulant que « cela les aide à éclaircir leur point de vue, à apaiser leurs émotions, à confirmer la qualité de la prise en charge et avoir un avis professionnel objectif. Le recours à un tiers spécialisé est également considéré comme utile »⁶⁵. Ces mêmes notions sont énoncées dans le travail du Dr C. SARRAZIN¹⁵.

Le travail pluridisciplinaire est un confort pour le médecin généraliste dans son parcours avec le patient, cela lui permet de ne pas être isolé dans les décisions, renforcer l'observance du patient en lui offrant la possibilité de s'adresser à plusieurs intervenants. Ce travail nécessite une coordination et communication efficace entre les différents membres sinon cela pourrait devenir délétère pour le patient⁷².

F. FACE A UN LITIGE MAJEUR

1. Recours aux forces de l'ordre :

Quand les médecins interrogés se sentaient démunis face à une situation violente ils avaient recours aux forces de l'ordre. On retrouvait une réaction similaire dans le travail de thèse du Dr A. ALAME⁵⁵.

D'après les résultats de l'observatoire de la sécurité des médecins d'avril 2019, Les Conseils départementaux de l'Ordre ont lancé des expérimentations pour améliorer la sécurité du corps médical. A Limoges, un bip de géolocalisation permettant d'alerter les forces de l'ordre a été proposé aux médecins de ville. Ce dispositif sera progressivement étendu à tous les médecins de la Haute-Vienne. En Ile-de-France, le Conseil régional de l'Ordre développe une application qui permet d'alerter et de faciliter l'intervention des forces de l'ordre en cas d'urgence²³.

Face à des situations violentes ou à risque de dégénérer le recours aux forces de l'ordre semble être un moyen de dissuasion et de protection pour les médecins.

2. Rompre l'alliance

Souvent exprimé en derniers recours durant nos entretiens, la rupture de l'alliance avec le patient était une solution quand les demandes devenaient trop récurrentes malgré les explications des médecins, ou face à des patients insistants et étant constamment dans le conflit. Cette rupture permettait ainsi d'éviter les violences d'une relation qui se dégradait progressivement. Trois médecins demandaient avis au conseil de l'ordre avant d'en informer les patients pour connaître les démarches à suivre et les conditions de rupture.

Nous retrouvons ces mêmes résultats dans les travaux cités ci-dessus¹⁵⁻²⁰⁻⁵⁵⁻⁵⁹. La difficulté était directement liée à la relation que le médecin avait avec son patient, la rupture étant plus facile quand le patient est peu connu du médecin.

Cette rupture de l'alliance et l'exception de l'interruption de la continuité des soins est régie par le code de santé publique dans l'article suivant⁶³ :

Article R.4127-47 : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

La rupture de l'alliance ne vient pas que du médecin elle est aussi initiée par les patients, un médecin interrogé disait se rendre compte que le patient avait changé de médecin traitant après plusieurs refus de sa part. Le travail de thèse du Dr Julien MULOT sur le désaccord dans la relation médecin / patient, du point de vue des patients, montre que certains patients exprimaient leur tendance à changer de médecin en cas d'insatisfaction⁷³.

Souvent vu comme un échec, il est cependant important de savoir rompre une relation, la poursuite de relation ne doit pas se faire au détriment de la qualité des soins. Mieux vaut arrêter la relation si nous avons conscience des conséquences néfastes pour le patient ou pour le médecin traitant.

G. CHOIX DU MEDECIN TRAITANT

Nous finissons la discussion des résultats par un point qui semble incontournable dans la prévention du conflit : la liberté de choisir son médecin traitant en France. Cette notion a été rapportée dans notre travail comme étant essentielle pour le médecin et son patient à partir du moment où les deux partis sont en accord pour travailler ensemble. Si l'un des deux n'est plus satisfait de la relation il peut la rompre comme vu précédemment. Cela évite les conflits non résolus qui risquent de se compliquer en violence. La déclaration du médecin traitant résulte d'une double liberté de choix. Le patient est libre de choisir son médecin traitant, il n'y a pas de durée fixée ni imposée par cet engagement. Le patient peut donc aussi décider de changer de médecin traitant s'il le souhaite et devra alors choisir un autre médecin traitant et faire une nouvelle déclaration⁷⁴. Le médecin a lui aussi une liberté de choix qui lui donne la possibilité de refuser une demande de déclaration de médecin traitant. De même, le médecin est libre de changer d'avis et de décider de ne plus être le médecin traitant : il devra en parler avec le patient et lui expliquer ses raisons⁶³⁻⁷⁴.

IV. OUVERTURE DU SUJET :

De nombreux éléments de prévention des conflits et des violences sont ressortis de ce travail, il pourrait être intéressant de se concentrer sur les différentes modalités qui puissent être mises en place dans un cabinet de médecine générale ou durant l'exercice du médecin afin de se protéger face à une menace, mais aussi connaître les attitudes adoptées par les médecins après avoir subi des violences. Les secrétaires médicales étant régulièrement en première ligne nous pourrions de plus nous intéresser à leurs relations avec les médecins généralistes ainsi qu'à la place qu'elles tiennent entre le médecin et le patient.

CONCLUSION

Cette étude qualitative a permis de mettre en évidence l'importance de la qualité et la conservation de la relation médecin/patient. Même s'il est parfois difficile de l'entretenir par manque de temps des médecins, elle évite au conflit de se transformer en violence, en apaisant les tensions et la possibilité de trouver des alternatives qui s'adaptent au médecin et son patient. Ainsi prendre le temps de connaître son patient assure au médecin une prise de décision qui sera adaptée et prévient les désaccords. Communiquer, expliquer, échanger avec le patient, le considérer comme acteur de ses soins sont également des aspects importants de la relation, elle lui apporte une meilleure gestion de sa maladie et ses traitements et limite les incompréhensions face à sa prise en charge. Nous avons de plus vu que la structure de soins dans laquelle le patient est accueilli a aussi toute son importance, aussi une facilité de stationnement, un accueil par des secrétaires qui peuvent répondre à leurs questions, une attente dans un espace confortable, tout cette ambiance offre au patient malade une sérénité. Beaucoup d'astuces sont mises en place par les médecins afin de limiter l'attente des patients ou de faire en sorte que cette attente soit mieux vécue. Là aussi le mécontentement et l'agressivité pourraient être prévenus. Face à un patient ayant une pathologie psychiatrique ou addictive certains médecins se retrouvent démunis par manque de connaissance du patient ou de sa maladie et adressent plus facilement le patient à un confrère pour lui assurer une meilleure prise en charge et éviter les malentendus. D'autres posent des règles dès le début avec le patient et ainsi limitent les possibles débordements. Enfin face à certaines situations malgré les efforts fournis par le médecin, la relation se dégrade, le patient ou le médecin peuvent en souffrir, il est alors nécessaire de rompre l'alliance avant que cela ne soit délétère.

Cette approche nous a permis d'établir une liste non exhaustive de conseils aux jeunes médecins. Afin de valider ces données en les appliquant à un échantillon représentatif de médecin, une étude quantitative pourrait être réalisée en se basant sur les éléments cités dans cette étude.

En France nous avons la chance de pouvoir choisir son médecin traitant, cette liberté satisfait l'envie d'un patient d'être suivi par un médecin plutôt qu'un autre, un médecin qui correspond au patient. Il est aussi possible (comme indiqué précédemment) de rompre l'alliance avec un patient quand celle-ci est délétère pour l'un des deux, ou les deux partis. Nous sommes donc souvent le meilleur médecin pour nos patients et ils sont les meilleurs patients pour leur médecin.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Arlet Philippe, Nicodème Robert, Delpla Pierre-André, Florent Trapé, Hélène Hanaire-Broutin, Sylvie Cadroy. La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale. 2001; <https://fr.scribd.com/document/407837136/01-poly-item01-pdf>
- 2- Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient Bastien Sala octobre 2018 étude qualitative : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01996482/document>
- 3- Code de déontologie médicale novembre 2019 Figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112 <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- 4- Empathie, Carl Rogers, Psychothérapie et relations humaines. (1962) Vol. 1, p. 197)
- 5- Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. ERPI; 2005 <file:///C:/Users/linen/Downloads/VolumeCommunicationPrfaces-intro-chap1.pdf>
- 6- l'écoute et la relation de confiance : prérequis à l'autonomie des patients et à la décision médicale partagée, Isabelle PELISSON, MBA communication et santé EFAP mars 2019 <https://festivalcommunicationsante.fr/l-ecoute-et-la-relation-deconfiance-prerequis-a-l-autonomie-des-patients/>
- 7- Maïlys Gonsolin dans son travail de thèse en 2019 à Montpellier sur « les impressions et les attentes des patients concernant le cabinet de leur médecin généraliste »
- 8- Vinas, Marie (2017) *L'évolution de la relation patient-praticien de l'antiquité à nos jours en médecine et en odontologie*. Thèse d'exercice en [Thèses > Dentaire](#), Université Toulouse III - Paul Sabatier. <http://thesesante.ups-tlse.fr/1985/1/2017TOU33057.pdf>
- 9- Société française de médecine générale sociologie et anthropologie 2007 : http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/48/fichier_dr64_art_vega3f210.pdf
- 10- Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. *Ethique et santé*. 2008; 5: 165-72.
- 11- Mantz JM, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant Soigné. *Bull. Acad. Natle Méd.* 2006; 190(9): 1999-2012. <http://www.academie-medecine.fr/06-18-importance-de-la-communication-dans-la-relation-soignant-soigne/>

- 12- Bull. Acad. Natle Méd., 2007, 191, no 8, 1491-1496, séance du 6 novembre 2007
<http://www.academie-medecine.fr/la-nouvelle-relation-medecin-patient-et-lavenement-de-lautodiagnostic/>
- 13- Curchod C. Relations soignants-soignés. Prévenir et dépasser les conflits. Elsevier Masson; 2009.
- 14- Galam E. Relation médecin-malade : pour le meilleur et pour le pire. Médecine. 2009;5(5):231-4.
- 15- Thèse qualitative de Carole Sarrazin 2012 à Poitiers : « gestion de la relation médecin patient conflictuelle en médecine générale » <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/c2bf807b-33a4-4673-840b-732113b5a0bd>
- 16- Thèse d'exercice de Gaëlle Bourcereau, Charlotte Pesenti Dépalle, Grenoble 2017: Peut-on prévenir le conflit en médecine générale ? Étude qualitative sur le ressenti des patients en situation de désaccord <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01475219/document>
- 17- Organisation mondiale de la santé 2020
<https://www.who.int/topics/violence/fr/#:~:text=Th%C3%A8mes%20de%20sant%C3%A9,Violen,de%20d%C3%A9veloppement%20ou%20un%20d%C3%A9c%C3%A8s.>
- 18- HAS : Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_05_desamorçage.pdf
- 19- M. SCHETGEN Campus Erasme Département de Médecine générale, ULB :
[file:///C:/Users/linen/Downloads/rmb-1328%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/linen/Downloads/rmb-1328%20(2).pdf)
- 20- Travail de thèse de Sylvia OLIVE octobre 2012 Montpellier : Violence ressentie par les médecins généralistes : enquête qualitative dans les Pyrénées-Orientales
- 21- Observatoire de la sécurité des Médecins Mars 2019 : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/observatoire-securite-medecins>
- 22- Ordre des médecins www.conseil-national.medecin.fr “prévenir et gérer les conflits” novembre 2016 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/1jtsi/cnomconflit.pdf
- 23- Conseil national de l'ordre des Médecins: “résultats 2018 de l'observatoire de la sécurité des Médecins” Avril 2019: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/resultats-2018-observatoire-securite-medecins>
- 24- “introduction à la recherche qualitative”; Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart et le groupe de

- recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F ; exercer
2008;84:142-5 http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf
- 25- “ Recommandations méthodologiques et pratiques pour la rédaction et la soutenance des mémoires M2 en Sciences de gestion” , élaboré par Sophie Morin Delerm - maître de conférences en gestion habilitée à diriger des recherches - et par l’ensemble des membres du groupe de projet dédié : Jean-Paul Aimetti, Maurice Thévenet, Anne-Françoise Bender, Martine Carbonel, Thomas Durand, Frédérique Even-Hourelou, Philippe Jacob, Jean-Pierre Thépault. http://www.cnam.fr/medias/fichier/guide-memoire-master-mip-vf_1349449244987.pdf
- 26- Muchielli A, Paillé P. « *Analyse qualitative en sciences humaines et sociales* ». Armand Colin, 2008. <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=9hN6DAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Mucchielli+A,+Paill%C3%A9+P.+%C2%AB+Analyse+qualitative+en+sciences+humaines+et+sociales+%C2%BB.+Armand+Colin,+2008.&ots=NtxUzOGV5b&sig=xmxaPCNFjHGdGCinVNNFoxvNehQ#v=onepage&q=Mucchielli%20A%20Paill%C3%A9%20P.%20%C2%AB%20Analyse%20qualitative%20en%20sciences%20humaines%20et%20sociales%20%C2%BB.%20Armand%20Colin%202008.&f=false>
- 27- Hygin Kakai, « *Contribution à la recherche qualitative* ». Université de Franche-Comté, Février 2008 : <file:///C:/Users/linen/Downloads/recherche-qualitative-definition-but-et.pdf>
- 28- Britten N: “*Qualitative research: Qualitative Interview in Medical Research*”. BMJ, 1995 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550292/pdf/bmj00602-0049.pdf>
- 29- « L’accessibilité des cabinets des médecins généralistes PICARD pour la personne handicapée au regard des normes réglementaires, état des lieux, attitude des médecins ». Mai 2016, Sana EL MAQDADE-NEMMAOUI : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370432/document>
- 30- Les locaux des professionnels de santé : réussir l’accessibilité, janvier 2015 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_reussir_accessibilite.pdf
- 31- Conseil de l’ordre des médecins. Février 2005 <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/laccessibilite-cabinet-medical>
- 32- Florian BAPST, accessibilité des cabinets médicaux aux personnes présentant un handicap en France. Etat des lieux et ressenti par les médecins libéraux. Etude descriptive et

- analytique réalisée après la date limite du 27 septembre 2015
http://www.apima.org/img_bronner/THESE_ACCESSIBILITE_Bapst_R.pdf
- 33- Anne BOUSQUET accessibilité des cabinets de médecine générale aux personnes handicapées, état des lieux des cabinets de deux villes du VAL-DE-MARNE , novembre 2015 <https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/bousquet-these.pdf>
- 34- Guyot, Anne. « Représentation et enjeux de la salle d’attente : points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d’après une enquête qualitative ». Thèse d’exercice, Université de Nancy I. Faculté de médecine, 2010.
- 35- Florian VALLE étude quantitative novembre 2017 : gestion de la consultation non programmée en médecine générale avantage et inconvénient selon le mode d’exercice <http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/restAPI/preview/default/369e8996-1729-48e2-bc14-59f76f8eb3ea/default/>
- 36- Lugo, Ségolène. « Le bureau : élément de la personnalité du médecin et outil de communication avec ses patients : étude qualitative et iconographique ». Thèse d’exercice, Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine, 2014. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4815_LUGO_these.pdf
- 37- Munyejabo, Jean-Victor. « Comment les médecins généralistes libéraux hauts normands décident de l’organisation du temps, des outils et des ressources humaines associées à leur exercice professionnel? » Thèse d’exercice, Faculté mixte de médecine et de pharmacie – Rouen, 2017 ; s. d., 141 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01598008/document>
- 38- Anne COIFFIER avril 2010 « Représentation et enjeux de la salle d’attente : points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d’après une enquête qualitative » http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_COIFFIER_GUYOT_ANNE.pdf
- 39- Thèse d’exercice qualitative de Sofia CHAABANE septembre 2018 : le médecin généraliste en retard sur ses consultations, vécu et ressenti du médecin et impact sur sa prise en charge <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01886722/document>
- 40- Atlas de la démographie médicale en France janvier 2018, conseil national de l’ordre des médecins https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
- 41- Feng Me Hu « Organisation du temps de travail en médecine générale - Etude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ile et Vilaine » <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/499fd9d4-891c-4c93-b042-52eec21ae9b0?inline>

- 42- Clara METOIS « Le point de vue de patient sur le retard de leurs médecins », Mars 2013, étude quantitative : [file:///C:/Users/linen/Downloads/metois-MED13%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/linen/Downloads/metois-MED13%20(2).pdf)
- 43- L'«attente» dans la salle d'attente De nuisance à opportunité [Heather N. Sherwin](#), MBBS [Can Fam Physician](#). 2013 May; 59(5): e222-e224. French. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653670/>
- 44- Ahmad F, Hogg-Johnson S, Stewart DE, Skinner HA, Glazier RH, Levinson W. Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009;151(2):93–102. Cyberpub. du 1^{er} juin 2009 <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-151-2-200907210-00124>
- 45- Kinnersley P, Edwards A, Hood K, Cadbury N, Ryan R, Prout H, et al. Interventions before consultations for helping patients address their information needs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD004565. http://orca.mwe.cf.ac.uk/550/1/Interventions_before_consultations.pdf
- 46- Facteurs influençant l'affichage en salle d'attente des cabinets de médecine générale : enquête quantitative auprès de 50 médecins généralistes niçois Julie Chaperon septembre 2017 : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01588162/document>
- 47- Wolff LS, Massett HA, Weber D, Mockenhaupt RE, Hassmiller S, Maibach EW. Opportunities and barriers to disease prevention counseling in the primary care setting: a multisite qualitative study with US health consumers. *Health Promot Int*. 2010;25(3):265–76. Cyberpub. du 22 avril 2010 file:///C:/Users/linen/Downloads/Opportunities_and_barriers_to_disease_prevention_c.pdf
- 48- Nicolas CHRISTOPHE, retentissement de l'attente dans les cabinets de médecine générale au travers du ressenti des patients : enquête dans l'arrondissement de CHOLET, avril 2015 <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20030226/2015MCEM3478/fichier/3478F.pdf>
- 49- soins-de-sante-primaires.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf> https://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books_1558_0.pdf
- 50- The European Definition Of General Practice / Family Medicine [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/ebc8/c04024bf13bb9dff0f7602c24fe56f368d0e.pdf>
- 51- Prise en charge psychiatrique en médecine générale et coopération entre médecins généralistes et psychiatres. Etude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes du secteur de Saint-Quentin. Thèse soutenue publiquement à la faculté de Médecine d'Amiens

le mercredi 5 juillet 2017 par Charles-Henri HERNU : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01799436/document>

- 52- Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. Encycl Méd Chir, Psychiatrie,37-956-A-20,2002,6p. http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/735/fichier_psychiatrie_souffrance_psychique_et_medicine_generale2c092.pdf
- 53- Caroline ZABEL le 15 octobre 2008 ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES EN MEDECINE DE VILLE Enquête de pratiques professionnelles auprès des praticiens généralistes et des pharmaciens du secteur sanitaire de SaintNicolas-de-Port (Meurthe-et-Moselle). <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732938/document>
- 54- COURTY P., Intervenir en toxicomanie, Paris : La Découverte, 2005, 181 p. file:///C:/Users/linen/Downloads/VST_094_0040.pdf
- 55- Médecins généralistes victimes de violence en cabinet: ressources utilisées pour faire face aux agressions. Étude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes des Alpes-Maritimes Amalia Alamé <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01380955/document>
- 56- Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? InfPsychiatr. 12 juin 2014;90(5):359-71. file:///C:/Users/linen/Downloads/INPSY_9005_0359.pdf https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INPSY_9005_0359&contenu=article
- 57- HAS octobre 2018 : Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration : outils d'amélioration des pratiques professionnelles. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration
- 58- Levasseur G, Schweyer FX. Les demandes des patients jugées "non fondées" par les médecins. Rev Prat Med Gen. 2003; 17 (603):246-50. file:///C:/Users/linen/Downloads/Thses_Refusdeprescription.pdf
- 59- Un aspect de la relation médecin - malade les refus opposés aux demandes des patients: vécu de ces situations par le médecin généraliste installé et par le remplaçant, Etude qualitative, octobre 2014 <https://studylibfr.com/doc/6234559/totalit%C3%A9-de-la-th%C3%A8se-de-m.-lofti-pellerin---cmge>

- 60- Le médecin généraliste face à un patient agressif The general practitioner confronted with aggressive patients M. Schetgen Département de Médecine générale, ULB , rev med 2017; 38; 392-5 <file:///C:/Users/linen/Downloads/rmb-1328.pdf>
- 61- Association Canadienne de Protection Médicale. Améliorer la communication médecin-patient. 2010; 4p. Disponible sur <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2010/physician-patient-communication-making-it-better>
- 62- Cholé BOUCHACOURT, Les patients «Heartsink» : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale. Juin 2014 http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4715_BOUCHACOURT_these.pdf
- 63- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie Médicale. Novembre 2019. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- 64- La clause de conscience des médecins en 5 questions, novembre 2018 <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/clause-de-conscience-medecins>
- 65- Maria GRYLLAKI octobre 2017 : Quand le médecin et le patient ne sont pas sur la même longueur d'onde Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA) <https://medecine.univ-lorraine.fr/sites/medecine.univ-lorraine.fr/files/users/3ecycle/201710-mem-gryllaki-maria.pdf>
- 66- Relations soignants- soignés. Prévenir et dépasser les conflits. Elsevier Masson ; 2009
- 67- TRAIN Brice, novembre 2017 : Éducation thérapeutique du patient et médecine générale. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01635854/document>
- 68- Gerard RAYMOND Secrétaire Général de la Fédération Française des Diabétiques , Bull. Acad. Natle Méd., 2013, 197, no 8, 1545-1546, séance du 19 novembre 2013 <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/05/pages-1545-1546.pdf>
- 69- HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. 2007. [consulté le 12/07/17]. Disponibilité sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
- 70- Académie Nationale de Médecine. L'Éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. 10 décembre 2013. [consulté le 22/06/17]. Disponibilité sur <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/01/jaffiolRapport-ETP-voté-10-XII-13-3.pdf> .
- 71- HAS. Education thérapeutique du patient: Définition, finalités et organisation Recommandations [consulté le 22/05/15]. 2007. Disponibilité sur <http://www.has-sante.fr/>

portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf .

- 72- OMS guide pédagogique pour la sécurité des patients 2012 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/resume_module_4.pdf
- 73- Julien Mulot, décembre 2013: du désaccord de la relation médecin patient à la juridiciarisation. Le point de vue des patients. thèse descriptive transversale <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/0f7727d3-f54c-42a3-88fe-a154f6ca9315>
- 74- Conseil national de l'ordre des médecin, article 6- libre choix <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-6-libre-choix#:~:text=Le%20m%C3%A9decin%20doit%20respecter%20le,il%20accorde%20%C3%A0%20son%20m%C3%A9decin.>

ANNEXES ET ENTRETIENS :

1. GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction au sujet :

Bonjour, je m'appelle line KOCHOEDO, je suis médecin généraliste remplaçant et suis actuellement en cours de thèse. Elle porte sur la prévention des conflits médecins/patients.

Dans ce travail je cherche à connaître les moyens utilisés par les médecins généralistes pour prévenir les conflits avec leur patient (prévention primaire) ou les gérer (prévention secondaire) pour éviter les violences. Je cherche aussi à savoir quelles autres solutions (en fonction de l'expérience de chacun) pourraient être mises en place pour que certaines situations ne se reproduisent pas.

L'objectif secondaire étant d'établir un guide line pour les internes en médecine générale et les médecins généralistes.

Puis- je vous poser quelques questions concernant votre expérience dans ce domaine ?

Puis-je enregistrer la conversation afin de l'analyser et de la retranscrire dans ma thèse ?

L'enregistrement pourra à tout moment être arrêté si vous le souhaitez.

Questions ouvertes :

- 1) Quand je parle de conflit médecin-patient en cabinet de médecine générale à quelles situations cela vous fait penser ?
- 2) Comment avez-vous (ou auriez-vous) fait pour gérer les situations ?
- 3) Comment pourrions-nous faire pour anticiper ces situations ?
- 4) Quels conseils donneriez-vous aux jeunes médecins ?

Relances :

- Attente en salle d'attente
- Refus devant une demande jugée inappropriée
- Incompréhension du patient devant une prise en charge
- Structure de soins : parking, accès au cabinet, salle d'attente, secrétariat
- Profil de patient pouvant être à risque (rajouté au bout du quatrième entretien)

2. CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS 2015

Pour une relation médecin - patient en toute confiance

1. PREVENIR LES CONFLITS

Nous assistons à un changement de paradigme dans la relation entre le médecin et son patient. On est passé d'une relation de « paternalisme » à un véritable partenariat. Cette évolution tient à trois facteurs : l'arrêt dit Mercier de la Cour de cassation (1936) sur le plan juridique, les évolutions de la société et enfin la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. De fait, les patients deviennent acteurs de leur santé. A ce titre, ils veulent être informés, être écoutés et comprendre les informations qui leur sont données.

Les causes en conflit :

Le retard dans la consultation ou le rendez-vous

Le refus de délivrer un document, un dossier, un médicament, un examen... attendu par le patient

L'incompréhension ou la mauvaise explication d'une information donnée par le médecin

Le reproche quant à l'acte médical ou la consultation

Une faute, erreur, évènement indésirable ou porteur de risque

Comment prévenir les conflits

- Savoir écouter son patient, lui porter attention, respect en empathie

- Informer et s'assurer que son patient saisit ce qu'on lui explique, le laisser poser des questions, lui proposer de reformuler ce qu'il a compris (article 35 du code de déontologie médicale)

- Discerner les personnalités difficiles ou les situations à risque parmi les patients ou leurs proches. Il faut alors être particulièrement attentif avec eux, notamment dans leurs propos et leurs attitudes

- Repérer les signes précurseurs d'un conflit potentiel

- Respecter les règles de rédaction des certificats et attestations. Leur rédaction n'est jamais urgente et nécessite, au besoin, un conseil auprès de l'Ordre

- Proposer de consulter un confrère, un tiers, en cas de différend sur la prise en charge (articles 32 et 60 du code de déontologie médicale)

- Réorienter au bon moment le patient vers un autre confrère, en s'assurant de la continuité des soins

- Se récuser dans les cas extrêmes de mésentente, comme le précise l'article 47 du code de déontologie. Cela permettra de se désengager à temps avant que les désaccords sur un diagnostic ou une thérapeutique n'aboutissent à une rupture conflictuelle des relations

- Bien tenir le dossier médical. En cas de menace de conflit, présenter le dossier au patient. Un dossier bien tenu est sans doute la meilleure assurance du médecin (article 45 et 46 du code de déontologie médicale) et peut limiter les conséquences d'une procédure devant une juridiction

- Acquérir un minimum de connaissances de la gestion des conflits et des bases juridiques, par l'expérience et par le compagnonnage (article 68-1 du code de déontologie médicale). Cela contribue à réduire le stress et permet d'adopter la bonne conduite en cas de conflit.

- Se munir d'une bonne assistance juridique avec défense et recours dans le cadre de son assurance civile professionnelle.

2.GERER LES CONFLITS

Un différend est survenu, que faire ?

- Faire face sans se dérober
- Contacter le patient ou son entourage, lui proposer un rendez-vous d'explication, au besoin en présence d'un tiers accepté par le patient
- Inciter le patient à verbaliser son désaccord
- Savoir reconnaître son erreur si elle est réelle, sous réserve d'une enquête supplémentaire, si nécessaire. S'en excuser, proposer des solutions si cela s'avère possible
si le grief est injustifié, rester compréhensif, empathique mais ferme en s'appuyant sur le dossier médical, en sachant mettre en avant la notion d'incertitude inévitable en médecine, la iatrogénie... Cette démarche s'avère souvent très payante et le temps passé ne sera pas perdu
- Préparer la rencontre et ne pas hésiter à solliciter l'avis d'un Conseiller départemental
accepter la conciliation en cas de doléances ou plainte adressées à l'Ordre par un patient. Ce temps capital, organisé par le Conseil de l'Ordre, permet de désamorcer de nombreux conflits
- Avertir son assurance et son Conseil de l'Ordre dès qu'un conflit laisse entrevoir la possibilité d'une procédure
- Prendre l'assistance d'un avocat spécialisé. Il peut être proposé par l'assurance, dès le stade de la première instance. Le caractère abusif mais également calomnieux d'une plainte (article 226-10 du code pénal) devra également être dénoncé avec l'aide de son conseil juridique
- Tirer les conséquences positives à l'issue d'un conflit résolu pour l'avenir, notamment par un partage d'expériences.

3. ENTRETIENS :

Entretien 1 :

Bonjour je suis médecin généraliste remplaçant et je suis actuellement en cours de thèse qui porte sur le conflit médecin / patient. En fait dans mon travail ce que je cherche à connaître ce sont les moyens utilisés par les médecins pour gérer les conflits avec leurs patients, donc prévenir ou gérer pour éviter qu'il y ait des violences, comment font-ils ? quels moyens ils utilisent ? La deuxième chose que je vais rechercher c'est quelles solutions avec leur expérience ils ont trouvé pour éviter que certaines situations se reproduisent, s'ils ont trouvé des solutions, et l'objectif secondaire est d'établir un guid line pour les jeunes médecins qui veulent s'installer.

Puis je te poser quelques questions ?

M1 : oui avec plaisir (sourire)

Est-ce que je peux l'enregistrer ? sachant que je peux l'arrêter à tout moment au cas où

M1 : oui pas de soucis

La première question, déjà quand je parle de conflit entre le médecin et le patient en cabinet à quelle situation toi ça te fait penser ? que tu as vécu ou pas ?

M1 : (les yeux au ciel avec un sourire) Bah... j'en ai une la directement quand tu m'as parlé et je me suis dit ah bah tiens je vais pouvoir lui parler de celle-ci, euh tu veux que je te la raconte ou que je te l'explique ?

Oui je veux bien

M1 : En gros donc j'étais en cabinet, je remplaçais donc à M. ma Prat que je remplace très régulièrement donc c'est un cabinet ou je suis à l'aise et euh... et y'a un patient qui est arrivé, alors je sais plus pourquoi, oui c'est ça, bah c'était au début du covid en fait et il voulait son arrêt de travail, et en gros on venait d'avoir les recommandations comme quoi pour les gens euh qui avaient des comorbidités c'était pas à nous de faire les arrêts de travail mais c'était à l'employeur qui devait l'envoyer et tout ça, donc moi du coup je ne savais pas trop mais je venais d'apprendre ça, du coup je lui explique tout doucement que bah, c'était un patient qui avait pas mal de comorbidité et du coup je lui explique que..., initialement je commence à lui dire que bah en fait on va le..., bah non en fait ce sera à votre employeur de le faire, et en fait j'allai lui dire que c'est à son employeur de le faire mais que j'allai lui, lui faire au pire un arrêt pendant 7 jours pour qu'il puisse voir avec son employeur vu que les, les comment ça s'appelle, les lois évoluent tout le temps et qu'en gros il reviendrait dans 7 jours, ou on s'appellerai pour le prolonger ou l'arrêter euh en fonction. Et en fait il m'a pas laissée finir et il a commencé à s'énerver mais vraiment s'énerver euh hyper violement, à me dire que euh comme quoi j'étais inconsciente, comme quoi euh, à m'agresser en fait verbalement quoi, comme quoi j'étais inconsciente que si je voulais pas lui faire son arrêt et que si je lui risque de chopper le covid, il allait porter plainte que euh, et en fait il s'arrêtait pas de parler, il criait il criait il criait et il ne s'arrêtait pas et euh.. du coup, en fait il s'est mis debout donc moi j'ai cru que j'allai me faire frapper en fait, clairement et du coup je me suis levée aussi parce que je me suis dit que si je restais en bas j'étais en position d'infériorité, Je me suis levée puis après j'ai commencé à essayer de lui parler mais en fait il s'arrêtait pas il s'arrêtait pas, et euh..., et du coup ce qui s'est passé c'est que j'ai euh, et un moment j'ai levé le ton de la voix quoi je l'ai engueulé, je lui ai dit que il fallait qu'il se calme euh, que, que c'était pas euh, que c'était pas une façon de faire qu'il fallait me respecter et que, qu'il me laisse surtout finir de parler parce qu'il m'avait pas laisser finir de parler. Et du coup il s'énerve, il disait qu'il m'avait respecté, bref, en fait c'est monté dans les tons donc je me suis vraiment mis à coté et là il voulait partir, puis je lui ai dit mais vous avez le droit de quitter cette table même avec plaisir quoi (rire) et euh, et après il a commencé à, du coup ça s'est un petit peu calmé parce que je m'étais levée, mis devant lui et tout, et je lui ai dit mais laissez moi au moins finir, mais vraiment il arrêtait pas de me crier dessus encore pendant 5 minutes quoi il m'a crié dessus. Et après donc il s'est calmé, il s'est rassis et moi je lui ai dit que voilà on allait faire son arrêt de travail mais que euh, mais que pendant 7 jours et que voilà, enfin il m'a laissé finir euh, ce que j'allai lui proposer et clairement je lui ai fait son arrêt, en fait je lui ai fait 15 jours parce que je voulais pas le revoir et je ne voulais pas qu'il revienne quoi.

Ah oui d'accord !

M1 : Voilà un vrai conflit

D'accord et bien dis donc... euh, après euh, toi, la de ce que t'as vécu, de ce que tu me racontes euh est ce que euh, il y aurait eu une solution en fait pour éviter que ça, ça arrive est ce que tu penses qu'il y aurait eu une solution pour que le patient ne, soit ne s'énerve pas soit euh, euh comment dire, qu'il ne réagisse pas de cette façon-là en tout cas

M1 : (temps de pause) bah je pense que peut être le laisser un peu plus parler tu vois ? parce que moi je suis arrivée direct avec mon, ma loi, je lui ai un peu imposé sans, sans lui dire euh, sans le laisser terminer de m'expliquer, parce qu'en fait il avait peur ce patient c'est pour ça qu'il s'est énervé c'est qu'il avait peur (pause) et du coup peut être que si je lui avais déjà laissé un petit peu plus parler, si je l'avais peut être rassuré en lui expliquant.. (réflexion), mais c'est vrai qu'il était tellement (pause) , en plus il avait tellement peur qu'il était tellement énervé que... même si je lui avais dit oui mais non en fait il aurait juste entendu le non.

D'accord

M1 : ou peut être si j'aurai du lui dire directement, pas de lui parler de la loi mais lui dire bah on va faire l'arrêt (pause), mais par contre ça serait plutôt à votre employeur de le faire, tu vois ? le faire un peu plus dans ce sens là je pense.

D'accord donc toi si t'avais un conseil à donner, par exemple euh, à un jeune médecin ou quelqu'un qui débute les remplacements, sur ce genre de chose en fait qui, enfin qui englobe tout ce qui est refus quoi en terme général, ce serait quoi ?

M1 : alors pour euh, en fait ça dépend des circonstances je trouve parce que, tu vois là c'était vraiment quelqu'un qu'avait peur, qui était dans le conflit directement et en fait c'était difficile de raisonner, premièrement pour ne pas me mettre en danger je préférais, tu vois me mettre direct à son niveau quand il était debout, je me suis levée, pour pas être en position d'infériorité un peu, comme le fait qui, tu vois j'ai vraiment cru qu'il allait me taper donc je me suis dit si tu restes assise t'es en position d'infériorité donc, déjà me mettre au même niveau et peut être je pense pour éviter en fait qu'il y ait des conflits ou éviter euh... je pense qu'il faut, alors ça dépend (les yeux au ciel), si la personne, elle va rentrer en conflit parce qu'elle a peur, essayer de le rassurer initialement, tu vois ?

Oui

M1 : prendre une voix posée, et pas entrer, même nous des fois euh, en nous, on va vite s'énerver parce que la personne elle nous énerve tu vois ? et en fait faut que nous, on essaie de jamais s'énerver, ça c'est hyper compliqué mais, si y'a une personne en face de nous qui va s'énerver, nous on va s'énerver en fait et il faut pas, parce que ça va amplifier les choses donc déjà , je dirais pas s'énerver en premier, essayer de rester tranquille euh, même si ça nous énerve, toujours parler calmement et expliquer les choses, et après quoi faire, ouais après se mettre au même niveau que la personne pour pas être en position de, bah de truc, et des fois même c'est bête mais si on est vraiment en danger et qu'il y a un conflit et que ça peut être dangereux, accepter (pause), même si c'est pas ce qu'on veut faire, et kit voilà, si c'est sur des euh, des protocoles ou des trucs de, de de stupéfiants des choses comme ça bon on accepte mais après on appelle la pharmacie, voilà , des choses mais, je pense que des fois pour se mettre en sécurité aussi faut savoir accepter même si on veut pas le faire. Et appeler, appeler l'ordre ou appeler euh en fonction de ce qu'on a fait qu'on voulait pas faire. Je pense.

Mais, bah effectivement en tout cas de, de ce que moi j'ai lu ce que tu dis c'est, c'est un peu ce qui est exprimé, vraiment. Après est ce que tu t'es, alors si on parle euh, parce que effectivement donc il y a la situation de refus, donc refus de prescription, certificats, arrêt de travail, les choses comme ça et après si je te parle par exemple de tout ce qui est euh, l'attente en salle d'attente, est qu'il y a des situations euh que tu as géré, que tu as du gérer ou qui auraient pu emmener à un conflit et pour quelles raisons en fait?

M1 : (temps de pause, sourit), alors euh, euh il y en a eu plusieurs et j'ai trouvé un moyen... (réflexion), alors, il y a eu une fois c'était une dame qui s'énervait parce qu'il y avait trop d'attente, et en fait, euh..., ce que j'ai trouvé comme mot c'est au lieu de leur dire « désolé pour l'attente » , c'est « Merci d'avoir attendu , merci d'avoir patienté » en gros les remercier de montrer qu'ils ont attendu et c'est vrai que c'était long, mais en fait, c'est pas, on a pas à être désolé, parce que y'a des choses. Donc des fois je dis ça, je dis merci d'avoir attendu, et quand je sens qu'ils sont un petit peu énervés, vis-à-vis de ça je vais leur expliquer que en gros on a que, je leur explique en fait notre mode de fonctionnement. Qu'on a que 15 à 20 minutes et euh que des fois ça va être très rapide mais que des fois il y aura des situations difficiles ou il faut qu'on prenne le temps et je leur explique que pour eux ils aimeraient qu'on prenne le temps si c'est des choses compliquées. Et souvent ça arrive ils voient le petit papi ou la petite mamie sortir et du coup on leur dit bah voilà ils ont des gros soucis et du coup ils se calment. il y a eu ça donc coté un petit peu de gens qui sont un peu agacés parce qu'ils attendent et après il y a le, euh moi j'avais eu à le gérer en cabinet de ville en... (pause), sur du sans rendez-vous , des gens qui attendaient, qui attendaient, qui attendaient, et qui en fait c'était un petit peu mal organisé , parce qu'il y avait une salle d'attente commune pour les gens qui étaient sans rendez-vous et sur rendez-vous. Et du coup ils comprenaient pas pourquoi les gens sur rendez-vous qui arrivaient 10 minutes avant le rendez-vous, ils passaient en premier. Donc pareil ça, ça s'observait très vite et en fait souvent ça se calme en expliquant, en gros en expliquant pourquoi, comment,

pourquoi on a mis du temps et tout, après il y a des gens qui râlent et qui râleront et on a pas grand chose à faire, faut juste les laisser râler.

D'accord et est qu'il y aurait une organisation pour toi qui permettrait, si il y a, d'éviter justement cette attente ou de, alors, éviter on ne peut pas tout le temps l'éviter mais quand possible ?

M1 : (pause, réflexion) alors déjà moi, il y a plusieurs choses je pense, déjà je pense que c'est important en voyant un peu les différents cabinets dans lesquels je suis, que le sans rendez-vous et le sur rendez-vous soient bien physiquement euh modélisés. C'est-à-dire que en fait la tu vois j'étais dans un cabinet avant à Montpellier ou il y avait, euh un, c'était la même, bah c'est la situation dont je te parlais ou tout le monde était dans le même euh, la même salle d'attente et du coup ils ont déménagé et ils ont fait un espace où ils marquent sans rendez-vous et un espace sur rendez-vous, du coup les gens comprennent bien que les gens qui arrivent euh, bah en fait c'est juste qu'ils ont des rendez-vous et qui passent en premier c'est pour ça, comme c'est un cabinet de groupe. Il y a ça, et après je pense que le coté euh, parce que ce qui des fois nous, peut nous faire être en retard c'est parce qu'on a des urgences en plus et du coup mettre des créneaux d'urgences en fait, tu vois faire du 3., sur une heure 3 créneaux de 15 minutes et un créneau d'urgence, comme ça bah si y'a une urgence euh, une personne qui devait venir bah ils viennent en plus et ça reste sur les créneaux de 15 minutes et si en fait il y a pas d'urgences le jour bah ça te permet de rattraper le retard quoi.

OK, très bonne idée. Alors et puis la dernière chose dont je voulais te parler ce serait sur euh, parler de la structure de soins, en fait de l'accueil du patient en général euh de la, de l'extérieur donc parking euh choses comme ça, et puis l'accès, l'entrée en salle d'attente en fait tout le parcours du patient jusqu'à ce qu'il arrive au bureau du médecin. Est-ce que pour toi il y aurait des situations, est ce que t'as déjà vécu des situations, des situations qui auraient pu être conflictuelles de ce côté là ?

M1 : quand il y a pas de secrétaire

Ouais, le manque de secrétariat

M1 : surtout, alors sur le, sur le rendez-vous souvent ça marche il y a pas trop de., (les yeux au ciel) bon les gens vont un peu s'embrouiller quand on est un peu en retard et du coup euh, comme on est pas à l'heure et du coup ils pensent passer parce qu'il est 14h et en fait non on prend celui de 13h45, mais euh c'est vraiment la secrétaire qui arrive à temporiser parce que ils savent quand ils arrivent qu'ils ont bien été vus, pris en compte et du coup, bah si ils attendent c'est parce que il y a de l'attente, alors que quand il y a pas de secrétaire que ce soit sur ou sans rendez-vous, quand c'est du sans rendez-vous les gens ils s'inscrivent sur les listes mais ils s'énervent parce que y'a des gens qui se mettent au mauvais endroit et quand c'est sur rendez-vous ils comprennent pas trop qui doit être avant ou pas. Donc oui je trouve que la présence d'une secrétaire physique (insistante) est hyper importante.

Ok. En ce qui concerne tout ce qui est accès au cabinet et place de parking est ce que tu as déjà eu des, des soucis de ce côté là dans les remplacements que tu as fait, ou pas ?

M1 : non ça j'ai pas eu, parce que c'était toujours euh, à M. il y a un grand, grand parking donc ils ont jamais dû chercher une place et tout, et en fait à Montpellier ils ne se déplacent jamais en voiture, les gens qui viennent au cabinet sont en tram, ils sont à pied, ils sont en vélo donc en fait il y a jamais eu de soucis euh logistique quoi.

Même, du côté disons plutôt positif de la chose en fait justement si tu dis que là, ils ont des grands parkings, peut être euh accès en tram ou euh, certaines choses comme ça

M1 : bah ça c'est vrai que, avoir un accès facile ça permet d'éviter le coté, « ah j'ai tourné pendant 3h pour avoir une place, je suis en retard dans mon rendez-vous », ça c'est vrai que c'est important mais euh, je pense pas que ce soit la chose la plus importante mais c'est vrai que je pense que c'est important

OK, d'accord, bon bah écoute c'est tout bon on a parlé de tout en tout cas de mon côté sauf s'il y a des choses que tu voudrais rajouter ?

M1 : non c'est bon

Merci beaucoup

Entretien 2 :

Bonjour je suis médecin généraliste remplaçant actuellement en cours de thèse, et ma thèse porte sur le conflit médecin/patient, en gros dans ce travail je cherche à connaître les moyens utilisés par le médecin pour prévenir les conflits, donc au maximum avec leurs patients, ou les gérer quand c'est pas possible de les prévenir ou de les anticiper, pour but d'éviter les violences. Je cherche à savoir aussi quelles autres solutions, s'il y a des solutions les médecins auraient pour éviter justement que ces situations de conflit se produisent. Et mon objectif secondaire c'est de faire un guid line pour les nouveaux médecins, les médecins généralistes, de conseils et choses comme ça.

Est-ce que je peux t'enregistrer ? sachant que j'arrête à tout moment

M2 : vas-y vas-y

Ma première question, quand je parle de conflit médecin /patient en cabinet, à quelles situations ça te fait penser ? donc soit que tu aurais vécu soit pas forcément vécu ? le conflit entre le médecin et son patient ?

M2 : vécu le plus souvent, enfin... moi les conflits qu'on a, pour ma part à chaque fois hein c'est euh, c'est bête mais c'est toujours avec les toxicos hein. C'est quand ils viennent renouveler leurs ordonnances et qu'ils sont pas à la bonne date et qu'ils mentent ou qu'ils trichent et qu'on dit non... le conflit il est toujours là. Sinon après d'autre conflit euh c'est les arrêts de travail aussi, quand les personnes te demandent un arrêt de travail, la ça s'est accentué avec l'histoire du covid, qu'il voulait un arrêt de travail parce qu'il ne voulait pas aller travailler il avait peur, mais que bah il avait aucune raison de pas y aller, et là il a fallu un petit peu oui bah être ferme (d'un air insistant).

Oui essayer d'être quand même direct pour pas qu'il y ait de débordement

M2 : Ah oui (de façon affirmée)

Et dans ces cas-là, toi tu le gères comment ? par exemple quelqu'un qui vient te voir pour un arrêt de travail, là au cas du covid mais même en dehors de ça, soit pas justifié soit une prescription de médicament non justifiée euh comment est ce que t'arrives à gérer ? soit pour ne pas que la personne s'énerve soit justement pour qu'elle comprenne que ce n'est pas justifié, son arrêt ou sa prescription même toute demande abusive ?

M2 : alors pour les arrêts de travail là pour le covid, je dis que c'est pas une raison médical donc moi je suis médecin je fais un arrêt de travail médical, si c'est pas justifié médicalement c'est pas moi qui le fait point (d'un air assuré).

D'accord

M2 : et ça n'a pas été plus loin et ils ont pas insisté hein, je leur ai dit c'est pas une raison médical donc c'est pas le médecin qui le fait.

D'accord

M2 : mais bon après pour les, les toxicos quand ils veulent une ordonnance et que bah ils sont pas à la bonne date on leur dit d'emblée, de toute façon quand ils arrivent au cabinet, quand ils viennent si c'est un nouveau patient ou qu'on récupère du Dr Z. on leur dit clairement, à partir de maintenant nous c'est, faut que ce soit à jour si vous êtes en chevauchement une semaine, 15 jours ça va pas être possible c'est même pas la peine de venir..., euh la carte perdue, euh le sac perdu ça marchera pas donc, à partir du moment où tu mets les règles de base d'entrée (temps de pause), il y en a qu'essaie hein toujours mais on, on leur dit non, on leur dit non c'est pas possible on leur montre les dates sur l'ordi on leur dit vous êtes venus tel jour vous avez tant de prescription c'est pas possible . Et comme on leur a dit au départ, on vous a prévenu c'est pas la peine. Après tu sais qu'ils essaient toujours d'aller voir euh S., ils changent, ils font le tour dans le cabinet. Si moi je leur dis non ou que S. leur a dit non, hop ils vont réessayer deux jours après, ils réessaient avec l'autre à tous les coups, mais enfin ça ils le font une fois ou deux parce qu'après ils comprennent qu'on est en réseau et que euh que on l'a noté sur le dossier. Mais ils essaient quand même hein.

D'accord oui, donc ils vont voir le 2eme médecin ou le 3eme médecin

M2 : oui (rire) oui oui

Alors, toi sur ce que tu viens de me dire, sur les toxicomanes est ce que tu aurais des conseils à donner par exemple à un jeune médecin qui se retrouve face à cette situation là pour pas qu'il se retrouve soit à devoir faire des ordonnances non justifiées soit face à un toxicomane qui veut lui mettre la pression en étant en colère, des choses comme ça ?

M2 : alors si c'est la première fois qu'il le voit, c'est compliqué parce que ouais si il arrive énervé et qu'il vient pour chercher son ordo et que, après avec la carte vitale tu regardes sur ameli.pro et tu vois qu'il a déjà été y'a 15 jours chercher chez un autre toubib quand c'est la première fois euh (hésitation), moi c'est pareil, je leur dis, tu expliques clairement, tu dis vous y êtes allés il y a 15 jours c'est pas possible. Tu leur dis, il faut être franc hein, tu dis ne me prenez pas pour euh un jambon moi je leur dis (rire), ne me prenez pas pour un jambon vous êtes allés il y a 15 jours chez votre médecin c'est écrit sur votre carte vitale, je le sais, voilà. Après quand ils ont compris le truc de la carte vitale ils viennent sans carte vitale (rire). Donc là t'as aucun moyen de savoir s'ils sont en chevauchement ou pas donc si..., là ils arrivent ils sont pas énervés de toute façon donc, tu vas leur faire leurs traitements mais..., après si t'as les éléments pour leur dire que ils peuvent pas, faut leur montrer, faut être clair. Faut être clair d'emblée puis faut être carré quoi.

D'accord

M2 : quand tu commences faut mettre les règles, les trucs sur table d'emblée tu dis euh avec votre carte vitale je sais, voilà (temps de pause), c'est pas la peine d'essayer.

D'accord et vous avez jamais eu de cas ou un patient pourrait être un peu violent avec vous ?

M2 : Ah si (rire, les yeux vers le ciel) mais si, mais alors l'avantage ouais c'est que nous on est toujours deux. Donc on le sait quand on, il y a en a une qui est en train de consulter et qu'elle a vu dans la salle d'attente, parce qu'on les connaît hein hein, quand ils arrivent, alors on est un peu plus attentive et on, c'est pas qu'on a une oreille mais on, on se dit attend je regarde si, enfin j'écoute ce qu'il se passe quand même à côté si ça monte pas en, en pression, mais il est arrivé oui qu'on ait eu euh, un en particulier ou euh, il était avec moi et j'ai refusé de lui faire sa prescription parce qu'il était venu 15 jours avant et il voulait pas partir j'ai été méchante et c'est D. qui est arrivée. Donc d'être une deuxième personne tu vois derrière ça, ça calme un peu le jeu, après elle était la gentille, j'étais la méchante c'était comme ça hein mais bon, parce que moi je l'écoutais pas (d'un air ironique) puis elle, elle l'écoutait, mais (rire) elle lui faisait rien non plus mais bon voilà, et après comme ça on désamorce quand il y a une deuxième personne c'est quand même un avantage, après c'est sur si tu te retrouves tout seul dans ces conditions

C'est un peu plus dangereux ?

M2 : ouais ouais, bon nous on est pas confronté à ça parce qu'on est toujours deux, mais euh, bon après il m'arrive d'être toute seule mais c'est vrai que pour l'instant j'ai pas été toute seule face à quelqu'un comme ça d'agressif et puis bon je pense que, je... (hésitation), je serai oui assez, assez ferme (en insistant).

D'accord, ok. Alors j'avais, une autre question en ce qui concerne l'attente en salle d'attente est ce que vous avez dans le cabinet des soucis de ce côté-là, des patients qui se plaignent parce que l'attente est trop longue ou au contraire, vous avez pas plus de problème que ça parce que vous avez une organisation pour faire en sorte qu'il n'y ait pas trop d'attente ?

M2 : bah on avait des plages sans rendez-vous avant le covid la, donc là il est évident que, il y avait des jours sans rendez-vous, oui, si il y avait du monde et ils se plaignaient parce que ils attendaient euh, bah une heure deux heures, ça arrive hein, mais généralement après ils se plaignent quand ils sont dans la salle d'attente mais quand ils arrivent au cabinet, quand ils sont avec nous ils disent plus rien hein, enfin à chaque fois c'est pareil hein, celui qui l'a ramène il l'a ramène dans la salle d'attente mais une fois qu'il est dans le cabinet il dit plus rien, et il prend trois heures à t'expliquer son truc, ça je pense c'est partout pareil hein.

Donc c'est plus sur les plages de sans rendez-vous ou les gens ont tendance à s'énerver ?

M2 : oui, oui, et oui ils comprennent pas qu'ils doivent attendre 2 heures parce que il y a 6 personnes devant eux, mais voilà.

Oui il n'y a pas de rendez-vous donc ils viennent à une heure mais ce n'est pas dit...

M2 : si il y a 5 personnes dans la salle d'attente, ils savent qu'ils vont attendre c'est logique, donc qu'ils ne râlent pas, sinon ils partent et ils reviennent après.

La dernière question serait plus sur la structure du cabinet, est ce que vous avez eu des soucis ? alors quand je dis la structure de soin ça va être du parking à l'accès au cabinet la salle d'attente, secrétariat ou pas en fonction des patients, est ce qu'il y a déjà eu des conflits de ce côté-là ? des plaintes ou des conflits, des gens qui vont s'énerver ?

M2 : alors c'est pas les patients qui vont s'énerver pour ça, c'est plus le voisinage en fait, parce qu'on est dans un bâtiment ou il y a les, les habitations au-dessus, des particuliers et il y a deux, trois ronchons qui, euh, dès qu'il y a un truc par terre dans les escaliers, bah c'est forcément un patient. L'autre jour il y avait du liquide près de la porte du parking, bah c'était forcément quelqu'un qui avait fait pipi, et un patient, et alors le mieux il y a une nana qui disait qu'en plus elle était persuadée que c'était

une patiente une femme ! parce que c'était un petit pipi et que les femmes font des plus petits pipis que les hommes. Donc là tu dis oui oui madame ok.

Donc oui c'est plus un problème de voisinage, après les patients eux, en ce qui concerne tout ce qui est salle d'attente, accès, de toute façon toi t'es en plein milieu de Montpellier donc il y a pas trop de problème de ce côté-là ?

M2 : non ils ne se plaignent pas

Et niveau secrétariat ça se passe comment pour les patients ?

M2 : euh là ils se plaignent un peu que ce soit un peu long..., avec l'histoire du covid il y a peut-être plus d'appels et comme c'est en télétravail elles sont à leur domicile et je sais pas comment ça se passe pour les secrétaires, leur transfère d'appel, mais même de base ils se plaignent toujours que oui, bah ils ont dû appeler, attendre 5 minutes 10 minutes avant qu'on leur réponde.

Après ça n'emmène peut-être pas forcément à un gros conflit ?

M2 : non non non, jusqu'à présent ça va hein, il y a même des patients qui nous ont offert des chocolats pour les secrétaires

ça c'est sympa

M2 : on a été leur porter

J'ai un dernier point, ce serait plus au niveau de la prise en charge, est ce que tu as déjà eu des soucis avec des patients soit qui ne comprennent pas leur prise en charge, la façon dont s'est fait ou qui reviennent ou qui s'énervent parce qu'ils ne comprennent pas, qu'ils n'ont pas eu si ou ça ? des problèmes de ce côté là ou pas plus que ça ?

M2 : non non, ici les conflits (rire), c'est dur mais c'est toujours les toxicos, quoi, c'est... (d'un air désolé), parce que les conflits arrêt de travail c'est..., si c'est quand même un conflit parce que t'es obligé de, de justifier ton non ! parce qu'ils arrivent en étant persuadé que c'était un du, si si, ils y ont droit euh, que on est là pour ça en gros, mais sinon non, le reste non

Ca ne reste pas des grosses querelles, tu n'as jamais dû par exemple rompre une alliance avec un patient pour des gros problèmes ?

M2 : non à part le toxico (rire), le dernier il ne reviendra plus (rire), il a essayé avec S. aussi, deux fois on lui a dit non et.., on lui a dit que ce n'était plus la peine de revenir (calmement), il comprenait pas et que c'était pas la peine, et là il a dit qu'il reviendrait pas. Et ça fait plus d'un mois donc à priori il ne reviendra pas (rire)

Globalement pour justement ce problème de toxicomanie, l'anticipation pour éviter ce genre de chose c'est d'être ferme

M2 : oui pour la première consultation il faut mettre les limites de suite, de suite, si tu laisses une petite porte, mais ils sont filou ils y vont direct.

D'accord, être plutôt direct et si possible être au moins deux en cas de soucis

M2 : oui c'est un confort, c'est un confort d'être plusieurs.

D'accord, merci beaucoup je ne sais pas si tu as d'autres choses à me dire ? pour moi c'est tout bon

M2 : non c'est bon tu peux arrêter d'enregistrer (rire)

Entretien 3 :

Bonjour, je suis médecin généraliste remplaçant actuellement en cours de thèse qui porte sur le conflit entre le médecin et son patient. Dans mon travail je cherche à connaître les moyens qui puissent être utilisés par les médecins pour prévenir au maximum le conflit avec le patient ou gérer le conflit si c'est compliqué de le prévenir pour éviter les violences. Je cherche aussi à savoir quelles solutions les médecins en fonction de leurs expériences ils auraient pu trouver pour éviter que certaines situations se reproduisent. J'ai comme objectif secondaire de faire un guid line pour les jeunes médecins, donner des conseils aux jeunes médecins qui veulent s'installer ou qui remplacent.

Est-ce que je peux enregistrer la conversation sachant que je peux mettre pause ou l'arrêter à tout moment s'il y a quelque chose ?

M3 : oui oui, tant que tu ne la mets pas sur youtube ou sur facebook (rire)

Non, non ce sera que pour moi (rire). Quand je te parle de conflit médecin / patient en cabinet, à quelle situation ça te fait penser ? soit que tu as vécu ou pas forcément ?

M3 : Euh..., pour moi ce que ça concerne le plus souvent c'est des, c'est des retards. Les retards ouais, les retards d'horaire quoi. Euh (les yeux au ciel) voilà, après euh les prescriptions que je ne fais pas mais ça c'est moins... je pense que j'arrive à mieux le gérer.

D'accord et donc dans les retards, en fait les patients de quoi ils vont se plaindre ? sur quoi ils ne vont pas être content ?

M3 : Euh, ah oui j'ai oublié quelque chose aussi ! En fait j'ai oublié quelque chose, c'est les problèmes de secretariat. Nous on a des problèmes parfois les gens n'arrivent pas à joindre les secrétaires et euh ça voilà, c'est une source de conflits, c'est pas énorme hein mais c'est vrai que c'est toujours des reproches qu'on nous fait quoi, souvent, et voilà

Ils ont du mal à joindre le secrétariat et du coup ils vous le stipulent ?

M3 : c'est ça, ouais, donc moi c'est ça, les deux principaux grief en fait c'est ça c'est le retard et encore que le retard ils râlent dans la salle d'attente, mais après devant moi ils râlent pas trop donc (sourire) c'est vraiment dans la salle d'attente mais après devant moi ça va, donc on y pense plus après et les salles d'attente voilà

Alors si on parle un peu du retard est ce qu'il y a une organisation qui ferait qu'il y aurait plus de retard que d'autre, est ce qu'il y a des moments ou par exemple il va y avoir plus de retard en fonction des rendez-vous ou du sans rendez-vous ?

M3 : oui y'a plus de retard euh, oui en fin de consultation parce que, parce que y'a du retard parce que moi peut-être je perds du temps mais il y a aussi les secrétaires qui me téléphonent et je réponds trop aux appels en fait, je pense qu'il y a des médecins qui répondent pas aux appels pendant la consultation et moi je réponds mais ça, ça me prend du temps quoi, ça, ça me prend du temps c'est ce qui me fait perdre du temps je pense ouais. Et puis tu sais un truc aussi (yeux au ciel), je me suis rendu compte que, j'avais plus de retard en fin de semaine et en fin de journée quand je suis plus fatiguée, j'arrive plus à avancer quoi et ça je me suis rendu compte et voilà, alors après c'est peut-être la concentration qui baisse je sais pas, et quand voilà, quand je manque de concentration aussi je prends du retard.

D'accord tu prends plus de retard entre les appels et puis la fin de semaine

M3 : ah ouais, je trouve ouais, quand je suis plus fatiguée, je me concentre plus, j'arrive moins à gérer la consultation tu vois, à guider la consultation pour que ça aille plus vite quoi.

Et pour ce retard est ce que pour toi il y aurait soit une organisation, une façon de faire qui pourrait anticiper un peu ou c'est compliqué ?

M3 : bah c'est de ne pas répondre au téléphone pendant la consultation en fait c'est ça, moi je me fixe, tu sais je sais pas si t'as remarqué mais je me fixe une demi-heure de retard par rapport aux filles à côté je suis toujours plus en retard parce que je parle plus, je pense et euh et je me fixe pas plus d'une demi-heure de retard. Sauf que pour les patients une demi-heure ça doit être relativement gérable quoi. Mais euh la chose je pense la plus importante que je devrai faire et que je ne fais pas c'est de pas répondre au téléphone, de dire aux secrétaires de ne pas m'appeler pendant la consultation, (temps de pause) après c'est compliqué parce qu'après on a tout à faire le soir et le soir après c'est la fin de la journée quand y'a des choses difficiles, voilà c'est plus difficile à gérer quoi, voilà c'est ça.

C'est vraiment les appels en pleins milieux de la consultation

M3 : oui c'est ça, tout à fait

(pause)

Donc oui tu me disais que t'avais pas mal de retard parce que tu vas peut-être plus répondre au téléphone et chose comme ça ?

M3 : oui

Tu me disais aussi sur le secrétariat, au niveau du secrétariat, je voulais te parler un peu plus de la structure de soins, du cabinet, de l'extérieur : du parking à l'accès au cabinet, le secrétariat, la salle d'attente et ce qu'il y a des zones un peu qui peuvent être conflictuelles ?

M3 : oui c'est le.., alors pas conflictuelles, mais bon ils ont de quoi se débrouiller, mais c'est le parking on a pas vraiment de place de voiture, donc nous on a pas de parking donc ils se plaignent de ça, ils ne peuvent pas se garer, je sais pas si tu te souviens

comment c'est ici, il y a un vigile en bas qui empêche les gens de se garer et qui est censé permettre aux patients du cabinet de se garer, donc ça ça marche moins bien et euh voilà quoi et ça c'est un autre grief oui ça c'est vrai c'est un autre grief c'est le problème de, de place de parking. Voilà.

Sachant que oui il y a quand même un vigile mais bon c'est plus ou moins efficace

M3 : oui voilà c'est ça, normalement y'a un vigile qui autorise les, les patients du cabinet mais parfois y'a pas de place malgré le vigile voilà et puis parfois les gens ils vont se disputer avec le vigile, va savoir pourquoi (les yeux aux ciel avec un sourire), voilà. Après nous on a la possibilité de se garer à la clinique de beau soleil y'a un parking, je ne sais pas si tu te souviens mais c'est payant, donc voilà c'est pas très cher, beaucoup de patients vont à la clinique et ils payent mais bon y'en a d'autres qui ne veulent pas le faire donc, donc ça c'est une autre source de problème, ça effectivement j'y pensais pas, c'est vrai

Après l'accès et la salle d'attente globalement il n'y a pas de soucis ?

M3 : oui ça, ça va

Et après tu me disais le secrétariat, parce que c'est un secrétariat téléphonique ?

M3 : c'est ça (insistant), un secrétariat téléphonique, donc ils répondent avec un délai un peu, parfois ils attendent un moment, bon après euh moi je leur dis que quand ils téléphonent à l'hôpital ou quand ils téléphonent dans toutes les cliniques ou même aux spécialistes il y a bien une secrétaire et le délai d'attente il est aussi long, donc ça je pense que c'est un grief qui est constant quoi voilà.

Donc oui généralement tu discutes avec eux

M3 : oui, oui oui, en général j'ai pas trop de, j'ai pas de problème en général ouais

Et le troisième point tu me disais, les refus de prescriptions, les choses comme ça ?

M3 : ouais voilà quand ils demandent des prescriptions et, mais ça c'est pas, ça j'arrive à le gérer, ça ça me pose pas de problème euh, parce que en discutant toujours je discute et je, j'ai pas du tout la même façon de faire que S. par exemple à coté qui a une position un peu plus autoritaire mais ça c'est une question de mentalité, j'ai pas dit que moi c'était mieux mais on en discute tout le temps (sourire) on en discute tout le temps, moi c'est pas mieux mais je peux pas faire comme elle j'arrive pas (rire) à avoir cette relation, d'avoir de l'autorité sur les gens moi il me faut toujours discuter, et euh voilà et donc du coup je déteste les conflits donc ça, ça ressort tout le temps voilà c'est-à-dire que moi je fuis toujours les conflits (se cache les yeux), quoi j'essaie toujours de discuter voilà et S. elle non, elle s'impose direct, c'est une question de caractère.

Oui tu privilégies la communication

M3 : Ah oui clairement, clairement mais c'est une question de caractère ça, ah mais je déteste ça me stress énormément quand les gens sont pas contents ça me..., donc voilà j'essaie toujours de trouver un terrain d'entente et voilà quoi

Si t'avais un petit conseil à donner aux plus jeunes médecins, justement pour essayer de gérer un peu le conflit de refus par exemple refus d'arrêt de travail ou refus de prescription de chose comme ça, quel serait ton conseil ?

M3 : alors moi refus d'arrêt de travail, je ne m'oppose jamais frontalement, c'est-à-dire qu'après ça dépend à qui tu t'adresses, si tu t'adresses à des gens qui euh qui sont des professionnels de ça qui vont voir les médecins euh donc ça c'est clair que non. Et alors comment je me débrouille ? en essayant de leur montrer que je sais très bien qu'ils vont voir tous les médecins et que c'est pas une solution et voilà, dans ces cas là oui, je leur montre que je sais qu'ils vont voir d'autres médecins qu'ils ont été voir par exemple, tu sais ça nous arrive, tu sais on est 3 nous donc que mes patients aillent voir mes associés et après ils font un tour comme ça donc ça j'arrive à leur faire voir que, voilà on le sait que c'est non quoi, que quand tu leur dire non ça va, voilà. Après quand des patients sont fatigués (temps de pause) et encore ça c'est pas le, tu vois le plus souvent, franchement pour les jeunes c'est souvent les conflits au travail. C'est-à-dire que nous, ça c'est un réel problème quand les gens encore sont fatigués bon je parle de ça mais c'est pas trop un problème c'est surtout, il faut que tu saches, ça c'est plus important je trouve (insistant), ça moi c'est quelque chose qui me choc davantage c'est que t'as des gens qui ont un conflit avec leur employeur mais la première solution c'est de venir voir le médecin et de faire un arrêt de travail ils cherchent pas d'autres solutions quoi hein, donc ça, ça crée un problème mais après aussi faut savoir que des fois il y a des patients qui m'ont expliqué que si ils ne faisaient pas l'arrêt de travail leur opposition n'était pas prise en compte tu vois ? donc c'est un moyen parfois dans certains travail c'est un moyen de pression de l'employé sur l'employeur, je sais pas si on t'a déjà dit ça mais moi je m'en suis rendu compte de ça et eux c'est l'argument qu'ils portent quoi c'est-à-dire si tu veux, voilà, et donc ça c'est compliqué parce qu'après euh on peut pas dire non, refuser tout en bloc, surtout quand les patients viennent te voir en te disant « je suis fatigué j'ai mal à la tête j'ai mes règles je peux pas aller travailler » quoi tu vois voilà, donc quand il s'agit de un jour ou deux ça va et après il faut chercher à savoir mais nous sachant que nous on sera jamais qui du patient ou de l'employeur a raison ou tort et c'est pas notre problème quoi donc voilà ça aussi c'est à bien discuter avec les gens les orienter vers la médecine du travail moi je sais que j'hésite pas à faire ça et

toujours, bon ça c'est l'idéal, toujours en parlant en disant au patient qu'on les comprend parce qu'ils ont des problèmes avec leur travail parce que voilà, en fait c'est vrai que moi maintenant je suis vieille et je me rends compte que le milieu du travail c'est plus compliqué qu'avant quoi les gens ils sont moins respectés au travail qu'avant donc ça, pour ça j'étais pas du tout de cet avis et je me suis rendu compte que progressivement c'est vrai qu'il faut faire attention à ça parce que les gens ils sont pas toujours respectés au travail, et c'est ça, voilà ça c'est plus compliqué à gérer tu vois, t'es vraiment euh voilà quoi, ça c'est ouais, il faut arriver d'une part à comprendre le patient et en lui expliquant que ça, j'avais pas ça, c'était pas nous qui allons régler ce problème là c'est un problème de travail et surtout les envoyer à la médecine du travail, moi je, euh souvent c'est la médecine du travail, enfin je les envoie à la médecine du travail

D'accord pour gérer en pluriprofessionnel et pas te retrouver toi en porte à faux

M3 : absolument oui absolument, et on a pas souvent le retour direct avec la médecine du travail mais ils nous les renvoient des fois en disant voilà apte ou inapte au travail voilà. ça nous aide quand même, ouais

Ok d'accord alors après au niveau des conseils que tu pourrais donner à des jeunes médecins, plus les conflits que tu disais à cause des, soit du parking soit du secrétariat, est ce qu'il y aurait des choses d'après toi qui pourrait être faite ou c'est compliqué ?

M3 : qui pourrait être faite, franchement c'est compliqué, moi je, franchement c'est compliqué, moi je vois pour nous tu vois ce problème la, euh, je pense que quelque soit le secrétariat à distance ça sera toujours la même chose parce que c'est tous les mêmes je pense et ensuite on a clairement pas les moyens d'avoir une secrétaire au cabinet quoi donc euh... la j'avoue que j'ai pas de solution à part avoir un excellent secrétariat, télésecrétariat et souvent je m'étais dit il faudrait des petites structures et..., mais bon j'en ai pas cherchées d'autre parce que nous on a des avantages à continuer avec ce secrétariat ils sont réactifs à des moments donnés moi je sais que ces filles je les apprécie bien parce que y'a des moments où elles sont réactives et elles nous rendent des services, notamment pour appeler euh tu vois appeler les spécialistes et tout et appeler les patients elles sont bien réactives pour ça donc après, mais les gens ils patientent puis bon voilà quoi hein.

C'est vrai que c'est pas forcément facile d'avoir une secrétaire sur place

M3 : on a pas les moyens hein clairement, parce qu'il faudrait en avoir 2, à trois il faudrait qu'on ait au moins deux secrétaires et faudrait qu'on ouvre une plage d'horaire plus importante et ça nous coûterait beaucoup trop cher quoi, donc ça c'est..., la j'avoue que j'ai pas de solution si j'avais eu j'aurais changé mais j'ai pas de solution la dessus

C'est compliqué d'accord

M3 : alors c'est vrai que j'ai tendance parfois moi à donner mon portable aux gens, en leur disant que si c'est important et que vous arrivez pas à joindre le secrétariat appelez-moi. (temps de pause, se cache les yeux en riant) je pense qu'il faut pas le faire, il ne faut pas le faire, parce qu'après les gens je les bloque et ils apprécient pas du tout quoi que je les bloque sur mon portable, donc voilà, non ça faut pas le faire, mes collègues elles le font pas (rire).

C'est vrai que c'est pas facile tout le temps à gérer ce genre de chose

M3 : non, non non, puis bon après euh c'est compliqué parce que tu sais la médecine tu l'exerces avec ton, ton tempérament quoi et c'est vrai que moi je, enfin je voilà, j'aime bien que les patients puissent me joindre et j'aime bien, que voilà quoi, j'arrive pas à faire, je peux pas mais vous les jeunes je pense que vous êtes plus capables de faire ça que moi, moi j'arrive plus à faire la différence entre ma vie privée et ma vie avec mes patients, bon (temps de pause), je fais la part des choses mais ça interfère quand même, je peux pas rentrer à la maison me dire ça y est les patients je les oublie donc ça c'est pas possible, non mais ça après, ça c'est vachement personnel quoi parce qu'aussi ma famille, mon mari il s'y prête à ça et tout et ça c'est très personnel quoi hein après vous les jeunes, je vois ma fille qui est en médecine et elle est pas du tout comme ça et elle va pas être comme ça quoi ça c'est sur et certain! mais après bon c'est une façon d'être hein, c'est tellement personnel ça après tu peux pas donner de leçon c'est personnel tu le fais comme tu le sens quoi, et puis bon il faut être heureux dans la vie et il faut que voilà, il faut pouvoir mener sa vie comme ça.

Si je résume un petit peu tu as rarement eu des conflits quand même avec des patients ?

M3 : non franchement jamais, non j'ai jamais eu de conflits grave, j'ai jamais été euh agressée, euh non, non jamais franchement non jamais ou alors c'était des gens qui étaient un peu..., qui étaient psy quoi, mais euh non jamais j'ai été euh agressée par des patients. Non, le rapport il est pas comme ça mais c'est vrai que bien souvent je prends sur moi quand même, je voilà, je rentre tout et puis j'essaie de me calmer et tout ça mais j'ai jamais eu de problème de conflit, non c'est pas quelque chose qui m'a..., non.

D'accord ouais parce que tu as vraiment la patience, la communication de ce que je comprends ?

M3 : ouais voilà et euh oui, c'est la patience, j'ai pris sur moi, c'est pas toujours, oui. Mais je pense que, j'aimerais moi qu'on me dise il y a des règles pour pas avoir, pour éviter les conflits il faut faire ça, ça et ça, mais c'est tellement personnel, ça dépend tellement de tes patients, et toi avec ton caractère et tout que je pense que, je pense qu'il y a pas de, ouais voilà.

A part des conseils c'est compliqué d'avoir effectivement des lignes vraiment...

M3 : mais c'est vrai, ouais mais les conseils, oui ça serait éduquer ces patients à, à ce qui est vraiment quoi le travail et ce qu'on disait tout à l'heure quoi, que ça interfère pas dans ta vie, quand tu sors du travail c'est fini t'y penses plus et faudrait que, voilà quoi, bon après euh..., (temps de pause) fin ouais, moi y'a quelques patients qui ont mon portable mais vraiment ils me dérangent jamais quoi tu vois, du style moi j'ai mon téléphone toujours, (temps de pause) pour des raisons personnelles j'ai toujours mon téléphone allumé près de moi la nuit quoi mais jamais un patient m'a appelé, ça fait 20 ans mais jamais jamais quelqu'un m'a appelé quoi tu vois, jamais, bon après je donne pas mon portable à tout le monde hein évidemment hein (sourire) je donne mon portable aux personnes auxquelles je sais qu'il y aura pas de problème quoi hein mais c'est vrai que j'ai jamais eu des, jamais jamais des problèmes comme ça voilà.

D'accord, écoute merci beaucoup pour cette intervention, est ce que toi tu avais quelque chose que tu voulais dire en plus ?

M3 : mais oui ça m'embête parce que j'ai eu une idée toute à l'heure et je l'ai oubliée, je me suis dit il faut que tu lui dises ça pour les rapports avec les patients et j'ai oublié ce que c'était ? mince je ne me rappelle plus

C'était sur ce dont on a parlé ? où ?

M3 : ça déviait un peu, attends c'était des conflits c'était quoi ? ah oui !! y'a un truc qui m'embête aussi dans ma pratique c'est quand tu as des couples que tu suis depuis longtemps, c'est pareil moi ça fait 20 ans que je suis installée, des couples que tu suivais depuis longtemps et qu'ils sont en train de se séparer et qui te mettent au milieu. Et donc ça c'est des couples qui se séparent et qui te mettent au milieu et ça c'est très compliqué quand il faut commencé, alors je parle pas de secret, de certificats médicaux alors là, j'évite hein, j'évite, j'essaie de pas les faire quoi ça c'est très compliqué, on a eu des problèmes comme ça. Des problèmes dans la famille tu vois ? c'est-à-dire que t'as les couples que tu connais depuis très longtemps et tout d'un coup ils se mettent à taper l'un sur l'autre et te mettent au milieu et te prendre à témoin donc ça il faut faire vachement attention, ça il faut faire vachement attention, ça c'est compliqué.

Parce que tu te retrouves entre les deux et ils te demandent...

M3 : ouais ça c'est compliqué, ou alors aussi parfois on a eu le cas, c'était pas dans un couple, quoi que si y'a eu aussi un problème de couple et on s'est débrouillé avec mes associées tu vois ? pour que l'une prenne l'un et l'autre prenne l'autre tu vois ? et pour euh voilà, qu'on soigne pas la même personne et on a eu un conflit comme ça avec S. je sais pas si elle s'en rappelle entre une employée et un employeur. Et on soignait tout le monde dans le cabinet en fait moi je soignais tout le monde, l'employé et l'employeur et entre eux ça a été terrible, un conflit terrible, et du coup S. a pris l'employeur et moi j'ai pris l'employée, c'était marrant (sourire) et après ça s'est réglé hein

Oui pour que chacun gère

M3 : oui et puis tu sais y'a aussi un truc dans notre pratique c'est quand tu vois les gens ils s'enflamment vite on est dans le sud ici hein, on est à Montpellier donc les gens ils s'enflamment vite, ils se disputent vite mais après il sont de nouveau..., et c'est momentané ça donc faut pas non plus se traumatiser pour des conflits comme ça parce que souvent nous après ils reviennent sur ce qu'ils ont dit et toi t'es même pas forcément au courant tu vois ils sont à nouveau..., voilà et le conflit il est terminé, ça c'est un truc tu sais, les conflits ils sont vite allumés ici dans la région et puis parfois ils sont vite redescendus tu vois ?

Oui parce que les gens s'énervent, bon ils peuvent être fatigués aussi un peu

M3 : oui puis c'est le caractère hein c'est le sud donc ils s'enflamment vite et toi tu te dis mais ohlala ils vont s'entre tuer puis non pas du tout en fait 15 jours après ils sont de nouveau euh, il faut prendre conscience de ça dans les conflits que tu peux avoir avec les patients parce que eux de leur côté c'est vrai que ça peut être le cas aussi

Oui effectivement ils peuvent s'énerver et au final revenir sur ce qu'ils ont dit parce qu'ils étaient énervés

M3 : mais ça je pense que à Chambéry tu peux pas dire la même chose, je pense que c'est pas le même tempérament, ils sont pas comme ça (rire)

Non c'est un peu différent effectivement

M3 : mais ça c'est sur hein, ça c'est sur

Je l'ai vu en déménageant effectivement

M3 : Ah les savoyards c'est pas les montpellierains c'est sur (rire), c'est sur, mais ta thèse la, les conflits c'est pas les mêmes, je suis sûr c'est pas les mêmes, les conflits c'est pas la même forme du moins, c'est peut-être les mêmes raisons à chaque fois mais c'est pas la même forme.

Merci beaucoup pour cette intervention

M3 : avec plaisir

Entretien 4 :

Bonjour, je suis médecin généraliste remplaçant et je suis actuellement en cours de thèse qui porte sur le conflit entre le médecin et le patient, dans ce travail je cherche à connaître les moyens utilisés par les médecins généralistes pour prévenir au maximum les conflits et sinon les gérer quand effectivement c'est compliqué de les prévenir pour but d'éviter les violences entre le médecin et le patient. Je cherche aussi à savoir quelles solutions il pourrait y avoir, s'il y en a (en fonction de l'expérience des médecins et de leurs vécus) pour essayer d'anticiper au maximum ces situations. Mon objectif secondaire est d'établir un guid line pour les jeunes médecins, comme une ligne de conduite, en tout cas avec le maximum de conseil.

Est-ce que je peux t'enregistrer ? sachant que je peux mettre pause et arrêter à tout moment

M4 : oui bien-sûr (sourire)

Ok. Ma première question, quand je parle de conflit entre le médecin et le patient, à quelles situations ça te fait penser ? vécues ou pas forcément ?

M4 : alors moi j'ai une situation vécue, donc c'est une dame en fait qui m'a envoyé un mail pour me demander si je pouvais faire un, un arrêt de, enfin, un arrêt pour l'école enfin une dispense, enfin non pas une dispense, (réflexion) un certificat d'absence pardon, un certificat d'absence pour l'école pour son fils mais 15 jours avant son mail en fait, donc j'ai dit que non, en plus elle m'a pas consulté pour ça, euh je peux pas certifier que l'enfant n'était pas capable d'aller à l'école euh les 15 jours avant. Et elle m'a envoyé un mail, elle m'a dit devant tant de considération, je vais changer de médecin traitant et après elle m'a carrément mis une.., elle m'a fait des reproches en fait, infondées. Elle m'a dit et puis quand vous m'avez annoncé mes résultats je sais pas quoi euh, j'ai raconté ça à un médecin de juvignac, euh qui était outré de votre comportement alors que j'ai.., enfin il s'est jamais rien passé quoi, et c'est une patiente qui m'envoyait des mails aussi pour me demander un certificat médical pour le sport pour son fils en urgence euh, pfff donc j'ai essayé de la rappeler parce que je voulais parler avec elle je ne voulais pas, je voulais que.., qu'elle m'explique vraiment qu'est ce qu'il se passe quoi et elle m'a jamais répondu donc j'ai laissé tomber.

D'accord elle n'a jamais répondu à ton appel

M4 : non elle a jamais répondu et du coup bon j'en ai parlé à mon confrère, qui m'a dit ça quand même ne, enfin... (réflexion) mieux vaut prévenir le conseil de l'ordre, donc j'ai appelé le conseil de l'ordre, j'ai expliqué, alors eux ils me conseillaient de dire euh, enfin de... de lui envoyer une lettre recommandée pour lui dire que, enfin (lève les yeux au ciel), comment dire, je ne voulais plus être son médecin traitant. Mais bien-sûr s'assurer qu'il n'y ait pas de situations d'urgences, en cours et euh par contre, bon elle devait faire un bilan de contrôle pour un calcium un peu trop bas, enfin un peu trop bas, à la limite inférieur de la normale, elle était pas en danger mais je voulais continuer les explorations de cette hypocalcémie donc le problème c'est que, je pouvais pas lui dire euh, « je ne veux plus être votre médecin traitant » sachant qu'il y avait une biologie euh en cours.

D'accord

M4 : donc c'est vrai que cette lettre je l'ai pas faite.

D'accord, oui parce qu'il y aurait eu une tentation pour entre guillemet rompre l'alliance pour pas avoir de soucis derrière des deux côtés mais comme il y a cet épisode de calcémie ça a été un peu compliqué

M4 : voilà, bah je me suis dit vu la réaction de cette dame, si je lui envoie moi, elle, elle a dit « je change de médecin traitant » donc ça venait d'elle, mais moi si je lui envoyais une lettre plus officielle je me dis je pense qu'elle, elle se serait retournée contre moi elle aurait encore cherché des excuses pour m'enfoncer ou elle m'aurait dit oui mais il y a le calcium vous me laissez en danger, enfin je me suis dit avec ce calcium je, pfff, je laisse, écoute elle veut changer de médecin tant mieux comme ça elle va

pas m'embêter plus (temps de pause), et puis je voulais pas réactiver le processus quoi, je me suis dit elle va m'embêter. Donc je sais pas si j'ai bien fait mais j'avais pas attiser, enfin j'avais pas lui donner matière à me..., à retorquer puis à me dire des choses qui étaient infondées comme elle a fait la première fois quoi.

Et tout par mail, elle t'a tout envoyé par mail ?

M4 : voilà en plus elle avait même pas eu la, enfin de m'appeler quoi, elle m'a pas appelé, elle m'a demandé tout ça par mail.

D'accord, effectivement

M4 : voilà, enfin j'ai voulu l'appeler moi pour qu'on ait une discussion mais normal hein c'était pas pour euh, pour m'énerver au téléphone mais elle a jamais répondu. Bon après j'ai pas insisté, je me suis dit après elle va dire que je l'a harcèle, donc euh, dans des trucs comme ça de toute façon il faut les laisser hein

C'est vrai que pour le coup, gérer une situation comme ça, tout seul c'est peut-être pas facile non plus ?

M4 : pas trop non, c'est pour ça que j'en ai tout de suite parlé à mon confrère je voulais avoir son avis, moi il m'a dit qu'aussi il avait eu des cas un peu de ce genre et lui par contre il a toujours fait la lettre recommandée avec accusé de réception pour le patient pour lui dire voilà, « la relation de confiance a été brisée ou a été voilà euh, comme vous n'êtes pas en situation d'urgence bah je romps le contrat qui nous unit » enfin il y a une formule pour ça, tu demandes au conseil de l'ordre et il y a une formule avec un article de loi comme quoi tu as le droit de rompre euh, ce contrat.

D'accord, officiellement effectivement il y a quelque chose

M4 : oui voilà, il y a 3 causes, enfin je crois qu'il faut voilà t'assurer que le patient n'est pas en danger, y'a trois.. (les yeux au ciel, réfléchit, temps de pause) euh trois...

Trois éléments à reprendre

M4 : oui voilà exactement,

D'accord, alors le deuxième petit point c'était plus en ce qui concerne l'attente en salle d'attente est ce que toi tu as déjà eu des soucis dans ce cas la ?

M4 : (hoche pour dire oui de la tête en souriant)

Comment est-ce que tu arrives à gérer ces problèmes ?

M4 : alors il y a plusieurs, euh bah c'est pas marrant parce que c'est vrai qu'il y a des fois des patients euh qui te font des réflexions, enfin c'est pas agréable quoi, l'autre fois il y a une dame qui me dit « il est quelle heure ? » donc je lui donne l'heure, et elle me dit « ah mais à cette heure-ci j'aurai du déjà être sortie » alors que c'est une dame qui est retraitée, qui a, enfin, ça va j'avais 20 minutes de retard je pense que c'est pas non plus euh, très important. Donc ça après bon j'ai d'autres exemples à te donner hein, quand j'étais enceinte y'a une dame qui m'a dit euh, euh non non c'était un monsieur, « ah bah vous devez avoir beaucoup de travail » j'ai dit « oui en ce moment j'ai beaucoup de travail » il m'a dit « parce que vous m'avez mis une demi heure dans les dents » alors que j'étais enceinte de 8 mois, j'avais une sciatique en plus des contractions, enfin, le bonheur, donc c'est pas facile à, pfff à accepter qu'on te dise ça alors que tu travailles quoi tu, et en plus c'est triste parce que t'es obligé de te justifier que tu travailles, que t'es pas en train de boire un café ou... et aussi un patient pareil, j'étais enceinte, c'était à la même période qui m'a dit euh « ah mais je pensais que vous n'étiez pas la parce que, non je pensais que vous dormiez parce que je n'entendais personne » alors que je venais juste de sortir avec une dame du bureau donc ça se voyait que voilà que je travaillais

Ils ont quand même des réflexions assez compliquées

M4 : voilà c'est ça, mais euh pourtant c'est, y'a pas beaucoup tu vois je peux te citer 3, 4 exemples mais ça te marque parce que même si c'est vraiment une toute petite minorité c'est tellement injuste que..., t'es obligé de t'en rappeler quoi.

Et ça comment tu arrives à le gérer ? alors soit quand le patient va te faire une remarque parce que c'est sûr que ça doit pas être facile, soit est ce que tu sais si il y a une organisation ou quelque chose qui toi hein personnellement te permet d'avoir moins de retard même si c'est quand même difficile ?

M4 : c'est compliqué parce que, c'est vrai que moi, nous on fonctionne tous les 20 minutes, tu t'en rappelles ? et euh voilà parce que j'ai remplacé dans des cabinets ou c'est tous les quarts d'heure et (temps de pause) c'est pas possible, moi je mettais tous les 3 patients euh, un rendez-vous bloqué pour pouvoir avoir assez de temps, pour tout le monde et puis ne pas être trop en retard non plus, mais quelques fois t'as un patient qui va venir qui va te prendre beaucoup de temps parce que bah y'a plusieurs choses à voir y'a plusieurs complications de ses pathologies ou qui est en détresse psychologique donc t'as besoin de, enfin de parler avec lui, après t'as d'autres consultations ou c'est, ou tout va bien c'est assez rapide mais ça tu peux pas le prévoir, donc

bon déjà au niveau du temps de la consultation 20 minutes je pense que c'est pas mal parce que pour une consultation qui est assez rapide bah au moins c'est suffisant et c'est sûr tu peux dépasser selon les cas et après euh.. ça c'est vraiment, c'est sûr au niveau organisationnel et après voilà tu peux avoir un coup de fil d'un patient qui te prend un peu plus de temps, ou un médecin à appeler pour demander un avis donc... (temps de pause) pfff le retard malheureusement.

Plus sur le temps de consultation par exemple comme tu dis toutes les 20 minutes ou tu peux essayer d'allonger un peu le temps mais après c'est vrai que tout ce qui reste imprévu malheureusement...

M4 : et oui malheureusement dans notre métier en médecine générale je pense les imprévus euh, il y en a beaucoup, enfin...

C'est vrai qu'on peut pas laisser un patient qui appelle et qui a quand même un cas qui puisse être urgent

M4 : bah c'est ça, y'a des cas, bah des fois tu restes 30 secondes, des fois tu restes 5 minutes (lève les épaules, temps de pause) alors c'est vrai que de plus en plus je me mets aussi des rendez-vous bloqués dans l'après-midi comme ça je me dis s'il y a bon, s'il y a une urgence déjà il y aura le créneau dédié et en plus pour éponger un petit peu le retard que j'aurais pu prendre, mais que je peux débloquer bien-sûr si un moment y'a besoin de toute façon (hoche les épaules) tant pis je préfère que les patients râlent qui a du retard que de ne pas prendre un patient qui en a besoin.

D'accord, oui te laisser un petit temps en plus en fonction de ton programme de la journée et comme ça ça te permet de faire ce que tu as besoin de faire

M4 : oui c'est ça (sourire)

D'accord le troisième point ce serait plus au niveau structure de soins, du parking à l'accès au cabinet salle d'attente toutes ces choses là, avant que le patient entre dans le cabinet du médecin, dans la salle, est ce que vous dans le cabinet vous avez eu des soucis ? des patients qui se sont plaint ? secrétariat aussi ou pas ?

M4 : non, non parce que les patients bon peuvent se garer en bas mais bon quelques fois il y a pas de place mais bon avant le cabinet ou il était, il était vraiment au centre sur la place du village, donc ils sont un peu habitués à ce que le stationnement soit pas simple, donc il y a une place handicapé comme partout, mais c'est vrai que quelques fois les patients ne pouvaient pas se garer devant donc ça au niveau stationnement ils sont habitués, après si la seule chose (pointe l'index) alors parce qu'en fait on a un monte charge, on est au premier étage donc on a un monte charge et quelques fois, enfin on a beaucoup de soucis avec la société qui l'entretien et donc c'est vrai que quelques fois il ne marche pas et ça c'est un soucis par contre. Mais pfff, ils se sont pas vraiment plaint ils nous l'ont signalé qui marchait pas et les personnes en fauteuil roulant euh j'ai pu les examiner dans le local de l'infirmière qui est en bas, donc non c'est plus des signalements que des plaintes, après dans la salle d'attente non y'a pas eu de, de soucis et puis bon on a pas de secrétaire.

Mais ça est ce que ça pose vraiment problème ou au final est ce que c'est quand même fluide, parce que c'est un secrétariat téléphonique ?

M4 : oui ça, par rapport à ça, bah au début quand on l'a mis en place bah du coup ça les a.. ils savaient pas ce qu'il se passait parce qu'avant on répondait tout le temps mais on avait 70 appels par jour c'était vraiment, c'était ingérable, on répondait tout le temps, tout le temps donc même les patients ils en pouvaient plus parce que par patient on appelait 4,5 fois fin c'était pff, donc ça ils ont reconnu que c'était, bah que c'était mieux parce qu'on, ça sonne beaucoup moins, après quelques uns se sont, bah comme c'était pas habituel au début ils râlaient un peu. La ça va bon toutes les personnes qui ont internet prennent rendez-vous par internet et celles qui ne l'ont pas, prennent par téléphone et ils peuvent aussi nous joindre, maintenant ça va, c'est vrai qu'au tout début ça les a, ça les a surpris.

Ils étaient plus surpris mais après ça allait ?

M4 : oui la c'est très rare quelqu'un qui se plaint, après les personnes âgées..., mais la plupart arrivent à nous appeler donc y'a vraiment pas de soucis, et celles qui sont, ou y'a une infirmière ou un infirmier qui passe chez elles euh, elles passent par l'infirmier ou l'infirmière donc, non ça marche bien

L'information est assez rapidement prise du coup il y a pas de problème

M4 : oui

OK d'accord, est ce que tu aurais plus de difficulté avec certaines personnes que d'autres, certains groupes de patients que d'autres, dans ton exercice, dans ton cabinet ou lors de tes remplacements ?

M4 : un groupe c'est-à-dire, au niveau sexe ?

Au niveau par exemple de la compréhension, est ce que t'as déjà eu des conflits avec des personnes parce qu'il y avait une incompréhension dans la prise en charge ou qui s'énervaient parce qu'ils comprenaient pas, ou qu'ils pensaient qu'on allait pas

bien s'occuper d'eux des choses comme ça, ou plus comment expliquer, des groupes de personnes qui vont moins comprendre que d'autres, ou sinon pas forcément.

M4 : moi j'ai en tête un monsieur, en fait qui a perdu euh 6 points d'hémoglobine en un mois je crois ou un mois ou deux pas plus et donc je lui ai expliqué que l'a il y avait urgence parce que il y avait sûrement une hémorragie digestive enfin, et en plus il m'a dit « ah oui j'ai eu des selles noires il y a 15 jours », bon pour lui ça lui a pas paru inquiétant, et je lui ai dit en tout cas enfin, vous avez du saigner de quelque part et ça il faut vraiment très rapidement même urgemment j'ai appelé le gastro, mais il m'a engeu, enfin il m'a grondé (rire) pour me dire que, enfin non que je racontais enfin pas que je racontais n'importe quoi mais il me l'a fait un peu comprendre, non non que pour lui il a pas saigné, non enfin et après donc j'ai appelé le gastro il m'a dit : « ah oui oui oui » enfin oui bah que j'avais raison de toute façon enfin, que très probablement il y a un saignement quelque part et du coup euh, donc il l'a vu et après donc il a fait la gastroscopie, fibroscopie il a rien trouvé et il m'a dit « vous voyez, il y a rien eu » euh enfin « vous m'avez mis euh », comment il m'a dit ça ? (réfléchit) en gros oui « vous m'avez euh vous m'avez tué quoi en me disant un truc, en m'annonçant ça » et même le gastro il a dit qu'il comprenait pas pourquoi il avait rien trouvé et qu'il pensait faire une video capsule du grêle parce que il s'est dit il y a eu un saignement quelque part, donc je lui ai dit « il y a eu un saignement, la y'a plus mais vous avez saigné un moment donné puis c'est tout mais, en boucle il me disait euh, mais vraiment il me grondait il a vraiment haussé le ton et...

D'accord il comprenait pas alors qu'effectivement il y avait peut être...

M4 : bah il y perdu 6 points en un mois ou deux enfin c'est pas anodin quoi c'est..., en plus il y a eu ses selles noires c'est qu'il y a eu un saignement quelque part c'est, enfin, on peut pas le nier quoi même il m'a dit mais le gastro était d'accord avec vous j'ai dit « bah oui parce que fin voilà c'est tant mieux on a pas trouvé quelque chose de grave mais il y a eu un saignement » et ça il voulait, je pense que si il m'en reparle il veut pas l'admettre encore

D'accord

M4 : après non c'est, je réfléchis mais j'ai pas d'autre

Alors globalement toi si t'avais des conseils à donner aux plus jeunes médecins, remplaçant ou qui veulent s'installer dans les conflits dont tu m'as parlés, par exemple typiquement le refus devant une demande abusive, que ce soit effectivement certificat, arrêt de travail ou autre et puis, bon après tu avais moins de soucis avec l'attente, plus au niveau des refus qu'est-ce que ce serait ? qu'est-ce que tu ferais en tout cas si c'était à refaire ?

M4 : pour le certificat médical, vraiment pour l'absence scolaire la même chose parce que, ouais il faut pas que le médecin se mette en danger euh, bon c'est pas un gros danger y'a personne qui va être en..., la vie de personne est en danger mais enfin, la responsabilité est engagée et si jamais on apprend que le jeune voilà, je lui fais un certificat comme quoi il était absent à l'école pour des raisons de santé puis qu'on a appris je sais pas moi qu'il a, il a été au casino ou j'en sais rien des choses ou (rire) il a été pris la main dans le sac euh bah euh voilà quoi je serai impliquée, donc non il faut pas voilà, il faut pas se laisser faire et puis il faut surtout il faut expliquer au patient pourquoi on fait ça et pourquoi on fait pas autre chose mais voilà il faut pas, il faut pas céder parce que si on cède pour un arrêt de travail abusif ou un certificat médical d'absence alors qu'on était pas présent à ce moment la enfin, non c'est la porte ouverte puis après on dit ah bah celui-là ou celle-là elle, elle fait des arrêts faciles, on aura toutes les personnes euh qui vont venir pour ça et puis dans le lot il y en aura toujours un qui aura fait un truc pas nette et on sera impliqué quoi, non il faut surtout pas.

Donc vraiment expliquer et puis être assez ferme dès le départ ?

M4 : voilà il faut toujours expliquer de tout façon après, puis le noter dans le dossier, dire j'ai refusé car euh voilà, ça ça et ça le patient était pas content, voilà je lui ai expliqué qu'on était pas obligé de continuer ensemble voilà enfin, sa vie n'est pas en danger donc je peux, voilà rompre le contrat qui nous lie enfin, pareil il faut tout noter aussi

D'accord, ok

M4 : Après ne pas hésiter à appeler le conseil de l'ordre, parce qu'ils sont de très bon conseil et...

En cas de soucis ou doute

M4 : pour leur signaler quand on sent qu'il y a une situation qui peut mal tourner, ou (temps de pause) il vaut mieux qu'ils soient au courant et comme ça si jamais un jour le patient attaque bah ils étaient déjà au courant et ils seront là pour nous épauler.

Tu t'es jamais retrouvée dans une situation ou un patient a été quand même violent envers toi ?

M4 : non

Pas jusque-là non plus ?

M4 : non, non

Ecoute merci beaucoup, je ne sais pas si tu as d'autres choses à me dire ? pour moi c'était tout bon

Merci

M4 : je t'en prie tu me tiendras au courant pour ta thèse

Entretien 5 :

Je me présente, je m'appelle line KOCHOEDO je suis médecin généraliste remplaçant en cours de thèse et mon sujet est sur le conflit entre le médecin et le patient. Je cherche à savoir quels moyens les médecins généralistes utilisent pour prévenir les conflits avec le patient ou les gérer quand c'est moins facile de les prévenir, pour éviter les violences. Quelles solutions auraient les médecins en fonction de leurs expériences pour éviter que certaines situations se reproduisent. Mon objectif secondaire est d'établir un guid line pour les jeunes médecins, de conseils etc...

Est-ce que je peux vous enregistrer sachant que je peux mettre pause ou arrêter l'enregistrement à tout moment ?

M5 : d'accord oui bien-sur oui

Ma première question, quand je parle de conflit entre le médecin et le patient à quelles situations, ça va vous faire penser sachant que ça peut être vécue ou pas forcément vécue ?

M5 : (yeux en l'air, réfléchit) Euh, c'est vrai qu'on peut avoir euh, nous le conflit euh il va surtout être quand on a des demandes éventuellement abusives ou euh ou qu'on va pas pouvoir répondre favorablement. Donc ça c'est vrai que c'est, il me semble que c'est en premier lieu c'est ceux à quoi j'ai pensé c'est ça qui peut amener à un, un conflit avec un patient. Euh voilà c'est ça quand même la première cause je pense.

D'accord et ça, donc quand vous vous retrouvez face à cette situation comment vous le gérez habituellement ?

M5 : alors c'est vrai que ça va dépendre de la personne, c'est sûr que ça va être très variable, euh moi j'essaie d'expliquer ma position, euh après c'est vrai qu'il y a des gens qui sont tout à fait dans l'écoute enfin qui vont saisir le problème ou la situation et puis il y en a qui vont pas du tout comprendre ou qui vont faire euh comme si ils ne comprenaient pas. Donc la des fois on est face à des murs, euh donc à ce moment là alors... (rire) ça dépend un peu de la journée ou on est, des fois on va laisser courir euh des fois on va, ça peut arriver qu'on s'énerve (rire), euh voilà (rire) ou qu'on, voilà ou qu'on le prenne plus, euh de manière un peu plus énergique, mais euh voilà c'est vrai que ça va vraiment, et puis ça va dépendre aussi de la personne, parce que nous c'est vrai que quand même nos patients, voilà quand c'est des patients qu'on connaît euh y'en a on sait qu'ils sont tout le temps dans des demandes, dans des demandes, dans des demandes, donc bon des fois euh quand ça va trop loin bah on essaie de faire comprendre à la personne que ça convient pas et qu'il faut changer la prise en charge euh, et puis des fois euh y'a des gens aussi ils sont dans la demande, dans la demande et après on sait aussi que derrière y'a un passif, y'a une psychologie particulière et ça peut arriver aussi qu'à ce moment là on relâche un peu plus les choses aussi parce qu'on connaît bien la personne, on sait un petit peu sa psychologie. Bon c'est très, euh très variable en fait, voilà d'une personne à l'autre.

En fonction des situations aussi

M5 : voilà, tout à fait ça dépend de la situation du patient, de, bon quelle est la demande déjà aussi parce que c'est vrai qu'une demande à l'autre ça va être variable. Euh nous ça dépend de, du patient quelle est, voilà quel type de patient quel type de demande et puis après nous aussi des fois ça va jouer aussi en fonction de notre psychologie du jour hein ça c'est sûr. Voilà des fois on est, c'est sur enfin voilà.

Ok, d'accord, est ce que, bien sûr c'est pas toujours évident mais est-ce que vous auriez une idée, une façon d'anticiper ce conflit essayer d'éviter ce conflit effectivement qui est très présent sur le refus par exemple d'un certificat ou d'un arrêt de travail comme vous disiez des refus de demandes abusives ?

M5 : ouais, euh pfff, anticiper bah je pense que c'est euh (réflexion) en fait nous on sait qui va, parce qu'on les connaît nos patients donc c'est vrai qu'on sait éventuellement qui c'est qui va mal réagir et qui c'est qui va réagir à peu près, qui va nous suivre quoi. Donc à ce moment là nous c'est vrai que c'est peut-être en l'amenant en lui expliquant un peu d'une certaine façon, on se dit lui c'est sûr que, si je lui dis direct je vous fais pas ça il va me, il va s'énerver voilà donc euh (yeux en l'air, temps de pause) on va peut-être l'anticiper dans ce sens là en connaissant déjà les réactions passées, euh après euh (yeux au ciel) non c'est

expliquer le plus possible, après ça arrive qu'on arrive à des extrêmes ou qu'on dise aux gens je peux plus vous suivre ou euh voilà des choses comme ça hein, ça c'est possible hein si c'est tout le temps dans le conflit au bout d'un moment euh voilà, à ce moment là on arrive pas à trouver les solutions donc euh voilà. Mais bon souvent quand y'a quand même ce type de réponse c'est que derrière il y a quelque chose aussi donc voilà.

Oui il y a un passif

M5 : ouais ouais donc c'est vrai que de, de leur dire partez machin c'est pas toujours non plus une solution faut bien aussi les prendre en charge et les soigner quoi. Voilà, donc ouais, non anticiper a part voilà sur la connaissance du patient, si on connaît pas le patient c'est pas toujours évident quoi, si c'est sur euh quelqu'un qu'on voit pour la première fois ou en garde par exemple ça peut arriver aussi qu'on ait ce type de, donc à ce moment la moi je, c'est vrai qu'en garde je garde ma position de voilà, toute façon je, c'est moi qui décide et puis voilà, ça reste euh, on va pas plus loin et c'est vrai qu'on a cette position en garde comme on connaît pas la personne euh c'est plus facile, parce que c'est vrai que quand on connaît le patient aussi, ils ont tendance aussi à plus chercher à négocier et puis nous aussi on a tendance à être moins strict parce que c'est des gens aussi qu'on suit depuis longtemps donc euh voilà des fois aussi on va laisser peut être un peu plus couler quoi, voilà.

Y'a un passé, comme vous dites, vous le connaissez

M5 voilà, ouais voilà !

D'accord ok, est ce que vous pensez à une autre situation qui pourrait être conflictuelle, dans l'exercice que vous avez, soit depuis votre installation, soit avant ?

M5 : euh après des fois c'est plus avec, par exemple des familles ou ça peut être un petit peu euh, sur les patients qui ont voilà, sur des patients qui ont des pathologies lourdes, voilà qui sont en perte d'autonomie tout ça on peut des fois avoir des discussions avec les familles, alors c'est pas vraiment un conflit mais des fois c'est un petit peu euh voilà, ils ont des questions un petit peu virulentes puis, du coup nous voilà, souvent c'est parce qu'ils ont pas compris certaines choses, après moi j'ai pas trop de gens qui vont venir parce que par exemple ils sont pas contents de la prise en charge, enfin en médecine générale quand même dans l'ensemble les gens quand même nous font confiance, et euh bon c'est vrai que ça a pu être voilà quelqu'un qui soit pas content euh de la prise en charge ou qui pense qu'on a fait une erreur mais c'est pas, c'est franchement pas la première chose qui, voilà, c'est pas le... Après comme motif de conflit qu'est-ce qu'il pourrait y avoir ? (temps de pause) euh qu'est-ce qu'il pourrait y avoir ? Ah ça me vient pas en tête comme ça (lève les yeux au ciel) mais sur les prescriptions sur euh ? Pfff (temps de pause et réflexion) non des fois on peut, ah oui des fois ci ci il y a quand même le reproche qu'on peut avoir sur notre façon de travailler, sur les horaires, sur les disponibilités de rendez-vous, euh c'est vrai que ça quand même si bon pareil, alors c'est des reproches qu'on nous fait comme ça qu'on nous dit euh en fin de consultation ou machin, « j'ai pas réussi à avoir de rendez-vous rapidement » ou euh « vous êtes pas assez disponibles » voilà des trucs comme ça, bon après euh, bon ça c'est pas vraiment un conflit parce que nous on répond pas vraiment on dit bon « écoutez oui voilà on fait ce qu'on peut », ou on leur explique comment on fonctionne quand vraiment euh on a voilà, mais euh y'a ce type de, des fois de petits conflits qu'il peut y avoir ouais, ouais.

Au niveau de ce que vous disiez, qui n'est peut-être pas majoritaire mais de l'incompréhension des familles ou des patients ça pareil vous arrivez à le gérer comment (quand je dis gérer ça peut être le comportement, l'attitude ou même émotionnellement) ?

M5 : Alors euh oui bah la, vraiment la réponse première c'est de, c'est d'expliquer et de voila d'expliquer vraiment ce qu'on fait, et euh, si on leur dit voilà moi j'ai fait ça parce que j'ai observé ça, j'ai pensé ça donc euh bah du coup j'ai fait ça comme prise en charge euh voilà j'ai mis ça en place normalement voilà ça les rassure les gens quand même parce que souvent c'est voilà c'est qui sont, ils ont besoin d'être rassurés et donc voilà en les rassurant comme ça en montrant qu'on est maître de la situation et qu'on sait ce qu'on fait euh habituellement voilà ça quand même ça calme les choses et ça va pas plus loin quoi, voilà. Donc la après c'est pareil si ça va trop loin à un moment donné il faut aussi savoir leur dire « écoutez si ma façon de faire ne vous convient pas » je pense que, quand vraiment c'est pas du, ils sont pas du tout sur la même longueur d'onde je pense que la des fois il faut quand même être euh, leur dire « écoutez moi, voilà je peux pas continuer une prise en charge dans ce sens là » si vraiment voilà il faudrait voir quelqu'un d'autre ou si ça ça arrive vraiment à ce moment là d'aller jusque-là parce que euh voilà c'est important qu'il y ait une confiance c'est la base donc euh quand même quand y'a une confiance d'habitude on arrive quand même à voilà, c'est juste souvent un manque d'information ou un manque de communication donc voilà ça va, ça se gère quand même.

D'accord, si je vous parle de tout ce qui est attente en salle d'attente est ce que vous avez des soucis de ce côté là ? un patient qui va pas être content parce qu'il a trop attendu ?

M5 : voilà donc ça c'est ce que je disais par rapport au prise de, voilà au côté organisationnel, euh et c'est vrai que oui ça arrive euh alors souvent (rire) c'est un peu les mêmes aussi qui vont râler sur le reste hein donc euh voilà, euh bon ça franchement moi la dessus (hoche les épaules) je, c'est vrai que bon moi ça fait pas non plus très longtemps que je suis installé mais c'est vrai qu'au début on se fixe un peu la dessus puis au bout d'un moment bon on laisse un peu couler de toute façon on leur dit « écoutez moi », enfin on répond même p., moi souvent je laisse dire et puis je passe de suite à la suite et puis voilà, après si ça devient vraiment trop euh (réflexion) un peu trop agressif peut être la je vais peut-être dire « attendez stop ça va » toute façon, enfin

voilà, de toute façon il suffit de.., non franchement je réponds pas la plupart du temps je pense que je, je (temps de pause) voilà je cherche pas trop à discuter de ça parce que de toute façon euh voilà c'est euh, puis euh finalement les gens souvent ils râlent dans la salle d'attente parce que nous des fois on a des retours de patient qu'on voit avant, il nous dit oulala lui il fait que râler il fait que dire que vous êtes en retard et tout machin puis quand le patient il arrive dans le cabinet là il dit plus rien, là il arrive il est content et de suite il expose son problème et euh on l'entend pas, donc c'est quand même voilà c'est souvent, les gens râlent derrière nous (rire) mais quand ils sont devant nous on les entend plus quoi voilà (rire). ça c'est quelque chose d'assez fréquent. Voilà

Donc au niveau de cette attente est ce que, alors au niveau plutôt organisationnel pour vous il y aurait des façons de faire qui permettraient de limiter par exemple le retard ? alors je le mets bien entre guillemets bien-sûr parce que...

M5 : ouais ouais, alors ouais bah le retard c'est sûr que il faudrait qu'on ait des fois des créneaux de rendez-vous des fois un peu plus long. Euh nous on est sur un quart d'heure de rendez-vous euh alors c'est vrai que un quart d'heure c'est toujours un peu court mais euh 20minutes c'est un petit peu presque un peu long, enfin, en moyenne en fait il y a une consultation bon ça c'est dans toutes les études c'est 17 /18minutes je crois un truc comme ça donc c'est vrai qu'on est un peu entre les deux avec un quart d'heure on est un peu juste donc c'est vrai que nous on a fait le parti d'un quart d'heure parce que euh, parce que euh au moins on attend jamais nous entre les patients quoi voilà on enchaine voilà, après euh voilà du coup on prend du retard parce que bon bah on a aussi, on doit aussi voir tous nos patients dans la journée on a nos plannings qui sont pleins donc on peut pas, enfin voilà donc ça après c'est difficile de le gérer, euh pfff après moi je suis pas non plus euh, euh j'ai pas non plus 3h de retard donc, voilà je pense que les gens ça d'ailleurs souvent les gens disent « ah c'est bien vous avez pas trop de retard vous » et tout donc euh, ouais il y en a quelques uns qui vont râler mais c'est, moi c'est pas un problème vraiment euh, après l'anticiper voilà il faudrait avoir des rendez vous plus long, après il faut pas l'avoir non plus en tête parce que il faut aussi prendre le temps quand on est avec un patient, il faut pas se dire « ohlala je suis en retard » alors ça c'est vrai que des fois c'est un peu difficile parce que, du coup on l'a un petit peu en tête quand on voit la salle d'attente pleine on se dit « mince il faut que je me dépêche » donc ça il faut faire voilà, il faut quand même être un peu serein la dessus, donc on début quand on s'installe, pour les jeunes, justement les jeunes médecins c'est pas évident quoi, mais voilà après être sur rendez-vous voilà ça permet aussi d'éviter qui est trop trop d'attente aussi euh, pff ouais les solutions après euh..., non à part ça je vois pas trop euh

Où ce serait plus sur la longueur entre guillemets des rendez-vous principalement

M5 : ouais voilà, en fait voilà prendre des rendez-vous éventuellement un peu plus long ou avoir des rendez-vous d'un quart d'heure mais se mettre des créneaux vides en fait pour pouvoir rattraper éventuellement le retard et puis après il faut aussi se laisser du temps dans la journée pour pouvoir régler aussi tout le reste parce qu'en fait souvent on est dérangé entre deux patients il faut qu'on appelle un spécialiste, il faut qu'on, qu'on gère une situation ou qu'on, voilà qu'on prenne un coup de téléphone euh d'un patient ou d'un confrère donc ça c'est vrai que avoir du temps euh avant ou au début des consultations pour pouvoir gérer ces situations ça permet après d'avoir vraiment que le temps de consultation pour voir les gens, donc là aussi on prend moins de retard. Parce que c'est ça qui nous fait prendre du retard aussi des fois oui. Voilà, donc ça ça peut arriver de l'expliquer au patient hein quand vraiment ils comprennent pas pourquoi on a du retard de dire bah écoutez moi la j'ai pris du retard aussi parce que j'ai dû appeler un confrère, il y avait un patient qui était pas bien j'ai dû, voilà le prendre en plus, ça en l'expliquant d'habitude quand même bon voilà c'est, oui.

Ils arrivent à comprendre

M5 : voilà, après moi je leur dis toujours euh, parce qu'on a des secrétaires du coup un secrétariat téléphonique, je dis laissez un message, si voilà, si vous arrivez pas à m'avoir vous me laissez un message et puis après moi je vais quand même le traiter je vous rappellerai le jour même où le lendemain en fonction de l'urgence donc euh n'hésitez pas voilà, parce que des fois c'est, ils sont un peu frustrés de pas avoir eu de réponse euh voilà on leur a dit y'a pas de rendez-vous avant quatre, cinq jours du coup ils font, une semaine, ils sont pas voilà donc ça voilà j'essaie d'expliquer ça au minimum, voilà, donc ça ça peut être des solutions voilà pour pouvoir gérer tout ça quoi.

Ok d'accord, alors je voulais juste vous parler de la structure de soins en générale de l'extérieur : des places de parking, accès au cabinet, secrétariat dont vous parliez ?

M5 : oui alors c'est vrai que les gens euh, nous c'est vrai qu'on est en ville donc c'est vrai que ça c'est aussi quelque chose qui, que les gens évoquent souvent c'est le fait d'avoir des places de parking ça c'est vrai que c'est un truc (rire), nous on est plutôt bien noté parce qu'on est un peu en périphérie et du coup euh, les gens nous disent, « oui c'est bien chez vous on peut se garer », voilà ça c'est un truc, donc je pense que y'a des cabinets ou ça doit peut être, les gens doivent râler vis-à-vis de ça. Et d'ailleurs on est en train de déménager, dans quelques mois on va déménager et là les gens la question qu'ils posent en effet en premier c'est est ce que vous aurez des places de parking ? et euh ça c'est vrai que c'est quelque chose qui je pense que amener pas mal de conflit, après nous on a des vieux locaux donc actuellement, vu qu'on va déménager dans quelques mois, et donc la ça peut aussi euh, les gens des fois certains râlent voilà parce qu'on a des escaliers pour, euh, voilà y'a pas d'accès euh PMR enfin handicapé voilà (rire), et donc euh voilà y'a des gens qui vont râler parce qu'il y'a deux petits escaliers pour monter pour rentrer

dans le cabinet et ils ont du mal enfin voilà, c'est pas vraiment râler mais ils nous font la remarque quoi, donc voilà ils nous font la remarque, « il faudrait mettre une petite rampe » il faudrait mettre un truc bon après voilà, moi je leur explique qu'on va déménager dans 6 mois et que du coup on fait pas de nouveaux travaux, voilà ça c'est vrai, la salle d'attente un peu petite aussi, voilà bon, encore que ça les gens n'en parlent pas trop, mais c'est plus voilà l'accès parce que nous on a un vieux cabinet quoi, voilà donc ça c'est vrai qu'on a des remarques la dessus euh voilà après qu'on ait pas de secrétariat sur place aussi bon bah ça ça peut, les gens ont quelques remarques parce que du coup c'est un pool de secrétaires et c'est vrai que bon bah y'a plusieurs secrétaires donc des fois il y en a certaines qui euh qui sont plus ou moins euh, qu'on plus ou moins d'expérience dans le médical donc pour certaines c'est plus peut être des secrétaires qui viennent du commercial, donc du coup des fois des réponses un petit peu... un petit peu voilà..., pas toujours, voilà ça manque un petit peu des fois d'humanité par rapport à une secrétaire qui est sur place qui les connaît bien, donc ça c'est vrai qu'on a des retours aussi des remarques, euh voilà bon la dessus moi je reste assez neutre parce que je veux pas non plus rentrer dans un conflit avec les., voilà je sais pas ce qui a été dit vraiment, c'est le retour d'un patient, les secrétaires elles font aussi ce qu'elles peuvent, donc la dessus moi voilà je reste euh donc ça c'est vrai qu'on a des remarques sur le secrétariat, je pense que peut être avoir une secrétaire sur place du coup les gens seraient un peu plus, la connaîtraient, ce serait un peu plus euh voilà, un peu moins de remarque la dessus. Euh bon après la dessus je pense qu'il faut pas trop rentrer en conflit avec le patient parce que voilà c'est euh, enfin, voilà.

Oui ce sont des choses on fait comme on peut

M5 : voilà au niveau organisation je vois pas d'..., voilà, et après voilà c'est surtout notre disponibilité quoi voilà, c'est sur on a pas mal de remarque la dessus, après il faut aussi être disponible en même temps (rire) il faut garder certaines distances donc voilà.

Oui exactement. Ma dernière question ce serait est ce que vous dans votre pratique vous auriez plus de soucis avec un profil de patient particulier ou pas ?

M5 : euh bah c'est vrai qu'il y a des gens avec qui ça a du mal à passer hein, à chaque fois qu'on..., enfin ça le fait moins maintenant mais c'est vrai que euh au début surtout quand je me suis installé y'en avait certains je me disais oh lala encore lui j'ai pas envie de le voir voilà, alors après est ce que c'est un profil ça c'est difficile moi de mon point de vue, de le voir je pense que c'est plus de l'extérieur quelqu'un pourrait dire, bah voilà, quelqu'un qui viendrait me remplacer justement pourrait dire a bah il a tel type de patient, il a tel type de patient qui sont emmerdeurs, d'autres voilà euh, parce qu'après c'est toujours pareil c'est un peu à notre image et puis bon au début c'est vrai qu'on euh, on s'installe on a un peu tout type de patient puis petit à petit ça se, au fil des années, un patient qui est la depuis 30 ans je pense que ça va être vraiment très très marqué quoi on le voit, euh vous devez le voir en remplaçant et puis nous on le voit aussi quand on voit des patientèles arriver avec un médecin qui part à la retraite, euh pfff, c'est quoi y'a un type de patient qui serait plus difficile ? c'est ça ?

Alors bah est-ce que pour vous est ce que dans votre pratique vous allez avoir plus de mal avec certains profils de patient ou pas forcément ? si vous en avez pas...

M5 : euh ouais bah c'est pff c'est sûr que les patients avec des pathologies euh voilà des pathologies psychiatriques et tout des fois c'est pas évident quoi c'est sûr que., après quand on les connaît bien ça va mieux quand même c'est toujours pareil hein voilà je pense que c'est vraiment c'est ça hein c'est quand, mais des fois au début quand on commence à les suivre et tout c'est difficile de les cerner et bah c'est pas évident quoi d'avoir les réactions euh adéquat que ce soit nous et puis réagir face à leurs réactions à eux, et ouais des fois on est pas à l'aise quoi c'est vrai que des fois on est pas à l'aise on sait pas trop comment faire donc euh, plutôt des patients de pathologie psychiatrique après euh..

C'est plus facile de les gérer une fois connu et de les cerner ?

M5 : oui voilà, ouais ouais tout à fait ouais, euh après on a des gens on se dit ils comprennent rien quoi (rire) c'est pas bien de dire ça mais c'est vrai quoi, on arrive pas à leur faire comprendre quoi et alors moi j'en ai deux, trois comme ça ou c'est compliqué quoi alors heureusement c'est, vraiment une minorité de minorité mais euh mais c'est compliqué quoi ouais. Après des fois c'est vrai qu'on a des populations aussi ou ça peut être difficile, nous c'est vrai qu'on a une population gitane euh, bon moi c'est vrai que je suis pas dans un quartier où y'en a beaucoup beaucoup mais c'est vrai que euh des fois c'est pas évident aussi parce qu'ils ont une façon de voir les choses qui peut être différente de la nôtre, donc des fois c'est vrai qu'il faut expliquer, c'est pas toujours bien compris et des fois alors après quand les gens viennent, c'est toujours pareil si c'est des gens qui viennent nous voir, qu'on voit régulièrement si on leur explique d'habitude ça va pour comprendre mais des fois c'est vrai que dans certaines situations comme à la maison médicale par exemple euh la c'est vrai que des fois ça peut être un peu plus chaud et faut rester, bon faut rester strict je pense mais euh voilà la c'est vrai que des fois c'est plus culturel quoi voilà, bon ça j'y pense qu'il doit y avoir des retours la dessus aussi quoi voila

Ecoutez merci beaucoup je sais pas si vous aviez d'autres choses en particulier ?

M5 : euh non après des fois quand même on arrive dans des situations où c'est plus vraiment gérable parce qu'on a vraiment, enfin moi ça m'est arrivé une ou deux fois à avoir des patients vraiment très agressifs et alors ça a jamais été de la violence euh

la j'en ai un encore que je suis qui est tout le temps dans le, voilà dans la demande dans le conflit et euh en fait c'est pas évident parce que moi j'ai, lui j'ai essayé de lui faire comprendre deux, trois fois que je pouvais plus, enfin que j'avais plus envie de le suivre parce que une fois quand même il est parti en tapant dans la porte en claquant la porte et tout euh donc ça la c'est vraiment, j'ai que ce patient ou il y a vraiment eu, ça a été assez chaud et euh et il a aussi été désagréable avec certains remplaçants ou ça s'est très mal passé parce que les remplaçants ne se sont pas, voilà ont pas voulu lui prescrire des choses, et on en été la et la moi c'est vrai que je me suis un peu renseigné comment je peux faire avec ce patient et tout c'est sûr que si il part pas de lui-même euh c'est compliqué on peut pas non plus le mettre complètement dehors parce que je suis son médecin traitant et voilà, donc voilà y'a quand même des moments où on peut être un peu face à une difficulté comme ça euh donc la moi j'essaie un petit peu de.., au fur et à mesure de lui faire comprendre qu'il faut qu'il parte parce que moi je peux plus voilà euh, c'est pas possible d'avoir ces réactions la mais euh voilà mais c'est pas évident et puis en même temps après on se dit bon bah c'est personnes la faut aussi que, en tout cas c'est une personne qui a quand même de gros problèmes de santé, faut aussi que quand même quelqu'un s'en occupe euh, le gère un minimum même si c'est difficile euh voilà donc y'a des situations complexes. Après je sais pas peut être expliquer comment on peut faire, c'est vrai que moi après j'ai peut-être pas tous les recours peut être en faisant la thèse ça sera plus claire c'est de savoir comment on fait vraiment quand on est face à un patient qui vraiment nous pose de grosses difficultés qu'on peut plus le prendre en charge parce que ça a été très, ça s'est très mal passé euh quels sont nos recours et quels sont nos voilà, donc ça ça peut-être je pense bien de pouvoir l'expliquer et le donner comme information quoi

Effectivement oui

M5 : voilà

Comment faire parce que c'est vrai qu'on peut se retrouver dans ce genre de situation malheureusement et à gérer tout seul c'est pas ce qui a de plus simple.

M5 : voila ouais, parce que la plupart du temps quand ça se passe mal les gens s'en vont après quand même hein, mais euh voilà quand vraiment ça se passe mal des deux côtés, mais bon on a quand même des cas des fois comme ça (rire) ou c'est difficile.

Ecoutez merci beaucoup

M5 : voilà

Entretien 6 :

Je suis Mme KOCHOEDO je suis médecin remplaçant actuellement en cours de thèse, elle porte sur le conflit médecin /patient. Dans ce travail je cherche à connaître quels sont les moyens utilisés par les médecins pour prévenir les conflits avec leurs patients ou les gérer quand c'est pas facile de les prévenir pour éviter les violences. Je cherche aussi quelles solutions avec l'expérience qu'ont les médecins, on pourrait trouver pour essayer d'anticiper certaines situations quand c'est possible et mon objectif secondaire serait de faire un guid line pour les jeunes médecins, leur donner des conseils, des choses comme ça.

Est-ce que je peux vous enregistrer sachant que c'est anonyme, je le garde pour moi pour retranscrire dans ma thèse et je peux arrêter l'enregistrement à tout moment ?

M6 : oui, pas de soucis oui

Ma première question quand je parle de conflit médecin /patient à quelles situations ça vous faire penser, vécue ou pas forcément vécue ?

M6 : ça me fait penser à des situations vécues !

Vécues Oui ?

M6 : et euh, faut que je vous raconte ou... ?

Oui par exemple certaines situations qui auraient pu vous arriver ?

M6 : Euh (réflexion), bah c'est carrément des plaintes ! ça en est arrivé à un conflit avec des plaintes

D'accord c'était quel genre de conflit ? comment vous êtes arrivés à gérer cette situation ?

M6 : et bien c'est-à-dire que les patients euh, à un moment donné euh, on ne leur apporte pas ce qu'ils attendent, et consultent souvent d'ailleurs plusieurs médecins et ils sont toujours dans une insatisfaction et toujours dans une demande, une demande de soins, une demande de réponse, et euh lorsqu'on ne peut pas leur apporter une réponse qu'ils attendent, et bien ils finissent par porter plainte. Voilà.

D'accord

M6 : y'a quelqu'un avec une prescription de bon de transport, moi j'ai prescrit des bons de transport suivant un protocole de la sécu euh ambulance, pas ambulance suivant que les patients soient alités pas alités et la personne voulait une ambulance parce que l'ambulance si vous voulez ils viennent les chercher, ils ont pas à se déplacer et les accompagnants, la famille, les ambulances viennent chercher les patients au domicile dans leur chambre. Alors que euh avec un VSL les patients doivent descendre dans la rue donc y'a pas mal de famille qui aiment les ambulances parce que.., et donc voilà pas prescrit donc plainte. Carrément !

Il n'y a pas eu de discussion ils ont directement décidé de porter plainte ?

M6 : Ah si si si (lève l'index) elle m'a téléphoné, elle m'a dit je veux une ambulance, j'exige une ambulance. Donc moi je lui ai dit que c'était pas possible donc, plainte voilà.

D'accord, ces situations la dans votre exercice comment est-ce que vous arrivez à les gérer ? quand je dis gérer ça va être au niveau des comportements ou des attitudes, quand y'a des patients comme vous expliquez qui vont avoir plutôt tendance à avoir des demandes abusives, certificats, bon de transport, arrêts...

M6 : Ah chaque fois qu'il y a une demande que je juge abusive avec des protocoles soit de la sécu ou soit des protocoles médicaux hein à ce moment-là je demande de respecter ces protocoles. Donc voilà donc souvent ça, ça aboutit à des discussions et voir même des enguelades voilà, mais bon je reste professionnel avec les protocoles bien précis, voilà. Souvent ça dérive quand même avec des disputes et puis euh, voilà.

D'accord devant l'incompréhension du patient ?

M6 : oui, voilà et donc la il y a même des gens qui, voilà, dès qu'on leur apporte pas ce qu'ils attendent et bien ils portent plainte. Voilà

Ce genre de situation est ce que, bien évidemment si c'est possible, est ce que vous auriez une idée de comment on pourrait essayer de les anticiper, pour éviter d'aller jusqu'aux plaintes ou jusqu'à s'énerver ? Dans notre exercice au quotidien ?

M6 : euh non je vois pas trop comment non (réfléchit), non parce que les patients qui sont comme ça demandeurs, ils sont même plus que demandeur, ils exigent au bout d'un moment donc la discussion n'est pas trop possible donc voilà, je vois pas trop comment on peut anticiper euh...

Des cas assez difficiles malgré les explications, qui vont pas forcément comprendre ?

M6 : non, ils comprennent pas non, quand ça s'applique à eux ils comprennent pas.

Ok, est ce qu'il y a d'autres situations dans votre exercice qui peut poser problème au quotidien ? situation de conflits ? mise à part effectivement ces demandes abusives des patients ?

M6 : si c'est le port du voile chez les stagiaires, ou du foulard chez les stagiaires en 4eme année.

D'accord

M6 : ça, ça a été source d'un conflit violent !

Que s'est t-il passé ? c'était des stagiaires chez vous c'est ça ?

M6 : en 4eme année, dans le cabinet de médecine générale, et donc la stagiaire a demandé si elle pouvait porter le foulard, lorsqu'elle faisait des visites dans la rue avec moi. Moi j'ai dit « oui, pourquoi pas ? » ensuite j'ai posé la question à l'administration pour savoir si j'étais en droit de refuser ou d'accepter ce genre de situation et euh, donc du coup j'ai été viré de maitre de stage.

D'accord, la deuxième question que j'avais, si je vous parle un peu d'attente en salle d'attente, un patient qui va se plaindre parce qu'il a trop attendu ou parce qu'il n'est pas passé à son heure, est ce que vous c'est un souci qui vous est déjà arrivé ?

M6 : oui oui, surtout avec doctolib maintenant les gens exigent de passer à l'heure à laquelle ils ont pris rendez-vous. Je leur explique que si j'ai du retard c'est parce que y'a eu des consultations qui ont pris plus de temps que prévu, et en plus comme ce ne sont pas mes patients propres en plus souvent ce sont des patients qui m'ont trouvé parce qu'ils avaient pas de médecins, ou parce que j'étais le seul disponible, donc c'est même pas mes patients à moi, hein je suis pas leur médecin référent, dans ces cas

la je leur demande de patienter et si jamais ils exigent de passer à l'heure à laquelle ils ont pris rendez-vous, je sors un sifflet d'arbitre de foot avec un carton rouge. Et je les expulse du cabinet. Voilà, comme un arbitre de foot et c'est assez efficace ouais.

Ce sont des patients qui vont avoir tendance à se plaindre de pas passer à l'heure prévue ?

M6 : ils exigent de passer à l'heure prévue, voilà

Au niveau du retard est ce que vous avez une organisation particulière, qui puisse, parce que bien évidemment c'est quelque chose d'assez compliqué à gérer en tant que médecin, est ce que vous avez une organisation qui vous permet peut-être d'avoir un peu moins de retard ou... ?

M6 : non ! non je suis au centre ville, il y a une carence médicale énorme donc y'a beaucoup de gens qui viennent, alors que je suis que sur rendez-vous (insiste), y'a beaucoup de gens sans rendez-vous parce que euh, ils ont pas de médecin, parce qu'ils ont pas de téléphone, parce que c'est plus ou moins urgent euh voilà donc en centre ville avec la pénurie de médecin c'est assez difficile de prévoir, ouais.

Vous avez une clientèle assez importante pour pouvoir gérer ce genre de chose ?

M6 : oui, oui oui et puis dans quelques moi il y a un médecin qui s'en va en retraite dans mon quartier donc, il y aura une grosse clientèle qui seront laissées dans la rue.

Au niveau de la structure de soins, parking, accès au cabinet, secrétariat est ce qu'il y a des soucis, des conflits avec les patients de ce côté la ?

M6 : non ! j'ai des conflits avec les voisins dans la copropriété dans laquelle je suis, dans l'immeuble dans lequel je suis, j'ai des problèmes avec les voisins. Surtout en cette période avec le confinement.

D'accord c'est surtout le voisinage mais après les patients eux, il n'y a pas de soucis, tout ce qui est place de parking ou accès au cabinet y'a pas... ?

M6 : non, non j'ai majoritairement une clientèle de centre ville donc ils viennent à pied quoi, donc non

D'accord, la dernière question, alors on avait parlé tout à l'heure un peu de l'incompréhension est ce que vous avez eu des soucis ? un patient qui va s'énerver parce qu'il comprend pas sa prise en charge ou qu'il ne comprend pas ce qu'il se passe ?

M6 : oui, ça oui quand il ne comprend pas sa prise en charge

Et ça comment est-ce que vous arrivez à le gérer avec le patient ?

M6 : et bien je, le dialogue et puis ensuite l'accès aux spécialistes, j'essaie de l'aiguiller vers des spécialistes pour éviter que tout se concentre sur moi, je multiplie les spécialistes quoi.

Prise en charge plutôt pluriprofessionnelle ?

M6 voilà, et s'ils comprennent pas c'est le carton rouge.

Ok, d'ailleurs vous avez déjà dû arrêter une alliance avec un patient à cause de soucis d'incompréhension, de conflit de choses comme ça ?

M6 : Ah oui, oui beaucoup hein !

D'accord vous avez eu pas mal de soucis, de clientèle qui ne comprenait pas ou qui était assez revendicative ?

M6 : oui, oui, y'a beaucoup de toxico au centre ville donc ceux la ils sont particuliers hein donc eux, il y en a même qui se mettent en pétard parce que je leur apporte pas ce qu'ils attendent.

D'accord, justement ce dont j'allai vous parler en dernier c'était un profil de patient, un profil de patient par rapport à d'autres, au niveau des toxicomanes comment est-ce que vous gérez ces situations ?

M6 : et bien dès qu'on leur prescrit ce qu'ils attendent euh c'est bien. Dès que j'essaie de prescrire suivant les règles du vidal ça se passe moins bien donc à ce moment la euh... carton rouge ! (hoche les épaules).

D'accord

M6 : et si ça marche pas j'appelle le 17, la ils s'en vont de suite la y'a pas de soucis

D'accord ok vous prévenez et si jamais...

M6 : ouais, ouais

Parce que sinon vous avez beaucoup d'abus quand même ?

M6 : oui beaucoup

D'accord, y'a d'autres profils de patient qui vont être plus à risque de conflit ?

M6 : oui, les retraités et les enseignants. Et les retraités enseignants c'est les pires

C'est vrai ?

M6 : les enseignants retraités c'est les pires. (pause et pointe l'index) et les vieux, les patients que je suis depuis longtemps retraités et enseignants c'est les pires des pires

D'accord c'est dans quel sens ?

M6 : et bien c'est-à-dire qu'ils attendent tellement de moi que le moindre petit détail que je peux pas apporter ils me flanquent une plainte, voilà.

D'accord ah oui

M6 : ils sont extrêmement exigeant du fait je sais pas de leur ancienneté au cabinet ils s'imaginent que je suis leur euh, je sais pas que je suis de la famille ou que je suis leur serviteur dévoué voilà.

Donc y'a beaucoup de plainte de ce côté là quand même ?

M6 : Ouais, ouais, ouais

Si vous aviez un conseil sur ce dont on a parlé, aux plus jeunes médecins, par exemple les conflits avec l'incompréhension, tout ce qui était un peu demandes abusives des choses comme ça, vous maintenant avec votre exercice, si vous aviez un conseil à donner aux jeunes ce seraient quels conseils ? il peut y en avoir plusieurs

M6 : bah rester professionnel et puis mettre des limites dès le début. Et se référer au protocole de la sécu, aux protocoles médicaux et puis euh mettre des limites dès le début effectivement. Et surtout ne pas exercer seul parce que quand on est seul effectivement euh... donc être professionnel rester groupé à plusieurs pour éviter de gérer seul les situations. Et mettre des limites rapidement.

Eviter d'exercer seul au maximum

M6 : Et bosser avec un psychologue et... un psychologue ! qui gère tout ça rapidement ouais, ouais.

Donc plus ce qui est pluridisciplinaire ?

M6 : ouais

D'accord ok, écoutez merci beaucoup pour cette intervention, je ne sais pas si vous aviez d'autres choses dont vous vouliez parler ?

M6 : (non de la tête + réflexion)

(Pause) *Merci beaucoup pour cette intervention*

Entretien 7 :

Je suis Mme KOCHOEDO, médecin généraliste remplaçant actuellement en cours de thèse qui porte sur le conflit médecin /patient. Dans mon travail je cherche à connaître les moyens utilisés par les médecins généralistes pour prévenir au maximum ou quand c'est moins possible, gérer le conflit avec leurs patients et aussi quels moyens pourraient être mis en place pour que certaines situations se reproduisent moins, quand possible. J'ai pour objectif secondaire de faire un guid line pour les jeunes médecins, de conseils... des jeunes médecins qui veulent s'installer ou qui remplacent.

Est-ce que je peux vous enregistrer sachant que c'est pour moi, c'est anonyme, c'est pour que je puisse retranscrire pour mettre après des éléments dans ma thèse, mais l'enregistrement reste pour moi ?

M7 : oui y'a pas de problème oui

Ma première question quand je parle de conflit médecin/patient à quelles situations ça vous fait penser ? une situation vécue ou pas forcément bien-sûr.

M7 : ben je suppose à des situations vécues

Oui quel genre de situation ? vous dans votre exercice que vous avez pu rencontrer ?

M7 : de conflit ? bah des conflits entre un décalage entre la demande du patient et euh... enfin ce que je peux lui proposer.

D'accord et ça comment vous arrivez à le gérer ? ce genre de soucis, que le patient va demander quelque chose qui ne va pas forcément..., soit une prescription ou un arrêt des choses comme ça comment est-ce que vous le gérez dans votre pratique? enfin est ce que vous arrivez à le gérer ?

M7 : (temps de pause, réflexion, lève les yeux au ciel) : bah j'pense que la stratégie que j'adopte c'est surtout une stratégie de contournement

Oui ?

M7 : c'est-à-dire euh donner l'impression à la personne que d'une certaine manière euh je vais aller dans son sens, euh même si c'est pas forcément la vérité (rire).

Oui, ok et ces situations la, donc demande abusives est ce que, bien-sûr si vous connaissez un moyen, est-ce que pour vous il y aurait un moyen d'anticiper ce genre de situation ? un patient qui va venir tout le temps pour un arrêt ou pour une prescription qui n'est pas justifiée ?

M7 : bah je pense qu'il faut déjà faire la part entre les patients qui sont euh psychologiquement euh ou psychiquement perturbés (rire) avec qui il sera assez difficile d'avoir un discours rationnel quoi hein, et puis des gens qui euh ont une demande abusive mais euh, avec qui on peut arriver à poser des limites quoi.

D'accord ça va être plus dans la discussion et en fonction du patient que vous avez en face de vous ?

M7 : bah de toute façon l'avantage de la médecine générale c'est que la plupart du temps les gens on les connaît déjà, donc on sait déjà en grande partie le contexte dans lequel la demande intervient, après si il s'agit d'une personne qu'on ne connaît pas du tout, bah après il est possible aussi de mettre des barrières du style euh « j'suis pas votre médecin traitant c'est pas moi qui peut vous le faire » par exemple hein.

D'accord, ok, est ce que vous aviez eu d'autres situations qui vous auraient posées problème avec des patients ?

M7 : Des situations de conflits vous voulez dire ?

Oui de conflit

M7 : c'est vaste hein conflit, votre terme il est un peu trop vaste je trouve hein, parce qu'il peut y avoir conflit, dans la vie il y a pleins de conflits mais c'est pas forcément un problème quoi hein.

Exactement oui, c'est ça

M7 : il y a le conflit qui va pouvoir euh dégénérer en agressivité par exemple ou la euh bon évidemment euh il faut arriver à s'en sortir sans que ça dégénère trop. Et puis des conflits qui fait que, de la vie courante c'est-à-dire que par exemple les patients ne sont pas toujours conscients des limites dans lequel nous travaillons quoi. Je sais pas si je me fais bien comprendre ?

Oui non mais c'est exactement ça. Justement donc si je vous parle de tout ce qui est attente en salle d'attente, les patients qui vont se plaindre parce qu'ils ont attendu, ils sont pas passés à l'heure prévue des choses comme ça, est ce que ça c'est quelque chose qui a pu vous, que vous aviez rencontré ?

M7 : oui ça arrive souvent bien-sur (hoche de la tête)

Ça comment vous arrivez généralement à le gérer avec le patient, ce genre de situation ?

M7 : bah euh de toute façon déjà dans le contexte où je travaille ou enfin comme beaucoup de mes confrères je pense qu'on est un peu submergé par le volume d'activité euh les gens quand même prennent conscience par eux même que de toute façon euh... on est face à des contraintes qui ne dépendent pas de nous quoi hein

Au niveau de l'anticipation c'est vrai que vous dans votre exercice ça reste assez compliqué ? le fait d'avoir une grosse patientèle c'est ça ?

M7 : Ah bah de toute façon oui et puis bon moi dans le secteur où je suis euh, comme beaucoup de médecin je suppose, on est confronté à une réduction assez importante du nombre de médecin, bon les gens le voient bien quand même hein. Alors après effectivement quand on est, moi quand des gens me reprochent qu'ils ont trop attendu, qui a trop de monde ou autre et bah je leur rappelle ces réalités qui connaissent hein.

Au niveau de tout ce qui est structure de soins, je commence de l'extérieur parking, accès au cabinet secrétariat toutes ces choses la est ce que vous avez rencontré des soucis de ce côté là ? des patients qui vont se plaindre par exemple parce que..., au niveau du parking, accès et secrétariat, salle d'attente toute la structure ?

M7 : non pas particulièrement non !

Où à l'inverse vous avez un cabinet qui permet justement l'accès facile au patient ? qui puissent se garer facilement etc... ?

M7 : oui, oui moi là où je suis les gens peuvent se garer assez facilement euh après moi je suis dans les quartiers populaires dans les grands immeubles donc l'accès pour les handicapés choses comme ça est pas facile hein, mais ça dépend pas de moi de toute façon euh pfff donc en fait les gens non ne viennent pas se plaindre à moi de ce genre de problème même si les problèmes existent hein, mais ils savent très bien que de toute façon ça dépend pas de moi hein.

Oui c'est pas de votre ressort et ça ne dépend pas de vous d'accord ! est-ce que vous aviez rencontré des soucis avec un patient qui comprend pas forcément sa prise en charge qui pensait avoir quelque chose et en fait c'est pas ça, est ce que ce genre de soucis vous l'avez rencontré au cours de votre exercice, une incompréhension en fait d'un patient face à sa prise en charge ?

M7 : oui ça arrive très souvent bien-sûr oui, bah disons il peut y avoir un décalage important entre les attentes des gens et euh les propositions que je leur fais bien-sûr oui.

Et ça donc pareil comment est-ce que vous arrivez à le gérer ? alors quand je dis gérer c'est toujours soit au niveau du comportement soit émotionnellement soit au niveau de l'attitude plus, que vous allez adopter au fur et à mesure de votre expérience ?

M7 : Bah déjà il faut rester calme (rire) c'est sûr que euh la gestion des relations oui il faut rester calme, prendre du recul euh mais ça c'est avec l'expérience je suppose oui, et puis euh et puis négocier oui

Ok, en fonction de l'expérience et la connaissance du patient ?

M7 : bien-sûr puis après c'est des négociations, peut être que dans certains cas euh je vais pouvoir céder sur certaines demandes et moins sur d'autres euh pfff, la comme ça c'est difficile de..., d'en faire quelque chose de systématisé quoi vous voyez ?

Ça va vraiment dépendre de l'activité que vous avez et de la relation avec votre patient

M7 : oui puis après ça va dépendre peut-être de l'heure de la journée hein, entre le matin et le soir peut être que j'aurai pas la même euh patience euh (rire) la même écoute hein.

D'accord, alors vous me parliez tout à l'heure, d'un profil de patient avec qui vous alliez peut-être faire les choses différemment, comme vous me parliez de profil psychologique, vous avez beaucoup de patients comme ça avec qui ça va être peut-être plus compliqué que d'autres à gérer ?

M7 : bah déjà en médecine générale on est amené à gérer quand même beaucoup de psychiatrie hein, bon après ça dépend peut-être des secteurs mais enfin dans mon cas y'a beaucoup de psychiatrie et de psychiatrie lourde hein donc effectivement on peut être amené à gérer des gens qui sont délirants, euh ou dans des périodes particulièrement agressives oui bien sûr oui.

Donc oui vous avez quand même pas mal de cas comme ça, vous en fonction de toute l'expérience que vous avez eu, changé de façon de prendre en charge ces personnes pour justement amener à une compréhension ? euh disons y' a une dizaine d'années par rapport à aujourd'hui ? votre façon de gérer ces personnes là ?

M7 : pfff je sais pas euh (temps de pause, lève les yeux au ciel, réfléchit) bah en tout cas je ne me sens pas responsable de leur situation j'essaie de leur apporter des réponses mais, à chaque fois si vous voulez j'ai tendance à ramener le patient à sa vie à ses problèmes hein et bien leur faire comprendre que c'est quand même ses problèmes c'est pas les miens hein. Donc vous voyez ce que je veux dire ? alors que peut-être qu'avant j'avais tendance à m'impliquer plus personnellement... vous comprenez ? donc aujourd'hui je vais essayer de me concentrer sur la réponse médicale qui me semble la plus pertinente, mais en faisant bien comprendre aux gens que si eux ne se mettent pas en position de prendre en charge leur maladie c'est pas moi qui le ferai.

Vous avez déjà eu des situations violentes ou agressives justement face à conflit qui a dégénéré verbalement, pas forcément physiquement ?

M7 : oui plusieurs fois oui (rire)

Et dans ces cas là, quelle est votre réaction ?

M7 : bah ma première réaction c'est de faire comprendre aux gens que comme je ne peux pas satisfaire leurs demandes il devra aller consulter un autre médecin. ça m'est arrivé d'appeler la police aussi, et puis depuis quelques années avec ma secrétaire on s'est équipé d'une bombe lacrymogène mais on s'en est jamais servie (rire). Mais on peut avoir des gens très..., c'est quand même assez exceptionnel hein faut pas non plus dramatiser, mais ça arrive oui. En général c'est quand même vraiment dans le cadre de la psychiatrie, les situations de tensions fortes ou qui pourraient dégénérer, tous les souvenirs que j'ai c'est vraiment des patients qui sont psychiatriques euh, et qui sont dans des phases ou... ou ils sont pas très bien équilibrés quoi.

Donc la dernière chose, en fonction un peu de tout ce qu'on a parlé, si vous aviez des conseils à donner aux plus jeunes médecins par exemple qui voudraient s'installer quels seraient ces conseils ? bien-sûr ça reste des conseils, plus sur les demandes abusives ou gérer certains conflits avec votre recul d'aujourd'hui ?

M7 : (temps de pause) bah déjà je pense que quand on est face à des patients qui ont des demandes abusives euh ou qui sont difficiles à gérer, ne pas trop s'impliquer et peut être renvoyer vers d'autres médecins. Pas se croire plus fort que, que ce qu'on est je pense hein sachant que quand on est plus jeune je pense que c'est plus difficile bon déjà par manque d'expérience mais aussi parce que les patients euh sentent bien qu'on est moins fort jeune que plus expérimenté quoi et ils en abusent. Alors que quand on est plus âgé euh, bon les gens quand même comprennent bien qu'on connaît un peu la musique quoi hein, je sais pas si je me fais comprendre ?

Vous avez plus de bouteille, oui oui bien sûr

M7 : (rire) donc on sera moins sensible à leur manipulation quoi, voilà je pense hein, mais après bon, après ça dépend des caractères aussi de chaque hein, en tout cas éviter au maximum de rentrer dans le conflit ça je pense que c'est vraiment, il faut vraiment ne jamais jamais rentrer dans le conflit euh en tout cas autant que possible.

Pas rentrer dans ce jeu la sinon ça peut être compliqué après

M7 : puis après ça dépend dans quel contexte vous êtes, moi je travaille dans une zone euh de forte densité de population, dans un quartier populaire euh les relations que vous entretenez avec une personne ou sa famille peuvent avoir un retentissement très important sur l'idée que se font les gens de vous dans le quartier vous comprenez hein ? ça aussi c'est très important, et même je pense que globalement dans une clientèle chaque médecin au bout d'un certain temps sa clientèle l'a évalué sait à peu près comment..., ce qu'ils peuvent obtenir ou pas quoi vous comprenez ?

Oui ils analysent chacun des professionnels

M7 : c'est comme les gamins avec leurs profs hein c'est pareil

Mettre des limites dès le début ?

M7 : je sais pas si y'a des règles, c'est difficile hein mais en tout cas bien penser que quand on est un médecin généraliste et qu'on s'installe quelque part, en général on s'installe quand même pour pas mal d'années, et les gens qui vont venir vous voir, petit à petit se font une idée de vous, en parlent entre eux, se connaissent et... je vous dis c'est un peu comme dans une école les élèves avec leurs professeurs hein ils savent très bien ce qu'ils peuvent faire avec chaque professeur et bien c'est pareil pour nous hein

D'accord bah écoutez merci beaucoup je sais pas si vous aviez d'autres choses dont vous vouliez parler ?

M7 : non moi je suis là pour vous aider à rédiger votre thèse bon après je vous souhaite bon courage pour la suite hein

Deuxième enregistrement car avait quelque chose à rajouter :

M7 : ça fait longtemps que je suis généraliste mais avant j'ai fait des urgences beaucoup, et aux urgences on est vraiment très confronté à l'agressivité des gens bien-sûr ça peut même des fois être très difficile, mais à l'hôpital c'est complètement différent parce qu'on est quand même en équipe euh y'a beaucoup de monde quoi, donc c'est difficile à gérer parfois mais enfin quand même on est pas seul tandis qu'en médecine général euh faut se débrouiller et sachant que quand vous sortez du cabinet il peut y avoir quelqu'un qui vous attend euh derrière la porte hein. Donc euh ça change la donne quand même (rire)

Effectivement oui on est quand même moins appuyé surtout si on travaille seul en cabinet

M7 : et sachant quand même que la aussi si vous voulez quand vous êtes salarié de l'hôpital euh si vous avez un problème vous êtes quand même protégés par la structure, alors qu'en médecine général y'a personne qui s'occupe de vous hein, on est vraiment très très seul. Je sais pas ça si on vous l'a dit ? mais c'est une réalité, moi je n'ai pas été confronté mais dans le quartier ou je suis il y a deux ans y'a une femme médecin qui a été agressée, alors c'était pas une femme du quartier c'était un médecin qui intervenait euh dans le cadre d'une structure qui l'a envoyée toute seule intervenir dans un quartier qui craint vraiment, elle s'est fait agresser, bon après euh les médecins du quartier ont réagi, ils se sont plaint mais enfin bon ça va pas plus loin quoi hein. Vous comprenez ?

D'accord il n'y a pas eu d'appui derrière pour cette dame ?

M7 : bah la réaction de ses structures de soins c'est quand y'a un problème de sécurité dans les quartiers ils n'y vont plus.

D'accord oui ils interdisent à leurs professionnels d'intervenir

M7 : donc c'est une manière de protéger les médecins je peux comprendre mais en même temps euh (rire) y'a quand même des patients qui sont là et qui ont des problèmes quoi hein. Vous voyez ? donc si vous voulez on est quand même assez seul en médecine générale hein euh c'est peut-être le gros problème hein.

Entretien 8 :

Bonjour, je m'appelle line KOCHOEDO, je suis médecin généraliste remplaçant en cours de thèse, vous m'entendez bien ?

M8 : ouais ça grésille un petit peu, attends, moi c'est bon ou pas ?

Oui moi je vous entends

M8 : Ah je t'entends mieux

Je vais parler plus doucement comme ça ce sera plus simple, donc je suis actuellement en cours de thèse qui porte sur le conflit médecin/patient, ce que je cherche à connaître dans mon travail c'est quels moyens sont utilisés par les médecins pour prévenir les conflits ou quand c'est pas possible de les prévenir de les gérer pour éviter les violences. Je cherche aussi à savoir en fonction de l'expérience quelles solutions ils auraient trouvé pour éviter certaines situations. Mon objectif secondaire est de créer un guid line pour les jeunes médecins, de conseil de chose comme ça, il y a jamais vraiment de conduite à tenir mais voilà plus de conseils.

M8 : répète moi l'objectif principal ? c'était quoi ?

Le premier objectif c'est quels moyens sont utilisés par les médecins généralistes pour prévenir les conflits avec leurs patients, pour éviter les violences ou que ça aille trop loin.

Est-ce que je peux vous enregistrer sachant que c'est pour moi, c'est anonyme ?

M8 : pas de problème, pas de problème ouais (rire)

Alors la première question, quand je vous parle de conflit médecin/patient à quelles situations ça va vous faire penser dans votre exercice ? vécue ou pas forcément ?

M8 : Euh conflit moi y'a... (réflexion, yeux au ciel), moi je pense à deux situations, les conflits qui sont une remise en cause vis-à-vis de l'ordre par exemple une plainte de posée, voilà donc ça c'est une première chose, et deuxièmement un conflit c'est une euh, une relation qui tourne mal entre euh, sans forcément de caractère juridique.

D'accord, la si on prend par exemple une relation qui a tourné un petit peu mal, comment est-ce que vous vous arrivez à gérer ces situations ? quelles seraient les causes ?

M8 : euh, c'est souvent euh, enfin pour moi c'est un déséquilibre de la relation médecin/ patient, c'est des patients qui deviennent très demandeurs et qui dépassent les limites en général, voilà et, et moi qui ne peux pas suivre dans les éléments demandés, donc ça c'est la première chose euh..., donc ça c'est vraiment dans la relation pur hein, après il y a des conflits qui peuvent avoir lieu à des éléments médicaux, c'est-à-dire des demandes d'examen, des demandes qui pour le patient sont justifiées, qui pour moi ne le sont pas, donc ça c'est pas tout à fait le même euh, on est pas dans le même domaine c'est plus de l'appréciation médical face auxquels ils veulent pas se contraindre, donc ça c'est leurs choix, après voilà, ça ne remet pas en cause, c'est pas tout à fait la relation médecin/patient, je sais pas qu'est-ce que vous avez identifié? est-ce que c'est vraiment une mésentente ou est-ce que c'est un désaccord ?

Alors, voilà effectivement ce que vous dites c'est ça il peut y avoir des conflits qui vont emmener à des situations plus graves ou embêtantes et puis il y a des conflits au quotidien, un patient qui va se plaindre sans forcément que ça emmène à un gros problème derrière. Typiquement ce que vous me disiez sur les patients qui vont avoir des demandes abusives, vous dans votre exercice comment est-ce que vous le gérez ? devant une demande pas justifiée de prescription ou d'autres ?

M8 : disons que je suis rarement cassant mais je note tout ce qui me paraît anormal dans le dossier et en général euh, une demande on peut arriver à s'entendre à négocier, après voilà quand la demande devient répétée inappropriée je fais le constat que ça ne correspond pas et que c'est pas la première fois donc euh ça s'appuie toujours, c'est rarement en première intention, ça s'appuie toujours sur ce qui est marqué dans le dossier médical, voilà après en théorie il faudrait avoir des témoins mais c'est rare (rire)

Est-ce que vous sauriez (si jamais il y a une solution) comment on pourrait anticiper cette situation de conflit ou le patient va entrer dans une demande abusive de certaines choses non justifiées, éviter ce conflit là avec le patient ?

M8 : après... (réflexion) on peut le voir de plusieurs manières après y'a une manière basée sur la négociation ou on essaie d'amener le patient à se corriger et puis après y'a une manière barrière ou on dit, on établit des limites et on dit on ne va pas dépasser les limites, je sais pas j'applique des fois l'une des fois l'autre, euh ça dépend l'état du patient en général c'est à dire qu'un patient qui sur le fond est en difficulté j'essaie de négocier après un patient qui est abusif parce que c'est quelqu'un qui se comporte de manière inappropriée je pense c'est plus un problème humain c'est pas, on est plus dans la relation médecin /patient, voilà si il dysfonctionne il dysfonctionne hein c'est pas à moi de régler ce problème là. Soit je négocie si la situation médicale le justifie, après y'a des situations médicales ou y'a besoin de soins mais le patient est dans l'excès c'est..., je négocie pas je mets une barrière.

Si on parle de l'attente en salle d'attente, un patient qui va se plaindre parce qu'il a attendu un peu longtemps ou qu'il est pas passé à l'heure prévu est ce que c'est une situation dans laquelle vous vous êtes retrouvés ?

M8 : pas souvent, pas souvent

Justement dans ce genre de situation, si vous ne vous êtes pas retrouvés est ce que justement vous avez une organisation qui permet ou une façon de faire qui permettra de pas avoir ces problèmes là ?

M8 : bah oui voilà moi je pense que, enfin c'était jusqu'à cette crise covid hein, jusqu'à cette crise covid on avait un fonctionnement sur rendez-vous avec des plages de sans rendez-vous et disons que la plage de sans rendez-vous ça permet de gérer des gens qui sont en demandes urgentes de quoi que ce soit et de les caser et de trouver la réponse appropriée et de faire baisser la pression, voilà. Alors la on va s'orienter sur un fonctionnement sur rendez-vous, je pense que ça va augmenter le risque de se trouver dans des situations où il va falloir gérer les mécontentements, disons que si la flexibilité permet de compenser le..., de faire baisser la pression en fonction de certaines situations la flexibilité on peut s'adapter, après quand on commence à avoir un fonctionnement plus rigide bah je pense que y'a des situations où ça va pas passer quoi donc je pense qu'il va falloir trouver des solutions.

Vous adapter le sur rendez-vous et le sans rendez-vous, pour qu'il y ait des possibilités de venir ?

M8 : voilà il y avait une plage de sans rendez-vous pour que les gens pénibles, les gens qui viennent pas au rendez-vous, les gens avec qui on s'attrape et bien ils peuvent venir sur le sans rendez-vous et puis voilà, il reste une possibilité alors souvent ça leur convient pas mais bon c'est eux qui prennent pas la solution c'est pas moi quoi. Voilà.

Si je parle de tout ce qui va être incompréhension, un patient qui ne comprend pas sa prise en charge, un patient qui ne comprend pas comment ça va se dérouler est ce que ça c'est quelque chose qui peut vous arriver dans votre exercice ? un patient qui va s'énerver parce qu'il sait pas pourquoi on fait ci ou ça ?

M8 : oui ça peut arriver ouais, ouais !

Et ça comment vous arrivez à le gérer vous ?

M8 : bah je pense qu'il faut essayer de faire intervenir du monde alors les infirmières, une assistante sociale, la mairie, les services sociaux, voilà, je pense que c'est souvent ces gens ils comprennent pas parce qu'ils ont pas la capacité de comprendre, et ils ont pas la capacité de comprendre dans le temps requis. Donc je pense qu'en prenant du temps ils arrivent à comprendre mais, voilà j'ai rarement vu des gens qui comprenaient pas, j'ai souvent vu des gens qui n'avaient pas compris ce qu'on leur avait expliqué, mais après quand on prend le temps de leur expliquer ils comprennent.

D'accord, c'est plus travailler en équipe et discuter ?

M8 : ouais, ouais et avoir plusieurs façons d'expliquer, après peut être qu'une personne explique d'une façon, une autre d'une autre et on finit par trouver la solution. Ouais la multiplicité des regards ça aide quand même.

Ok, alors ensuite sur tout ce qui est structure, la structure de soin, de l'extérieur du parking jusqu'à l'accès au cabinet, secrétariat ou pas est ce que vous vous avez eu des situations conflictuelles de ce côté là ou pas forcément ?

M8 : euh... (yeux aux ciel, pause) j'ai réfléchi quand je me suis installé, et c'est-à-dire que des situations d'agression dans les cabinets ça existe, euh et je pense qu'il faut quand même, bah ça dans ta thèse je pense que ce serait intéressant à mettre quand même, c'est réfléchir à comment te prémunir quand tu es installé de quelqu'un qui vient t'agresser. Donc ça peut passer par une porte par derrière, moi j'ai mis un sens d'ouverture de porte pour me permettre de m'échapper plus facilement si euh voilà, la position du bureau dans la pièce, pas mettre le bureau au fond de la pièce, le mettre à côté de la porte de sortie. Voilà je pense que c'est des éléments, ça paraît euh, ça paraît un peu parano mais y'a, chaque année je pense qu'il y a des médecins qui se font agresser quoi, y'a des morts hein donc euh..., voilà non faut penser à ça, ouais. Après oui quand on est dans le cabinet on est dans le cabinet ! c'est vrai qu'on peut pas toujours s'échapper, donc ouais moi j'ai une bombe anti agression, après j'ai pas de numéro direct mais si ça va pas j'appellerai les gendarmes, bon des trucs comme ça ouais.

D'accord, plus des précautions en fonction de l'installation des choses ?

M8 : installation des locaux ouais

Ok d'accord, est ce que les patients vont avoir tendance à se plaindre par exemple du manque de place ou au contraire est ce que vous avez un parking ? tout ce qui est structure, est ce qu'il y a des soucis avec le secrétariat ou pas ? tout ce genre de choses

M8 : oui, oui régulièrement oui ce matin (rire), des gens ils sont pas contents, bah ils sont pas contents parce qu'ils ont des contraintes, en gros dès qu'on commence à mettre des contraintes, voilà ça va pas, en gros le système sans contrainte ça va à tout le monde voilà, bon après pour nous c'est difficile pour un médecin d'exercer dans un système qui est pas organisé quoi, donc il faut en mettre quelques-unes mais bon ça c'est, ouais dès qu'on commence à mettre des contraintes c'est une source de conflit la c'est sûr, en particulier pour les secrétaires qui posent des questions par exemple (d'un air ironique), voilà ce matin on m'a dit que mes secrétaires posaient trop de questions, voilà. Mais ouais parce qu'elles essaient d'orienter pour savoir quel est le problème et tout ça et en fait y'en a qui disent vous êtes secrétaires vous êtes pas médecins donc vous avez pas à me répondre, voilà, donc moi je rappelle et je dis non mais attendez les consignes c'est moi qui les donne si vous voulez pas venir euh, vous allez ailleurs. Donc voilà c'est des trucs euh ouais.

D'accord ils sont pas d'accord sur le système, alors que la en plus on est en situation particulière. Je voulais aussi savoir est ce qu'il y a un profil de patient avec qui vous auriez plus de difficulté, quand je dis difficulté c'est va être dans la compréhension ou avoir une attitude un peu conflictuelle des choses comme ça ou pas ? dans votre exercice ?

M8 : euh non non, j'ai pas d'apriori, après je me méfie quand y'a des demandes de rapprochement une petit peu trop appuyées quoi, des gens qui veulent devenir mon ami sans liens particuliers, c'est un peu... je me méfie un peu de ça mais bon après (hoche les épaules).

Sinon rien de particulier de ce côté-là ?

M8 : non rien de particulier non

Et donc vous parliez de plainte tout à l'heure qu'est-ce qu'il s'était passé ? vous aviez eu une situation ou ... ?

M8 : ah bah oui, il y a des situations, régulièrement il y a des situations qui finissent à l'ordre avec des signalements à l'ordre avec des choses comme ça oui oui, deux ou trois hein. Voilà ça c'est des choses avec des gens qui sont déterminés, avec une volonté

de nuire donc c'est un peu différent d'une mésentente quoi, c'est des gens ils ont décidé qu'ils allaient t'attaquer donc euh, donc là c'est quand même pas pareil quoi c'est plus du domaine de la mésentente c'est vraiment de la volonté de nuire au médecin quoi, donc c'est un peu différent donc là il faut vraiment faire attention, vraiment se défendre et puis c'est difficile à accepter quoi on se remet en question quand même.

Oui parce que y'a pas de raison particulière forcement ?

M8 : Celles que j'ai eu moi c'était des demandes abusives voilà ouais, après je pense que ça peut arriver avec des demandes justifiées, des retards de diagnostic, des prises en charge qui ont été testées des trucs comme ça mais pour l'instant j'ai pas eu, j'ai pas eu de cas mais bon voilà on essaie beaucoup parler on essaie d'avoir le temps mais le problème c'est que plus on a de travaille moins on a de temps à consacrer à la relation et plus les relations sont.., il y a de l'incompréhension, c'est pas de la méchanceté mais il y a de l'incompréhension, après en général j'essaie assez de faire discuter voilà dès que ça va pas on prend rendez-vous, voilà souvent je dis « prenez rendez-vous et on en parle après », plutôt que de faire par téléphone ou des trucs, prendre rendez-vous ouais. Avec du monde, avec plusieurs personnes, prendre rendez-vous avec plusieurs personnes.

Sur ce dont on a parlé, si vous aviez des conseils à donner aux plus jeunes médecins donc que ce soit sur les demandes abusives, l'incompréhension les choses comme ça quels seraient ces conseils ? un médecin qui veut s'installer par exemple ?

M8 : ouais pff (sourit, les yeux au ciel) je sais pas, je sais pas, les conseils euh, ouais je pense qu'il faut euh, ça s'apprend, la relation médecin/ patient ça s'apprend on l'a pas de suite donc euh je pense que mettre des barrières d'entrée c'est peut-être pas la bonne solution quoi, je pense qu'il faut quand même se dire qu'on a toujours à gagner à négocier, voilà quand ça tourne mal il faut toujours chercher à comprendre et y'a toujours de manière à gagner quoi, parce que c'est, souvent y'a des situations qui s'annonçaient mal et puis finalement se récupèrent et vont bien. Voilà, après euh, je pense connaître les limites que, qu'on accepte pas, voilà les choses sur lesquelles on veut pas.., voilà ouais, mais bon ça s'apprend ça après c'est, ouais c'est une espèce de confiance en soi aussi donc euh, mais bon de personnalité aussi.

Ce serait plus discuter avec la personne sans trop dépasser les limites non plus

M8 : ouais, ouais et essayer d'avoir, moi je pense que, essayer d'avoir du monde autour du côté du patient et du côté du médecin c'est-à-dire que en parler avec l'infirmière par exemple en présence de l'infirmière et en parler en présence d'un parent ou d'un enfant. Voilà ça c'est des choses qui permettent d'élargir un peu le débat ou d'apaiser un peu quoi. Des deux côtés hein, parce qu'après je suis pas voilà..., je pense que du côté médecin, y'a pas que moi, mais du côté médecin on a du mal à justifier aussi on a du mal à parler hein, enfin des fois.

On peut se retrouver aussi dans des impasses...

M8 : oui, ça c'est clair non mais après quand y'a impasse, y'a impasse après, il faut savoir le dire après c'est comme ça quoi. Je sais pas si y'a certainement des endroits où il y en a plus que d'autres, des endroits inattendus peut être aussi, parce qu'on nous dit dans les endroits socialement difficiles c'est peut-être plus dur, mais je ne suis pas sûr, on a des copains qui disaient que ça se passait bien et que y'avait des relations très attachantes, après faut voir sur le volume parce que moi quand je te parle, je te parle de, tu vois y'a eu trois dossiers ou j'ai eu à me justifier en presque 20 ans d'exercices c'est pas beaucoup quand même hein, et les patients avec qui je me suis pas entendu je m'en rappelle donc tu vois y'en a pas, ça fait pas beaucoup quoi, sur le nombre de patient que je vois chaque année tu vois tu fais 5000 X 20 ça fait 100 milles (rire) tu vois j'en retiens 10, j'en retiens 10 ou 15 donc tu vois ça fait 1 sur 10milles ça fait pas beaucoup quoi.

C'est des situations marquantes mais...

M8 : non après ma conclusion c'est de... (réfléchit) savoir que ça peut toujours arriver, toujours tout noter dans le dossier et puis dans le cabinet faire gaffe quand même, y'a quelques gens avec des situations difficiles, il suffit d'une fois pour que ça tourne mal. Je pense qu'il faut être syndiqué aussi, je pense qu'il faut être syndiqué dans ces trucs-là, ouais ouais je pense qu'il faut être syndiqué pour avoir du soutien euh, voilà, et un truc ne rien gérer par téléphone. Par téléphone ou par mail, les incompréhensions, les écrits tout reste, alors par mail tout reste et par téléphone c'est source d'incompréhension et souvent les paroles dépassent un petit peu le sujet donc en gros il faut savoir arrêter et prendre des rendez-vous de présentiel.

D'accord plus donner rendez-vous et voir la personne ?

M8 : et en parler ouais en tête à tête c'est quand même plus, on arrive mieux comme ça c'est sûr. C'est mon avis (rire)

Merci beaucoup je ne sais pas si vous aviez d'autres choses dont vous vouliez parler ?

M8 : non non non, après je sais pas l'expérience c'est ça, quelques demandes abusives, après moi je suis peut-être privilégié.

Après j'avais oublié de vous le dire bien entendu c'est anonyme, moi c'est pour que je le retranscrive, après ça reste pour moi. Merci beaucoup pour cette intervention

Entretien 9 :

Bonjour, je m'appelle line KOCHOEDO je suis médecin généraliste remplaçant actuellement en cours de thèse, ma thèse porte sur le conflit médecin/patient, la prévention du conflit médecin/patient. Dans ce travail je cherche à connaître les moyens utilisés par les médecins pour essayer de prévenir le conflit avec leurs patients ou quand c'est pas possible de le prévenir comment ils font pour le gérer, pour éviter que ça amène à des violences. Je cherche aussi à savoir quelles solutions en fonction de l'expérience des médecins, ils auraient pu trouver (si y'a des solutions) pour essayer d'anticiper certaines situations le plus possible. J'ai pour objectif secondaire de faire un petit guid line de conseil pour les jeunes médecins remplaçants ou ceux qui aimeraient s'installer.

Est-ce que je peux enregistrer la conversation sachant que c'est anonyme et que c'est que pour moi pour que je puisse la retranscrire ?

M9 : oui, d'accord

Merci, alors la première question, quand je parle de conflit médecin/patient à quelles situations ça va vous faire penser ? des situations vécues ou pas forcément.

M9 : Euh conflits ? (réflexion, les yeux au ciel) pff bah y'a différent degré dans le conflit y'a euh on va dire, soit c'est une incompréhension par rapport à des recommandations que l'on peut faire le patient n'est pas d'accord et il exprime, un petit peu son désaccord par rapport à ce que nous on souhaiterait en terme de traitement ou de conduite à tenir, donc ça je dirai c'est le, le conflit un petit peu d'opposition, bon après il peut y avoir les conflits physiques, bon ça moi j'ai jamais connu (rire) heureusement. Euh et après euh la mésentente tout simplement, c'est-à-dire euh manque de respect euh (réfléchit) des choses comme ça voilà, qui peuvent conduire à voilà, à une situation de non dialogue et donc du coup tout n'est pas... tout n'est pas serein pour exercer son métier correctement quoi voilà (croise les doigts).

D'accord, alors typiquement si on parle un petit peu de l'incompréhension d'un patient par rapport à une prise en charge ou ce que vous exprimez, cette situation vous la gérez comment vous dans votre exercice ? quand vous êtes face à un patient qui a pas compris, qui va s'énerver parce qu'il a pas forcément compris ce qu'on devait faire ?

M9 : humm euh pff ?? (lève les yeux au ciel) comment je gère ? bah j'essaie de m'adapter un petit peu à la personnalité de mon patient. Euh (temps de pause réflexion), tout dépend un petit peu du niveau de compréhension qu'il a aussi, j'essaie, moi je suis quelqu'un qui essaie de trouver des solutions hein en général donc par exemple si je vois qu'il y a une opposition complète je force pas. Je sais qu'il y a des gens qui sont beaucoup plus abrupt moi je force pas. Après j'essaie de mettre les gens face à leur euh, je dirai responsabilité personnelle, je leur dis « écoutez c'est pour vous, c'est pas pour moi, c'est dans votre intérêt » je dis « moi je n'ai pas d'intérêt particulier sauf celui de vous soigner mais si vous vous souhaitez pas faire.. » voilà je suis pas, je suis pas dans la contrainte voilà j'essaie de les amener à, mais après... voilà.

Plus un niveau de négociation et de discussion avec le patient

M9 : j'essaie de négocier euh voilà et de trouver un compromis voilà c'est un petit peu ma façon de faire. (rire)

D'accord, alors au niveau de cette incompréhension la euh en fonction de l'expérience que vous avez eu, est-ce que pour vous il y aurait des façons de l'anticiper cette incompréhension du patient ? ou c'est compliqué ?

M9 : Alors, bah une façon de l'anticiper c'est de bien expliquer le pourquoi de ce qu'on fait hein. Par exemple, bon j'ai un exemple ce matin une jeune fille avec une poussée d'eczéma vraiment sur le corps entier et puis elle était avec sa mère bon c'était une ado 17 ans, sa mère me dit « mais elle veut pas mettre de cortisone » donc euh effectivement euh, voilà..., euh, bien expliquer l'intérêt de la corticothérapie pour ne pas laisser s'installer une corticophobie chez cette patiente et lui expliquer l'intérêt qu'elle aura à faire le traitement correctement etc... donc déjà voilà pour lever l'incompréhension bien expliquer le traitement quoi voilà, et lui dire que mieux elle le fera et plus vite ça ira et plus vite on pourra passer à autre chose que ceux à quoi elle veut éviter. Voilà, donc bien expliquer le pourquoi du traitement, et le mécanisme de comment il va marcher et pourquoi on peut pas s'en passer pour passer la phase aigüe. Voilà.

D'accord, c'est plus l'explication, prendre le temps d'expliquer

M9 : bah oui parce que je pense que si on veut imposer quelque chose mais qu'on explique pas pourquoi, euh bah les gens sont toujours un petit peu dans la suspicion euh, ils, voilà euh ils ont pas forcément envie de prendre des choses surtout que il y a beaucoup eu de polémique sur les médicaments, sur pleins de choses, y'a des polémiques sur tous les traitements actuellement, y'a des gens qui sont pour y'a des gens qui sont contre enfin chacun a son avis donc euh, nous en tant que professionnel de santé c'est important de remettre les choses un petit peu à leurs justes niveaux et d'expliquer quoi. Y'a tellement d'information maintenant. Voilà

Oui effectivement, plus se mettre au niveau du patient et lui expliquer

M9 : voilà parce que c'est vrai que les gens vont aller à la pêche aux informations sur euh, internet le plus souvent et puis ils vont avoir une lecture de toutes ces informations qui va être bon biaisée par leurs interprétations. Donc c'est à nous de remettre les choses dans un contexte un petit peu plus scientifique, mais d'expliquer en étant à leurs niveaux etc avec leurs mots ce qu'ils n'ont pas compris etc...

Ok d'accord, alors si on parle un peu de l'attente en salle d'attente. Des patients qui vont se plaindre parce qu'ils ont attendu ou qu'ils sont pas passés à l'heure prévue est ce que ça ?

M9 : alors ça, c'est, moi je suis souvent en retard (rire), je suis même, en ce moment non, crise oblige, mais habituellement le soir j'ai souvent, même des fois ça m'arrive d'avoir une heure d'attente. Donc je dirai que les gens s'y sont plus ou moins habitués, qui n'empêche pas certains de râler forcément hein mais bon voilà, quand ils râlent j'essaie de faire comme si j'entendais pas et puis voilà (rire). Parce que si je cherche forcément à m'expliquer ou quoi que ce soit c'est comme si je me justifiais, après tout j'ai pas à me justifier quoi voilà hein. Et après vraiment quand ils cherchent des explications sur le retard en salle d'attente je leur dis « écoutez si vous ne voulez pas que j'ai du retard ne venez pas en fin de journée, venez en début de journée, déjà la j'aurai moins de retard, mais effectivement si vous venez un vendredi à 6 heures bah vous êtes sûr que il y aura du retard voilà, mais par contre si vous venez le lundi matin à 9 heures il y en aura pas ». (rire) ou y'en aura moins

Peut-être pas trop se justifier sur ça, pas trop rentrer dans le conflit

M9 : non je vais pas me justifier parce que bon on est tous pareil, c'est vrai que le soir le retard il s'accumule parfois il y a des coups de téléphone à passer, moi tenir le quart d'heure j'ai beaucoup de difficulté puis y'a des urgences qui peuvent se rajouter, donc après je vais pas expliquer le pourquoi de mon organisation aux gens quoi... (lève les yeux au ciel) déjà ça me fait perdre du temps et si je suis déjà en retard c'est un peu compliqué, par contre je leur propose une solution alternative, donc c'est vrai que quand je vois des patients qui ont 60 ans et plus et qui sont à la retraite ou alors des inactifs etc et qu'ils prennent systématiquement des rendez-vous sur des créneaux pour les actifs etc je leur dis « écoutez euh venez sur des créneaux ou y'a pas d'attente » d'ailleurs les gens intelligents j'ai remarqué que c'est ce qu'ils faisaient (rire) voilà.

Pour qu'ils puissent avoir moins d'attente, les heures creuses

M9 : oui et puis après des fois euh je mets..., parfois ça m'arrive de faire des petits piques aux gens par exemple quelqu'un qui prend un rendez-vous pour lui tout seul et puis ils viennent ils sont deux à demander une consultation ça c'est classique hein, ils ont pris un rendez-vous et ils sont deux, je leur dis « vous voyez pourquoi je suis en retard » (rire) je glisse des petits piques au passage quoi voilà, comme ça du coup la fois d'après si je suis en retard je pourrai la ressortir, voilà.

Alors justement sur cette attente et sur ce retard est-ce que pour vous il y aurait des solutions pour l'anticiper ce retard ou pas ? ou est-ce que c'est compliqué justement ?

M9 : Bah les solutions j'avoue que je les ai déjà un petit peu, je les cherche en fait hein, donc moi ce que j'ai mis en place dans mon planning, moi je reçois les gens sur rendez-vous, donc en fait j'ai constaté que j'avais du mal à tenir la consultation en quart d'heure, parce que j'aime bien discuter etc, donc j'avais du mal à tenir 15 minutes, entre le moment où les gens se déshabillent s'installent discuter etc, j'avais du mal, donc du coup en fait ce que je me suis..., (réfléchit) des consultations toutes les 20 minutes c'était pas possible, parce que du coup en fait j'avais pas la place après de mettre suffisamment de consultation ou alors il me fallait finir très tard et j'avais pas envie que ça empiète sur ma vie personnelle non plus, donc ce que je fais c'est que j'ai coupé la poire entre deux je me suis dit que je dépasse le quart d'heure mais j'arrive pas aux 20minutes, donc du coup tous les 4 créneaux je mets en créneau de pause. Et donc du coup euh ce créneau de pause du coup c'est comme si j'avais des consultations de 18minutes. Donc ce créneau de pause il peut me servir soit pour recevoir une urgence si vraiment il y a beaucoup d'appels dans la journée, soit il va me servir à éponger les minutes de retard que j'ai eu sur les quatre, cinq patients précédents, Voilà. Mais même en faisant ça je vous avoue que je suis quand même en retard (rire).

Ce sont des solutions déjà

M9 : voilà donc j'ai l'impression que c'est, le retard c'est lié à ma façon d'être, je ne suis pas quelqu'un de ponctuelle (rire).

C'est une façon d'exercer c'est vrai que si on explique plus au patient si on prend le temps forcément c'est compliqué des fois...

M9 : bah ouais c'est difficile de tenir quoi, et puis après c'est vrai que moi j'ai une patientèle qui est quand même assez âgée. L'hiver quand il faut les faire monter sur le divan d'examen, les examiner, les faire se déshabiller un minimum et tout ça, des fois euh c'est vrai que ça prend du temps quoi (rire) quand ils ont plusieurs couches de vêtements et tout euh, voilà.

C'est vrai, d'accord, alors maintenant si on parle un peu de la structure, alors quand je dis structure de soin c'est du parking, donc de l'extérieur, à l'accès au cabinet, la salle d'attente, secrétariat ou pas est ce que ça, sont des choses qui peuvent être conflictuelles avec les patients ? accès, parking secrétariat ?

M9 : enfin nous on a pas de secrétariat sur place, on a un secrétariat téléphonique, donc euh ça peut porter à conflit parce que bon après moi je suis pas derrière les secrétaires quand elles prennent les appels, mais parfois les personnes nous rapportent des trucs, « elles ont pas été gentilles » euh « elles m'ont parlé comme si comme ça » etc donc on sent qu'il y a un mécontentement de la part du patient mais comme je leur dis moi je peux, moi je leur dis je suis pas derrière la secrétaire donc je, bon « je ferai remonter votre mécontentement mais c'est pas moi qui répond au téléphone donc je peux pas, je peux pas juger de ce qu'il s'est passé au moment où vous avez pas été contents quoi » voilà. Bon ça c'est pour les secrétaires parce qu'on a un secrétariat téléphonique donc c'est vrai que les gens ils peuvent pas se plaindre en direct à la secrétaire parce qu'ils les ont qu'au téléphone donc ils les connaissent pas physiquement et ils les voient pas. Donc du coup ils se plaignent à nous si y'a eu une accroche au téléphone. Voilà. Et après au niveau du parking nous on a pas de plainte à ce niveau là parce que on a la chance d'avoir le cabinet qui est à côté d'un petit super marché donc y'a un parking pour se garer donc les gens n'ont jamais de plainte pour ça quoi.

Ok, d'accord, et donc alors ma dernière question ce serait plus est ce que vous dans votre exercice il y a eu un profil de patient avec qui c'était plus compliqué que d'autre ? peut-être pas forcément d'aller jusqu'à violence mais qui va être plus conflictuel que d'autre ou pas forcément ?

M9 : oh bah pff oui bah (réfléchit, croise les bras) y'a des patients même des..., bah c'est des personnes qui dans la vie en général, sont des gens qui sont des nids à embrouille hein, voilà, y'a des gens qui sont faciles et puis y'a des gens qui sont un peu des nids à embrouille, donc c'est vrai que les patients qui ont un petit peu ce caractère pinailleurs euh surtout on les repère assez facilement, c'est des gens qui vont toujours mégoter sur tel ou tel truc etc et tout, donc bah chez ces patients la moi j'ai tendance (réfléchit) à laisser, à laisser filer un petit peu du coup. Humm je les laisse un petit peu parler et j'essaie de trouver des dérivatifs pour les amener à autre chose parce que très vite si on rentre dans leur, dans leur litanie un petit peu etc, euh si on cherche à se justifier..., c'est des gens qui de toute manière ont un profil et ils vont toujours chercher la petite bête, voilà, donc ces gens-là en général j'arrive à les repérer et... , donc du coup une fois que je les connais, c'est pour ça que c'est pratique d'être médecin traitant aussi c'est qu'on connaît les personnes après hein, c'est vrai que quand on est jeune et remplaçant et tout ça parfois, on connaît pas les personnes on sait pas trop à quoi s'attendre et puis on a tendance à être un petit peu plus justicier à vouloir être beaucoup plus rigoureux etc mais avec le temps on apprend à connaître les gens et puis on sait qu'il y a des gens qui sont pinailleurs et ça va, on va mettre du temps à les amadouer donc il faut pas chercher à aller trop vite, donc voilà on essaie d'être patient quoi.

Justement j'avais oublié de vous poser une question c'était sur tout ce qui est demande abusives, de la part de patient donc que ce soit certificat arrêt de travail ou les choses comme ça, est ce que c'est quelque chose vous qui vous pose problème ou pas ? et comment vous le gérez ?

M9 : alors des demandes euh, des demandes abusives pff (réfléchit) euh des fois y'a des gens oui qui vont se permettre de demander des trucs euh ça peut paraître euh, des fois c'est injustifié effectivement bon euh, soit je suis face à quelqu'un qui est compréhensif et on va arriver à négocier les choses, soit je suis face à quelqu'un qui est vraiment fermé et tout ça et là ça peut aller effectivement au conflit quoi. Parce que voilà au bout d'un moment on est pas là que pour euh, être un petit peu les secrétaires des desiderata des gens quoi.

Oui donc effectivement quand vous pouvez expliquer aux gens et négocier ça dépendra aussi de la personne

M9 : oui, après euh, après il faut pas se cacher que moi par exemple de temps en temps quand je regarde euh la patientèle médecin traitant, je vois qui a des personnes qui sont sorties de ma patientèle, et je m'aperçois que souvent les personnes qui sont sorties de ma patientèle bah c'est gens euh qui étaient effectivement, c'est toujours un petit peu les mêmes profils hein, des gens qui étaient pinailleurs qui négociaient, qui demandaient, qui essayaient des choses etc et puis moi j'étais pas forcément d'accord, voilà donc au bout d'un moment ces gens-là de toute manière ils vous quittent. Et puis voilà, donc à la limite je dirai que le conflit se termine un petit peu souvent de cette manière, c'est que les patients ni une ni deux ils prennent quelqu'un d'autre. Bon, au début on se remet en question quand on est jeune médecin et puis plus on vieillit plus on se dit bon bah ces patients la qu'ils aillent se faire suivre ailleurs si je ne leur correspond pas (rire) tant pis voilà.

Oui voilà si il y a plus de confiance d'un côté

M9 : bah non mais y'a des gens qui dès le départ vont être, par exemple des fois quand je rentre des nouveaux patients, quand je vois quelqu'un un nouveau patient et que d'emblée il va être très demandeur sur pleins de choses et très pinailleurs etc, je sens que d'emblée, soit la relation elle évolue rapidement vers une relation de confiance, soit les gens restent dans ce côté un petit peu euh, toujours demandeur etc et tout et à ce moment-là je sais très vite qui va y avoir rupture et souvent ces des gens qui restent pas longtemps dans ma patientèle. Voilà parce que, ils s'aperçoivent que je vais pas répondre forcément à toutes leurs demandes voilà. Donc du coup ils insistent pas et souvent je m'aperçois au bout d'un certain temps que je ne les ai pas vus qu'ils ont effectivement changé de médecin référent.

Au moins ça gère un peu les soucis

M9 : oui, disons que c'est, c'est voilà ça sélectionne un petit peu les gens le plus motivés à, à suivre les consignes quoi.

Ok, alors ma dernière question si vous aviez des conseils à donner aux jeunes médecins qui aimeraient s'installer, un peu sur ce dont on a parlé aujourd'hui, quels seraient vos conseils ?

M9 : euh bah (lève les yeux au ciel) si je réponds à toutes vos questions c'est euh avoir un parking (rire), avoir une secrétaire qui soit pas trop euh, qui soit pas trop cache qui soit assez diplomate (rire), déjà ça permet un petit peu de faire un sas voilà, c'est très important le secrétariat hein en fait parce que c'est souvent, c'est un petit peu comme les call center quoi c'est, les gens quand ils ont à se défouler c'est la première victime la secrétaire donc c'est vrai que d'avoir une secrétaire très zen c'est important quoi je pense. Donc du parking, une secrétaire calme et diplomate, ensuite bah essayer de favoriser leur confort en salle d'attente, moi des fois quand les patients râlent je leur dis « vous avez attendu, mais bon » actuellement y'a pas de magazine mais je dis « je vous mets de la lecture intéressante allez-y » (rire) donc voilà j'essaie de favoriser le confort un petit peu et puis moi je reçois sur rendez-vous je pense que c'est pas mal aussi, ça permet de.., que les gens attendent moins euh, puissent choisir leur créneau de visite, je suis pas du tout adepte du sans rendez-vous mais je réserve quand même des créneaux d'urgences, pour les urgences du jour quoi voilà. Voilà.

Ecoutez merci beaucoup, je sais pas si vous aviez d'autres choses à dire ?

M9 : moi non ça va (rire)

Merci beaucoup

(Autre enregistrement car avait une dernière chose)

M9 : et qui tourne avec une secrétaire qui fait l'accueil du patient, qui accueille le patient qui commence à faire du recueil de données euh, qui crée du lien un petit peu c'est vrai que le confort des lieux, euh voilà la facilité de stationnement euh l'accessibilité du cabinet tout ça c'est vrai que, toute cette ambiance va contribuer à faire en sorte que le patient soit détendu et bien quand il vient consulter, bon après euh il faut pas se cacher qu'il y a des personnalités agressives et celles-là en général on les voit d'emblée hein c'est des gens qui sont mal dans leur peau, qui sont assez, qui revendiquent beaucoup, c'est des profils de syndicalistes un petit peu voilà (rire). Après avec l'expérience on les reconnaît voilà.

Oui on arrive à faire le tri dans la tête

M9 : bah disons que du coup quand on a la connaissance de la personnalité de ces gens-là bah du coup on arrive à, à s'accorder à eux quoi. Ou alors si on s'accorde pas bah malheureusement c'est des gens qui vont aller consulter ailleurs quoi. Si vraiment ça concorde pas voila, après des fois il faut pas insister.

C'est vrai et puis, globalement c'est vrai que j'avais un peu les mêmes retours, mais c'est très enrichissant parce que moi en demandant aux médecins ça me permet aussi de voir un peu les différentes astuces des médecins et puis voir aussi les freins parce qu'effectivement c'est pas toujours facile, vous j'avais vu votre associé, vous avez un confrère et je pense que ce que les médecins disaient aussi d'être au moins deux dans un cabinet c'est plus rassurant.

M9 : ah oui c'est confortable, moi j'ai travaillé seule et c'est vrai que travailler à deux c'est quand même mieux.

Entretien 10 :

Bonjour, je suis médecin généraliste remplaçant actuellement en cours de thèse, elle porte sur la prévention du conflit médecin /patient. Dans mon travail je cherche à connaître quels sont les moyens utilisés par les médecins généralistes pour prévenir, quand possible, le conflit avec les patients ou comment ils font pour le gérer, quand c'est pas possible de le prévenir, pour éviter qu'il y ait des violences entre le médecin et son patient. Je cherche aussi à savoir quelles solutions en fonction de l'expérience des médecins, ils auraient pu trouver pour éviter justement que certaines situations se reproduisent. Mon objectif secondaire est de faire un guid line pour les jeunes médecins, leur donner des conseils des choses comme ça.

Est-ce que je peux t'enregistrer sachant que c'est anonyme et que c'est que pour moi, je le garde pour moi (rire)

M10 : y'a pas de problème (rire)

Alors ma première question, quand je parle de conflit médecin/ patient à quelles situations ça te fait penser ? une situation vécue ou pas forcément vécue, dans ton exercice ?

M10 : (lève les yeux au ciel, réfléchit) euh pfff, il faut que je te raconte une anecdote c'est ça ? d'un conflit médecin /patient qui aurait pu avoir lieu c'est ça ?

Oui c'est ça auquel tu penses

M10 : euh pfff il y a très longtemps, euh j'ai une patiente en fait qui était en invalidité, et quand tu es en invalidité tu le sais tu paies pas les médicaments. Sauf que euh tu as pas besoin de faire de feuille en ALD voilà, tu fais une feuille normale et le patient est en invalidité et il paie pas. Et donc je lui fais sa feuille de soins tout à fait normalement sans mettre en ALD, et elle rappelle en me disant « oui vous avez pas mis la feuille en ALD, j'ai dû payer des médicaments machin, bidule » j'ai fait « mais » parce qu'en plus elle avait une ALD parallèlement donc j'ai dit « mais non » j'ai dit « vous avez pas à payer vous êtes en invalidité » donc j'ai passé un moment au téléphone à essayer de lui expliquer elle était énervée, euh et quand je dis un moment dans mes souvenirs ça a bien duré 20 minutes hein ou j'ai essayé de lui expliquer ou je m'en suis pris pleins les dents, et je lui dis « mais non », je lui dis « c'est pas ma faute c'est la faute du pharmacien, vous êtes en invalidité il faut qu'il applique ce qui il est censé appliquer et pas mettre dans le 100% ce qui ne va pas dans le 100% ». Donc euh (yeux au ciel) elle raccroche et après elle m'a appelé peut-être toutes les 5 minutes. Voilà donc au bout d'un moment j'ai dit « Mme Machin ça suffit maintenant, arrêtez de m'appeler je ne répondrai plus, je ne euh décrocherai plus, arrêtez de m'appeler » très bien et puis je dis « si vous n'êtes pas contente moi je vous donne votre dossier médical, euh c'était ce qui avait à faire c'est pas de ma responsabilité, c'est de la responsabilité du pharmacien point ». Donc euh, oui parce qu'elle m'a menacé de changer de médecin traitant tout ça en réfléchissant voilà « mais écoutez très bien faites ce que vous voulez ». Et donc je lui prépare son dossier et je lui prépare aussi celui de son fils. Et un jour elle revient au cabinet mais deux ou trois mois plus tard hein je sais plus mais assez loin de l'épisode clash, elle revient en consultation. Je lui dis « mais qu'est-ce que vous faites la ? » elle me dit « bah je viens vous voir » j'ai dit « ah non mais moi je peux plus, je veux plus vous voir. J'ai dit « vous me parlez pas comme vous m'avez parlé quoi » elle me dit « ah mais non mais il s'est rien passé mais quand même vous plaisantez » j'ai dit « mais vous plaisantez ou quoi » je dis « je dois vous rappeler ? » j'ai dit « tenez votre dossier il est là » (rire) « prenez votre dossier et dégagez je veux plus vous voir quoi » voilà donc ça c'est mon plus gros clash patient (rire) voilà

Face à plutôt une incompréhension du patient toi tu as plutôt essayé d'expliquer au départ mais après à partir du moment où ça devient compliqué...

M10 : oui et c'était surtout que j'étais pas responsable, ça aurait été différent si j'avais été responsable d'un truc je pense, et puis en plus la menace du « vous me le mettez pas dans le 100% je change de médecin » euh « allez y la porte est ouverte quoi » je cède pas à ce genre de menace donc euh c'est ça aussi quoi voilà. Y'en a un, un jour aussi qui m'a fait des propositions (rire) donc lui c'est pareil j'ai dit euh je veux plus voir, j'ai appelé le conseil de l'ordre, bon après lui c'était gentiment enfin, tu vois, je lui ai dit écoutez non euh voilà je dis je veux plus vous voir, j'ai appelé le conseil de l'ordre pour lui demander comment on faisait dans ces cas là pour dire à un patient qu'on voulait plus le voir donc il m'a orienté sur la démarche à suivre, il a plus jamais remis les pieds au cabinet. Voilà donc voilà

On peut demander au conseil de l'ordre au cas ou quand même si...

M10 : ouais le conseil de l'ordre m'avez dit « bah écoutez il faut que vous lui envoyez un courrier en lui disant que vous ne souhaitez plus le voir, soit vous l'adressez à un confrère ou vous lui donnez la liste » il faut pas en fait quand tu refuses un patient le laisser sans issue, faut que tu lui fournisses toute une liste de médecins auxquels il peut s'adresser tu peux pas le laisser perdu dans la nature, mais après tu peux refuser de le, de le voir. Voilà

D'accord voilà en l'adressant avec une liste à d'autres médecins au cas où

M10 : voilà dire que tu le fous pas à la rue sans issue de secours entre guillemets quoi, voilà.

D'accord ok, mes autres questions si on parle un petit peu du refus devant une demande abusive, par exemple refus de certificat, prescription, demande un peu trop abusive de ce côté-là, est ce que tu en as déjà eu et si c'est le cas comment tu gères ces situations-là ? un patient qui va venir pour un arrêt ou un certificat quelque chose qui n'est pas justifié ?

M10 : alors un patient qui va venir pour un arrêt de travail qui est pas justifié euh je vais lui dire, qu'il est pas justifié, et après très souvent j'ai du mal à dire non, euh de bout en blanc comme ça en disant c'est pas justifié je ne vous le fais pas. Donc si, de plus en plus avec l'expérience j'y arrive, donc des fois j'y arrive et je le fais, et quand j'y arrive pas je leur dis écoutez euh moi ok je veux bien vous aider je fais deux jours ou trois jours mais sachez bien que ce sera la première et la dernière fois et qu'il y en aura pas d'autre c'est pas la peine de revenir me demander ce genre de chose, donc voilà quand j'arrive pas à dire non je leur dis ok d'accord (rire) mais voilà j'essaie que ce soit le plus court possible et surtout je leur dis qu'il y aura pas de deuxième fois.

D'accord tu les préviens

M10 : voilà

Ok d'accord alors le troisième point c'était plus en ce qui concerne l'attente en salle d'attente, un patient qui va râler parce qu'il a pas été pris à l'heure prévue voilà ces choses-là est ce que toi ça t'arrive et si ça t'arrive comment tu arrives à les gérer ces patients là ?

M10 : je leur ouvre la porte de mon bureau. Et je leur dis qu'elle est ouverte s'ils sont pas content ils peuvent sortir, voilà. Non mais parce que après, bah tu les connais mes patients donc cet interrogatoire il est un peu biaisé (rire) mais les patients quand ils viennent me voir ils savent qu'ils peuvent rester demi-heure ou ¾ d'heures dans mon bureau et que je les fous pas dehors et je pense qu'ils viennent beaucoup pour ça les patients. Donc et qu'ils sont contents quand leur tour arrive de savoir qu'ils peuvent rester ¾ d'heures dans mon bureau. Donc le patient qui va me dire « docteur vous êtes en retard » et bien je lui dis que « c'est comme ça quand votre tour viendra euh vous serez bien content que je prenne du temps avec vous et si mon mode de fonctionnement ne vous convient pas je ne vais pas le changer euh vous aurez besoin d'un autre médecin voilà.

D'accord ok, oui parce que tu prends beaucoup de temps à expliquer et à faire beaucoup de choses et donc c'est compliqué de ne pas avoir de retard surtout avec tout le reste

M10 : voilà c'est ça et que du coup les patients sont contents et y'en a pleins qui me le disent, ils me disent euh vous savez très bien pourquoi on vient vous voir vous et qu'on vient pas voir quelqu'un d'autre donc euh voilà et très souvent ils râlent aux secrétaires en disant « elle est en retard », les secrétaires leur disent « bon bien quand ce sera votre tour, dépêchez-vous » et quand c'est leur tour bien ils restent dans mon bureau et ils sont pas pressés d'en sortir donc euh voilà, donc je leur dis gentiment que voilà ils sont bien contents quand leur tour arrive (rire).

Ok, j'avais une petite question sur ça, est ce que pour toi, si jamais il y a des solutions, il peut ne pas y en avoir, il y aurait une façon d'anticiper l'attente des patients ? faire en sorte qu'ils attendent moins ?

M10 : ça j'ai essayé pendant l'épisode du coronavirus au début avant qu'on mette des tentes partout qu'on arrive à agrandir la structure, bref j'avais marqué à l'entrée « pour éviter l'attente dans la salle d'attente euh dorénavant ce sera un motif de consultation par consultation » voila

Pour prévenir les patients

M10 : exactement, pour 10 raisons en un quart d'heure ça rentre pas. Donc ils étaient prévenus, il y avait un mot à l'accueil en disant dorénavant pour limiter l'attente ou le retard dans les salles d'attente c'est un motif unique de consultation. Voilà.

Ok d'accord et donc pour parler un peu de la structure de soins, donc de l'extérieur, du parking à la salle d'attente, le secrétariat, l'accès au cabinet est ce que ça vous, vous avez eu des problèmes de ce côté-là, des patients qui se sont plaints pour x ou y raisons ou au contraire vous avez une organisation qui fait que il n'y a pas de soucis de ce côté-là ?

M10 : sur quoi sur l'accessibilité ?

Voilà accessibilité, donc du parking jusqu'à l'accès au cabinet ou des problèmes de secrétariat ou pas justement

M10 : alors euh accessibilité motrice pas du tout parce que le bâtiment est neuf et que du coup il est aux normes donc euh il n'y a pas de problème d'accessibilité moteur, après le problème, le problème des fois les patients ont pu râler sur l'accessibilité téléphonique auprès des secrétaires, voilà ça ça en est un autre mais après on a mis en place des prises de rendez-vous par internet, mais après on peut pas faire plus hein donc euh enfin on a pas trouvé plus à faire (rire) en tout cas peut-être, mais on a pas trouvé (rire).

D'accord et tout ce qui est parking après les patients y'a pas de soucis de ce côté-là ?

M10 : non alors des fois ça peut arriver qu'ils râlent que le parking est plein mais auquel cas c'est pareil c'est mon côté éducatif mais je leur fais remarquer que quand ils vont à la pharmacie et qu'ils laissent leur voiture sur le parking du cabinet et qu'ils embouteillent la place pour rien alors qu'ils auraient dû prendre leurs voitures et aller sur le parking de la pharmacie, voilà.

Oui c'est sûr que si ils font un changement c'est compliqué

M10 : voilà et 5 minutes de retard pour le Dr C. (rire)

D'accord et donc le dernier point c'était plus est ce que toi dans ton exercice tu as eu des profils de patients avec qui tu avais plus de difficulté que d'autres ou pas ?

M10 : oui ! oui alors après profil euh pfff (lève les yeux au ciel en soupirant) je sais pas si on peut appeler ça profil mais clairement c'est des euh, c'est des conduites addictives quoi. Mais les profils toxico ou OH j'ai du mal, enfin j'ai du mal.

Et ça comment tu arrives à gérer ces patients-là ? à gérer ça peut être comportement réactions attitudes, ou même euh émotionnellement hein quand je dis gérer

M10 : bah j'ai, enfin moi dans ma petite tête j'ai toujours euh « on a la patientèle qu'on mérite , on a le patient euh enfin voilà qui est ton patient », donc euh j'ai pu avoir des difficultés mais en fait je pense que le patient lui-même en face il le ressent et qu'en fait ceux avec lesquels ça a matché bah ils continuent à venir me voir et j'ai pas de problème avec eux après en fait, il peut en avoir un peu au début mais après y'en a plus, et ceux que ça correspond pas bah ils reviennent pas quoi, voilà. Moi je ne fais pas d'effort, enfin je fais un effort dans le sens soins mais après je ne vais pas changer ma façon de voir les choses ou mon comportement pour eux, voilà donc je ferai tout ce qui a à faire pour les soigner mais euh je ne vais pas changer ou me plier à leur désir pour eux voilà. Je vais garder ma ligne à moi et je ne vais pas faire autrement donc ou ça leur va ou ça leur va pas. Voilà

Soit il y a une alliance médecin/ patient soit à ce moment-là ils peuvent s'adresser à un autre professionnel

M10 : oui, après ils le font je pense d'eux même quoi parce qu'après c'est vrai que ces patients la bah c'est des patients qui typiquement n'acceptent pas le retard dans la salle d'attente par exemple tu vois ? donc euh voilà ils viennent juste pour une ordo, ils acceptent pas de poiroter une demi-heure de retard parce qu'ils viennent chercher une ordo donc euh voilà, soit ils acceptent parce qu'ils comprennent qu'il y a autre chose derrière les 30 minutes de retard, soit ils acceptent pas et ils vont voir ailleurs.

D'accord

M10 : si tu veux je te raconte une anecdote ? sinon je te la raconte pas ça dépend si tu as le temps ou si tu as pas le temps ?

Si, ah bah oui, moi avec plaisir

M10 : j'ai un patient euh qui quand je l'ai connus quand je me suis installée, il se revendiquait être anarchiste en fait anti système anti tout il avait pas de couverture de sécurité sociale, et il était sous traitement substitutif euh subutex et donc il venait au début aussi bien voir M. que moi et jamais il nous réglait les consultations parce qu'il partait du principe qu'on gagnait suffisamment bien notre vie. Et euh

D'accord

M10 : oui oui oui et du coup au bout d'un moment je me suis dis merde je vais quand même faire une feuille de soin et me faire rembourser au moins la part sécu (rire), donc euh voilà donc après il m'a eu balancé des crasseries en me disant euh oui votre associée et je sais plus ce qu'il a, euh voilà elle a quand même encaissé les quatorze euros de consultation vous encaissez déjà ça c'est déjà pas mal, donc moi j'étais la « oui oui ok très bien » mon job c'est de le soigner je fais ce que j'ai à faire ça rentre d'un côté ça sort de l'autre. Et puis un jour il a eu la sécurité sociale donc déjà on était payé c'était mieux mais toujours avec les mêmes trucs « ouais il y a du retard et j'en ai marre ça fait une demi-heure que j'attends tout ça pour que vous m'examiniez 5 minutes machin..» au final un jour il s'est fâché je sais plus pourquoi donc il est venu me voir moi, euh et puis donc toujours à râler quand j'avais du retard mais en continuant à venir me voir, et moi à pas changer mon habitude et à lui dire que si j'ai du retard c'est que je l'ai pas fait exprès hein et que j'avais des patients qui avaient besoin de moi, et donc un jour il étrangle, il a une hernie ombilicale, il étrangle son hernie ombilicale, donc il arrive au cabinet avec son hernie étranglée, il était allongé par terre tortu de douleur et ce jour-là il est passé le premier il est passé devant tout le monde donc quand je l'ai eu installé en plus par miracle j'ai réussi à lui réduire son hernie ombilicale en le massant (rire) quand j'ai eu fini, je le lui ai dit « et bien vous voyez maintenant j'ai 30 minutes de retard mais ce jour-là c'est vous qui êtes passés devant tout le monde et vous êtes bien contents et tant pis pour ceux qui auront 30 minutes de retard » donc je lui ai bien fait comprendre en fait et puis après il a eu un accident de travail il a un handicap physique maintenant il a eu beaucoup de galère, et du coup il me dit oui mais en fait voilà il me dit je comprends bien quand je vous vois vous euh vous m'aidez pour mes papiers, vous m'aidez pour mes démarches, quand j'ai un problème avec un médecin vous prenez votre téléphone vous appelez, euh voilà et en fait il a compris ce monsieur, il m'a même offert des chocolats (rire) donc euh tout ça pour dire que (rire) au bout d'un moment j'ai réussi, j'ai pas réussi mais tu vois il a fini par comprendre , ça m'a pris du temps mais c'est lui qui s'est plié à moi et pas moi qui me suis pliée à lui moi j'ai continué à faire et puis à lui dire à chaque fois mais c'est pour ça c'est comme ça c'est ici c'est la bas ça a fini par rentrer, donc il est resté parce qu'il a fini par comprendre et ceux qui sont pas contents ils dégagent, voilà.

Toi tu fais ton exercice comme tu l'as toujours fait et puis ceux qui restent c'est ceux qui s'attachent et puis après les autres...

M10 : voila

La preuve c'est que lui il a fini par voir ce que tu voulais dire

M10 : voilà et arrêter de râler quand j'ai du retard et à comprendre et à s'excuser du temps qu'il me prend en plus maintenant en consultation ou enfin toutes ces choses-là et je te dis il m'a même offert des chocolats moi qui m'a balancé que je gagnais suffisamment bien ma vie et que j'avais pas besoin de rien du tout quoi tu vois ? voilà, ce jour-là je l'ai regardé j'ai fait hein ! c'est pour moi ? (air étonnée, en rigolant) voila (rire)

ça c'est quand même une victoire c'est bien. Alors la dernière chose si tu avais un conseil à donner aux jeunes médecins donc soit les remplaçants soit qui veulent s'installer sur tout ce dont on vient de parler, voilà qu'est que ce se serait ton conseil ? ou tes conseils ?

M10 : bah de (lève les yeux au ciel, temps de pause) pfff euh mon conseil ça serait de se dire que si on pense qu'on est dans le bon cadre et dans la bonne façon de soigner le patient il faut pas en sortir voilà, il faut rester soi-même et euh voilà on a grandi avec des recommandations avec des bases avec des repères si on est sur de soi hein , si on est pas sûr de soi c'est pas ce que je dis mais si tu es sur que ce que tu as fait c'était le mieux c'est pas au patient à te dire voilà. Après des fois je dis au patient il y a pas une façon de soigner y'en a trois ou quatre donc on réfléchit ensemble celle qui leur va et qui me va, mais euh après il faut que ça lui aille mais il faut que ça m'aille à moi aussi, voilà et si y'a qu'une façon de soigner à mon point de vue et que je suis sûr qu'elle est la bonne, et bien enfin voilà je vais pas me changer moi pour mon patient parce que je sais que moi je vais mal le vivre, donc euh voilà, donc je veux continuer à faire ce métier comme j'ai envie de le faire et pas moi sous la pression d'un patient qui vient et qui a vu sur internet et que la voisine a dit ici là-bas le reste voilà, j'essaie de faire ma médecine comme je l'entends voilà, donc ça me prend du temps parce que ça demande d'expliquer au patient mais euh voilà.

Mais au moins tu restes comme toi tu te sens bien.

M10 : voilà c'est ça, exactement

Merci beaucoup

M10 : ça a pas beaucoup aidé (rire)

Si vraiment merci, merci, je sais pas si tu avais d'autres choses à dire ?

M10 : non moi je dis surtout si on pense qu'on a raison euh faut rester telle qu'on est et voilà soit l'expliquer au patient ça matche, si ça matche pas c'est que c'était pas le bon patient. Ou qu'on était pas le bon médecin pour le bon patient aussi hein c'est pas que la faute du patient hein c'est aussi la nôtre hein donc voilà c'est que ça devait pas matcher voilà, faut rester droit dans ses bottes.

Merci beaucoup, j'arrête

M10 : je t'en prie

Entretien 11 :

Bonjour je m'appelle line kochoedo je suis médecin généraliste en cours de thèse, ma thèse porte sur la prévention du conflit médecin patient. Dans ce travail je cherche à regarder comment font les médecins, quels moyens ils utilisent pour éviter, prévenir au maximum le conflit avec leurs patients et quand c'est difficile de le prévenir comment ils font pour le gérer. Je cherche aussi à savoir quelles solutions en fonction de l'expérience qu'ils ont eu, on pourrait mettre en place pour éviter que certaines situations se reproduisent. J'ai comme objectif secondaire de faire un guid line ou des conseils pour les jeunes médecins qui veulent s'installer ou qui remplacent.

M11 : Ok donc ton objectif euh premier c'est de.., enfin c'est une étude qualitative que tu vas faire la ?

Oui exactement c'est ça je cherche...

M11 : et ton objectif premier donc c'est de trouver des éléments pour prévenir les conflits ou c'est prévenir et gérer le conflit ? c'est les deux ?

Voilà c'est ça c'est-à-dire que mon objectif premier en fait c'est de savoir comment les médecins font pour prévenir, en fait prévention primaire donc éviter, et la prévention secondaire pour éviter les violences, c'est-à-dire comment gérer le conflit quand c'est difficile de l'éviter pour pas que ce conflit arrive à de la violence, verbale ou physique.

M11 : d'accord très bien, c'est bon c'est clair, c'est clair pour moi

C'est de la prévention primaire et secondaire du conflit pour éviter les violences.

M11 : Très bien, ok

Est-ce que je peux vous enregistrer sachant que c'est anonyme, c'est pour que je puisse retranscrire moi après ?

M11 : oui il y a aucun problème je suis juste mal rasé tout ça mais c'est pas grave (rire)

Ne vous en faites pas c'est vraiment pour le, c'est juste la voix pour que moi après je puisse retranscrire.

M11 : avec plaisir line je t'en prie

Merci beaucoup, alors ma première question quand je parle du conflit médecin/ patient à quelles situations vous ça va vous faire penser ? alors une situation vécue ou pas forcément ?

M11 : D'accord alors euh (les yeux au ciel), moi je, déjà je suis médecin généraliste euh je suis installé dans un quartier prioritaire de la ville de N., à V., euh j'ai participé à développer un projet de maison de santé ou on va être une quinzaine de médecins et donc c'est vraiment sur un territoire effectivement particulier donc j'espère pouvoir t'apporter des exemples concrets parce que les exemples pour t'en citer pour ce qui concerne ma pratique au quotidien ça va être des décalages au niveau de, de la compréhension euh de la maladie, de la compréhension des traitements que l'on propose et euh aussi en fonction du cadre conceptuel du malade vraiment le rapport qu'il a avec la maladie et c'est vrai que euh, bon la population que je soigne c'est pas qu'elle soit que dans une, complètement à 100% dans une précarité, que ce soit une précarité financière ou même éducative mais quand même, on a beaucoup de situation de décalage alors concrètement ça va se traduire par euh... (réflexion) en matière d'accès aux soins par déjà, la possibilité de consulter le médecin, c'est-à-dire que déjà j'ai eu beaucoup beaucoup de difficulté à expliquer au patient à les rassurer aussi parce que ça venait beaucoup d'une inquiétude je l'ai compris avec le temps, bah qu'on pouvait pas avoir accès au médecin comme bon nous semble et que c'est dans la relation justement soignant/ soigné de faire confiance au praticien sur la nécessité de dire est ce que c'est tout de suite maintenant que je vais te consulter par rapport au motif que tu as ou pas. Donc la y'a eu quand même beaucoup beaucoup de, de situations de décalage ou les repères du patient bah pour eux tout est urgent, voilà je généralise pas mais, ou c'est souvent le ressenti qu'ils ont est donc pour eux voilà il faut que tu les vois tout de suite maintenant c'est comme ça c'est important et effectivement on peut comprendre qu'on est tous important et indispensable. La deuxième chose après comme situation fréquente source de conflit ça va être au niveau aussi des habitudes de prescription et de prise en charge qu'ont certains patients, quand ils sont pas les tiens, que, justement toi qui es en train de finir ta thèse moi je me suis installé donc en septembre 2016 donc j'ai eu quand même une bonne année de difficulté pour euh, développer, non pas ma méthode mais la méthode avec laquelle j'ai été formé, et où il y avait un décalage aussi avec les habitudes de patient et pour le coup qui sont pas de leurs faits mais qui ont été entretenues ou données par d'autres praticiens. Donc voilà sur le côté prescription. Par exemple euh voilà « docteur prescrivez moi 4 boîtes de doliprane, deux boîtes d'antibiotique » etc etc... ce sont des exemples assez classique mais quand même que j'ai beaucoup eu et après y'a des conflits d'un autre ordre, qui sont de l'ordre voilà on va dire euh, (yeux au ciel) relationnelle avec une carence d'écoute c'est-à-dire que le patient va pouvoir aussi se sentir pas considéré pendant une consultation selon le comportement que le soignant va avoir et notamment en matière de temps donné pour écouter, euh, les plaintes entre guillemet donc voilà moi je classifierai grosso modo les choses comme ça, voilà, après c'est vrai que pour le détail on a beaucoup d'exemple un peu tendance avec des mouvements de mode mais qui pour le coup sont pas spécifiques à moi mais sont plutôt nationaux, les mouvements de mode par exemple des patients qui ont beaucoup beaucoup de crainte par rapport aux vaccins, des patients qui ont beaucoup de crainte par rapport à l'époque où y avait le problème avec les statines puis avec le problème du Levothyrox donc voilà y'a des épiphénomènes des événements comme ça qui, qui arrivent un peu polluer aussi parfois et rendre les consultations un petit peu tendues euh mais qui sont plutôt liés à des effets de mode mais globalement moi je résumerai en disant pour l'accès aux soins ça me paraît être vraiment très très important euh parce que c'est source de conflit, deuxièmement sur les modes de prescriptions de prise en charge que le soignant va proposer ou on peut ne pas être compris ou parfois c'est vraiment beaucoup plus délicat d'expliquer pourquoi je vais prendre en charge ta maladie comme ça et pas comme toi tu l'entends et dernièrement sur le côté bah est ce que tu t'es senti suffisamment écouté ou pas, est ce que je t'ai donné suffisamment de temps et ou des fois voilà on va avoir voilà ces trois types pour moi de conflits qui sont quand même le plus fréquents. Donc voilà

D'accord ok, et donc dans, justement pour reprendre par exemple ce que vous aviez dit sur ces trois différents types de conflits comment est-ce que vous vous arrivez à le gérer avec le patient ? par exemple prenons l'incompréhension, ce que vous disiez que le patient ne va pas forcément comprendre sa maladie ou ce qu'on va faire comment est-ce que vous vous arrivez à le gérer au quotidien ?

M11 : (hoche oui de la tête) alors euh pour moi, c'est vrai que je (les yeux au ciel), je fais appel déjà bah à l'enseignement qu'on a eu quand j'étais interne, donc moi c'est vrai que je suis diplômé de la faculté de médecine de Montpellier Nîmes donc euh j'ai eu un peu les mêmes enseignants que toi, et on nous a parlé d'authenticité donc euh après c'est vrai que j'ai un petit peu poussé les choses un peu plus loin parce que je fais un master en philosophie en éthique médicale et donc au delà du caractère authentique de la relation qu'on peut développer avec le patient je pense que il y a des choses un peu plus fondamentales qui demandent des qualités psychiques hein au final au soignant euh pour pouvoir aborder sereinement ce décalage et euh, tout simplement moi je dirai que toute situation quand un patient vient nous voir, il vient avec une plainte et il nous donne sa confiance, et donc quand il nous donne sa confiance voilà c'est l'asymétrie de la relation médecin malade par excellence euh, il est en situation défavorable, il y a une inégalité et donc pour moi la meilleure façon de répondre à ça, c'est d'accueillir cette

confiance donc de la verbaliser et d'y répondre avec, en conscience, en conscience pour le coup et donc avec de la considération. Pour moi de la considération c'est pas vraiment le respect, c'est un peu plus profond c'est-à-dire que la considération c'est-à-dire que je vais intégrer, faire de mon mieux en tout cas pour intégrer le patient dans son mode de vie dans sa souffrance, la souffrance c'est pas que la dimension clinique hein la souffrance y'a quelque chose de l'ordre du pàtir y'a quelque chose de l'ordre de la singularité qui fait que la personne, si moi j'ai une écharde ou une verrue dans le pied qui me fait mal quand je marche bon ça va me gêner sur un plan je parle pour moi esthétique et puis je vais avoir la flemme d'aller me faire bruler la verrue chez le dermato (sourire) bon le patient lui peut être que pour lui c'est quelque chose de beaucoup plus compliqué que ça, qu'il a besoin qu'on le soigne tout de suite maintenant qu'il a pas envie d'attendre le rendez-vous chez le dermato parce qu'il travaille dans le milieu du bâtiment et qu'il met des chaussures de sécurité etc, donc voilà ce que je fais au mieux c'est essayer de considérer ce qui est important pour le patient comme tel c'est-à-dire que je vais pas intervenir et modifier son, sa rationalité, sa façon de considérer sa gêne euh, même si c'est pas quelque chose qui est de l'ordre de l'urgence vitale et c'est vrai qu'en médecine générale on a très peu d'urgence vitale, voir euh quasiment pas, donc c'est vrai que je vais faire de mon mieux pour faire un pas vers le monde du patient et accueillir cette dimension là, la considérer pour ce qu'elle est, et la dessus bah c'est vrai qu'à la fac on a eu des cours assez techniques sur les façon de mener un entretien avec la reformulation avec les reflets donc valider l'émotion du patient voilà je pose les bases comme ça et c'est vrai que ça permet, même en cas d'impossibilité de répondre par exemple pour la verrue bon bah les délais dermato c'est parfois quatre mois, six mois et si j'accueille bien sa situation et que je lui explique moi mon impuissance à faire bouger les choses parce que le dermato je vais pas réussir à négocier une consultation d'urgence dermatologique pour une verrue parce que médicalement dans mon cadre je fais en sorte de lui expliquer que c'est pas une urgence médicale, bien que pour lui se soit important, voilà ça permet en tout cas de d'avoir vraiment une alliance thérapeutique et de, qu'il se sente considéré, qu'il sente qu'on est ensemble pour l'aider voilà et ça c'est quelque chose que je fais pour toutes les situations que ce soit pour des pathologies aiguës pour une angine quand une maman est très inquiète, qu'elle dort pas la nuit, que le lendemain elle bosse, parce que son fils bah il pleure il est douloureux etc je vais pas changer sa réalité mais je vais faire un pas vers elle, pour qu'elle sente que bah je suis concerné non pas que par l'aspect technique de la chose mais par la globalité de sa réalité de l'impact de la maladie même si elle est toute petite médicalement techniquement sur son quotidien. Voilà donc ça c'est comme ça que je fais.

Prendre vraiment le patient en entier sur tout son environnement et lui montrer qu'on comprend...

M11 : voilà, (réfléchi) plus que de lui montrer, pour moi c'est pas lui montrer c'est vraiment le témoigner le vivre, c'est ça que, quand je disais, je parlais d'authenticité c'est pour moi ça demande un équipement psychique parce que parfois on va avoir, je veux dire nous en tant que soignant on, on a une identité propre d'être humain parce qu'on peut nous même tomber malade et au-dessus de ça on a une couche d'identité professionnelle qui est celle du soignant et ce qui est certain c'est que quand on est, (euh désolé pour le bruit)

Ya pas de soucis

M11 : quand on est dans une relation avec un patient, il faut pas se raconter d'histoire, on est là en tant que soignant mais on est là aussi avec nos propres repères à nous, face à la maladie et, alors je suis pas en train de dire la qu'il faut vivre ou il faut avoir vécu la maladie que présente le patient pour une prise en charge correcte ce serait un peu trop absolu et idéaliste mais simplement vraiment témoigner authentiquement qu'on fait un pas pour considérer sa demande dans la globalité quel que soit notre cadre pour moi ça fait partie du positionnement professionnel nécessaire et ça demande un équipement psychique parce que parfois y'a des plaintes qui vont avoir tendance à bah me mettre en colère ou me bousculer moi personnellement ou que je vais pas du tout du tout comprendre je vais me dire mais qu'est-ce qu'il me raconte là il se fait un monde pour un truc comme ça etc et donc ça ça demande vraiment de désamorcer, en fait le conflit pour moi, il né, non pas forcément avec le patient mais dans la façon d'intégrer sois même en tant qu'individu et que soignant la réalité du patient et là, il peut y avoir des conflits de valeur et etc donc c'est vraiment ça quoi plutôt.

D'accord ok, et donc vous me parlez après voilà tout ce qui était au niveau des prescriptions des habitudes de prescriptions des choses comme ça, vous comment vous avez géré ça après votre installation, des patients qui avaient l'habitude que ce soit comme ça et pas autrement ?

M11 : alors la ça va être un peu moins philosophique ça va être plutôt pratique, euh je me suis beaucoup appuyé sur à la fois le fait d'avoir des recommandations de bonnes pratiques c'est-à-dire qu'aujourd'hui il est vrai que, même si on est un peu en retard voir même beaucoup par rapport à d'autres pays de l'OCDE en matière de développement et de structuration des soins primaires hein parce qu'on fait un métier, on est dans les soins primaires hein avec les pathologies gynéco obstétricales, la pédiatrie, la cardiologie, les urgences ophtalmo, la psychiatrie hein, on est vraiment l'interface du patient, en France, avec le monde de la santé on est le premier lien avec ce milieu là et donc c'est vrai que on a aujourd'hui quand même, même si ça existe que depuis 2004 hein officiellement la médecine générale, des outils donc y'a les outils de la HAS les reco qui aident pas mal y'a aussi les outils de la sécurité sociale que je trouve vraiment intéressant euh pour tout ce qui va être sur les durées d'arrêt de travail d'accident de travail c'est-à-dire que j'explique au patient concrètement je leur dis : « écoutez bon j'entends ce que vous me demandez maintenant peut-être que votre ancien soignant n'a pas pris le temps de vous expliquer comment les choses

fonctionnaient, moi je suis médecin généraliste aujourd'hui j'ai un conventionnement pour que vous puissiez être remboursés et que moi je puisse être conventionné secteur 1, j'ai un conventionnement avec la sécurité sociale qui est une instance, non pas déontologique et juridique comme peut l'être l'ordre des médecins mais qui est une instance quand même qui a un droit de regard sur mes prescriptions, sur la qualité de mes prescriptions, et puis je n'ai pas le droit de faire n'importe quoi. Dans les prescriptions que je vous fais tout est compté, vous êtes diabétique donc vos chiffres d'hémoglobine glyquées, les, la présence d'antiagrégant plaquettaire, la présence de statines etc tout ça ça fait partie de critères objectifs sur lesquels j'ai non pas d'obligation de résultat mais une obligation en matière de moyen » et donc ça c'est vrai qu'on en revient un peu à une façon de rendre un peu plus concret le serment d'Hippocrate et les outils de la sécu les patients comprennent donc quand concrètement quelqu'un vient et me dit cette histoire : « oui marquez moi trois boites de doliprane etc etc » je lui dis : « bon si vous avez des douleurs je peux vous marquer du doliprane mais déjà je le marque sur une durée avec une posologie, voilà si vous avez des maux de tête deux, trois fois par semaine bah je vais marquer un gramme deux fois par jour trois fois par semaine, voilà c'est ça que je vais marquer concrètement » et donc je dis au patient : « ça équivaut à trois boites peut être mais moi je suis pas là pour maîtriser le nombre de boite, je suis pas un épicier et les pharmaciens non plus mais je suis là pour apporter une prescription qui réponde à votre plainte et c'est comme ça que je travaille ». Et je leur explique pareil pour l'arrêt maladie quand quelqu'un a une angine il me dit « mais non mais là je suis vraiment fatigué machin marquez moi une semaine » je leur dis : « écoutez euh si vous êtes fatigués c'est un symptôme avec une plainte en particulier aujourd'hui vous êtes là pour une angine je vais pas vous faire un arrêt pour trouble anxieux alors que vous avez une angine donc l'arrêt c'est trois jours c'est le maximum donc je vais vous proposer un arrêt pour trois jours et puis si au-delà ça va pas mieux, bah vous reprenez rendez-vous et puis éventuellement si vous êtes vraiment déprimés bah on prendra le temps on en rediscutera et puis on verra si ça nécessite un arrêt » voilà j'essaie d'organiser un petit peu les choses avec cette idée de filière de consultation c'est-à-dire que moi je vois les choses de la façon suivante, euh je pense qu'on y tend avec l'exercice coordonné progressivement même si pour l'instant ça demande beaucoup d'investissement sans retour donc c'est quasiment du bénévolat mais je pense que la médecine générale demain quand toi tu seras installée on aura des filières de consultations en médecine générale c'est-à-dire que il y aura les consultations non programmées avec les urgences du jour et les capacités d'accueil des soignants d'une structure euh qui sera pré déterminée à accueillir vingt, trente euh situations aigues du jour, tous les jours, et puis des filières de consultations programmées etc etc donc je leur explique vraiment comment fonctionne mon métier et les outils que j'ai sur lesquels j'ai, comment dire, un jugement avec la sécu et puis (yeux en l'air) je vais pas jusqu'à parler de l'ordre des médecins mais euh, des fois oui, quand on me dit : « antidez moi un arrêt de travail mon médecin me le faisait avant » ça je leur dis : « bah écoutez si je fais ça on ira manger des oranges en prison tous les deux, j'ai pas le droit de faire ça » et puis ils comprennent ils disent « ah mais non docteur moi je vous souhaite rien de mal, je vous veux pas des problèmes » et je leur dis « bon bah écoutez moi non plus, mais voilà j'ai 24h de battement au maximum si c'est justifié pour faire un arrêt de travail » etc, donc voilà, et ça les outils sont dispo hein, les grilles d'HAS, donc moi j'avais une tablette, avec mon ipad et puis je leur montrais concrètement voilà regardez la durée et puis la « ohlala docteur ok je savais pas merci » etc etc... voila

D'accord ok, et avec ça les patients arrivent quand même, enfin à intégrer au maximum petit à petit aussi votre pratique à vous par rapport à ce qu'ils avaient ?

M11 : bien sur alors la plupart du temps oui et j'ai envie de dire aller même si on peut pas couper les gens avec des virgules mais à 99,9% des cas oui parce que si ils voient qu'on est vraiment dans une rectitude, une rectitude pour moi c'est pas une rigidité, si on est là et on dit non, non non, le patient il se sent pas écouté alors c'est vrai que je leur dis euh j'utilise cette technique d'entretien c'est-à-dire « oui j'entends votre demande pour autant je ne suis pas dans mon droit, je ne peux pas y répondre de la façon dont vous m'avez demandé, je vais par contre pouvoir vous proposer ça ça et ça je leur propose pas rien, alors c'est vrai que des fois il y a des, des entre guillemets des résistances tellement forte que bah les patients te disent « bon bah écoutez moi ça me convient pas » et je leur dis : « écoutez je suis désolé je peux pas faire autrement, moi il faut que le soir je dorme, j'ai une éthique, j'ai ma propre éthique même si on est tous généralistes pareil bah je comprends vous que vous soyez attachés aux pratiques de votre ancien soignant mais moi ça je peux vraiment pas le faire c'est pas contre vous mais c'est contraire à mon éthique de professionnel de santé, euh voilà, je ne peux pas. » et donc du coup voilà, soit la fois d'après il comprend soit si vraiment ça c'est mal passé le patient a aussi une capacité de compréhension il va accueillir ta, ta (réfléchit, yeux au ciel) ton explication et même si elle lui convient pas bah il reviendra pas te voir hein, il ira voir quelqu'un d'autre hein et puis voilà.

D'accord ok, donc oui c'est vraiment lui expliquer et puis de toute façon après, vous c'est compliqué, même si vous expliquez vous expliquez si y'a pas cette confiance réciproque à un moment donné

M11 : bah le but du jeu c'est ça j'en reviens à ce que je disais dans la première partie transformer cette confiance en conscience et puis faire en sorte d'équilibrer la relation et d'expliquer le cadre dans lequel je travaille alors la plupart du temps quand même ça se passe très très très bien hein les gens sont déjà ravis d'avoir des explications parce que moi j'ai quand même beaucoup beaucoup de patients ou j'ai été moi-même très surpris là je parlais de potentiel conflit mais je peux te parler aussi de cette réalité la qui aussi a été très très très présente c'est-à-dire des patients extrêmement surpris de l'accueil que je leur réservais, c'est-à-dire de prendre le temps de leur dire « bonjour, comment ça va, qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ? » euh de leur expliquer un petit peu la maladie qu'ils ont quand ils sont diabétiques et de ne pas faire juste un acte de prescription d'ordonnance etc parce que ils étaient habitués à des praticiens qui leur disaient « euh donne moi la carte vitale d'abord, je te

fais l'ordonnance et puis la j'ai pas le temps, voilà ou bien tu verras avec la secrétaire si j'ai oublié un médicament moi je te marque ça, ça, ça et mange ça matin midi et soir et ça va aller mieux » donc j'ai eu beaucoup beaucoup de patient qui ont été aussi euh très surpris de voir que bah un soignant ça pouvait dans la vraie vie prendre le temps d'écouter et de considérer, de donner un temps de consultation un peu supérieur à cinq minutes parce que c'est quand même une réalité aussi qui existe notamment dans les quartiers où j'exerce et, voilà, la c'est pas un conflit pour le coup c'est plutôt waouh les gens sont dans une forme de gratitude et ça se passe très très bien quoi vraiment hein, voilà.

D'accord, ok alors bon après si je vous parle un petit peu de tout ce qui est attente en salle d'attente est-ce que ça, vous vous êtes déjà retrouvés dans cette situation là, un patient qui va pas comprendre pourquoi il est pas passé à l'heure prévue, et comment est-ce que vous gérez ce genre de situations vous dans votre pratique ?

M11 : bien sûr, alors c'est vrai que moi je suis souvent en retard (rire) donc oui ça m'est arrivé, ça m'arrive même euh très régulièrement pour pas dire tous les jours (rire), euh bon en moyenne je pense que je dois avoir une vingtaine de minutes de retard pourtant je mets des pauses sur mon planning hein, je veux dire je fais en sorte de, mais je prends tellement de temps, alors pas trop non plus mais euh voilà, j'ai des créneaux de 15 minutes et je mets une pause toutes les heures et demi à peu près de 15 minutes pour pouvoir rattraper puis j'ai une grosse pause, par demi-journée ou je prends une demi-heure pour aller respirer, boire un coup boire un café avec les collègues, parce que je travaille dans une maison de santé donc on a une salle commune pour respirer un petit peu avec d'autres professions on est pas que des médecins et donc du coup c'est vrai que les patients quand je suis en retard, euh, au départ c'était assez compliqué parce que effectivement ils me disaient « non mais docteur quand on donne un horaire c'est un horaire » euh etc... bah moi je leur dis « effectivement je fais au mieux c'est-à-dire que moi je vous donne des horaires parce que si je mets pas d'horaire ça va être vraiment n'importe quoi » et le sans rendez-vous pour moi c'est pas de la médecine enfin, j'en reviens à ce que je te disais quand je parlais de filière de consultation c'est-à-dire que je veux bien qu'on ait des créneaux assez courts dédiés à des pathologies aiguës ou si on est quatre médecins par exemple et bah y'en a un qui va se mettre à faire matin toutes les urgences du jour et puis l'après-midi un autre, y'a beaucoup de maisons de santé ou de cabinets libéraux qui sont organisés comme ça, pour gérer un petit peu les flux justement dans les salles d'attente parce que c'est vrai qu'en médecine générale la réalité c'est que on peut très bien avoir une grippe suivie d'un examen du nourrisson avec euh le poids la taille discussion avec les parents sur l'alimentation et on finit avec les vaccins et puis ensuite on a la découverte d'une néoplasie, puis juste après on a une pathologie aiguë encore et puis juste après on a l'annonce d'un cancer et puis après c'est une dépression et puis après etc... donc c'est vrai que on va avoir des situations où le temps à donner aux patients est très variable, et donc moi j'ai envie de dire que la réponse elle est pas instantanée, c'est-à-dire que le temps de compréhension et de mise en commun de cette confiance dont je parlais équilibrée elle prend nécessairement du temps. Et c'est pas avec les, c'est pas forcément avec les patients qui ont été mécontents du retard que j'ai eu les premières fois que j'ai eu le plus de problème parce que je leur ai expliqué, je me suis excusé bien sûr à chaque fois je présente mes excuses quand je suis en retard je dis « excusez-moi pour le retard » mais du fait que je prenne le temps en fait ils comprennent et puis au bout de deux trois fois ou on s'est vu ils voient qu'on avance sur leurs dossiers, par exemple on explore une polyarthralgie que la personne a depuis trois, quatre ans et ou un praticien à l'époque bah prenait les choses les unes à côté des autres et puis voilà un nouvel œil, même ton propre collègue ou même toi à l'envers tu es passé à côté d'un truc et puis tu as un œil neuf et tu te dis « ah mais merde ça c'est pas de l'arthrose c'est une polyarthrite » euh il faut faire un bilan bio, il faut peut-être faire une imagerie différente un avis rhumato, euh voilà chercher des anticorps etc... et donc du coup là dedans on va développer étape après étape une confiance ou le patient va voir que bah en fait quand tu prends le temps tu le prends et puis quand il vient parce que il a juste mal à la cheville il s'est fait une entorse et bien tu vas prendre effectivement dix, quinze minutes et puis, il accueille ça, il accueille ta façon de faire donc c'est vrai que, il y a aussi ce côté expérience qui est pas, qu'on peut pas supprimer, euh y'a forcément une période de mise en contact avec ta patientèle, enfin avec des patients qui vont devenir entre guillemets tes patients et y'a des affinités qui vont se créer et cette ambiance là elle va durer, moi des fois j'ai eu trois quart d'heure de retard et puis dans la salle d'attente c'étaient les patients qui me disent « oh docteur prenez votre temps y'a pas de soucis » c'est exagéré ça hein et puis j'apprécie pas particulièrement et puis d'autre fois j'ai vingt minutes de retard et puis dans la salle d'attente y'a une ambiance électrique, alors là des fois j'essaie de faire une blague ou deux (sourire) et puis sinon je vais proposer aux patients, on a une cafetière donc je leur propose un café, voilà et puis sinon des fois quand je fais entrer un patient je leur dis « je vois que vous êtes un peu, que ça vous ennuie je suis vraiment désolé j'ai beaucoup de retard aujourd'hui euh est-ce que vous êtes attendus ailleurs ? » etc... et je prends ce temps là devant tous les patients qui attendent et puis des fois bah y'en a qui vont dire « bah oui y'a la dame elle est âgée mais vous savez quoi moi j'ai rien à faire ce matin elle, elle est très fatiguée faites-la passer quand même avant moi-même si j'étais avant elle » et donc tu vois ça permet de créer voilà une ambiance assez collective horizontale apaisée et de, de comment dire ? euh dissoudre les conflits quoi.

D'accord ok, oui les patients se sentent entendus et compris de ce côté là et je pense que ça...

M11 : voilà la plupart du temps et des fois ils me disent « vraiment vraiment docteur vous êtes tellement en retard aujourd'hui je peux pas attendre donc je vais m'en aller et puis on se revoit » et puis quand il me dit ça je lui dis « bah qu'est-ce qu'il vous avait amené aujourd'hui ? » il me dit « bah il fallait renouveler mon traitement parce que j'en ai plus dans une semaine » etc... je lui dis « bah tu sais quoi la secrétaire elle va t'imprimer l'ordonnance mais reprends rendez-vous la semaine prochaine plus tôt

le matin et puis comme ça on prendra le temps de faire l'examen général » etc... et donc voilà j'essaie de m'arranger un petit peu selon les situations, de cette façon.

D'accord ok, alors j'avais un autre point sur lequel je voulais parler, je sais pas si vous c'est un point qui est compliqué ou pas c'était plus la structure de soins. Donc du parking à l'accès au cabinet justement secrétariat, enfin voilà du patient, de dehors jusque dans la salle d'attente est ce que vous dans votre cabinet y'a des choses qui ont pu vous poser problème ou qui auraient été source de conflit avec le patient ?

M11 : (hoche oui de la tête) alors ta question elle est euh (réflexion) vraiment très très très très importante, je n'y ai pas pensé à t'en parler au départ parce que justement j'ai la chance d'être dans une structure ou il y a aucun problème par rapport à ça. Mais effectivement j'avais pas du tout pensé à ça et c'est vrai que j'ai de la chance, euh parce que bon on est dans une structure on a cinquante places de parking juste en face, donc on est vraiment nous au cœur de quartier on est une maison de santé donc on a la PMI le CMPEA y'a des dentistes une sagefemme on est six médecins généralistes, y'a des kinés et aussi des infirmiers voilà qui, et puis une pharmacie juste à côté donc c'est vrai que ça draine du monde hein la structure ou je suis elle est euh (yeux au ciel) juste sur le côté cabinet médical, euh voilà 120 passages par jour, quand même. Voilà juste sur le côté médecin. Donc effectivement ça demande une adaptation de l'espace d'accueil, donc nous c'est vrai qu'on a pas une salle d'attente on a des espaces d'accueil, notre maison de santé elle a une forme de H alors avec deux sas et donc qui distribue vers les différents professionnels de santé donc j'ai vraiment cette chance, déjà l'intérieur y'a la clim, c'est lumineux, y'a des WC, y'a un espace de jeux pour les enfants, euh y'a des banques d'accueil qui sont confortables, y'a un espace de confidentialité pour aller se présenter au secrétariat dès lors qu'on arrive pour exprimer le pourquoi on vient etc... donc la secrétaire déjà accueille le patient et puis effectivement on s'est adapté aux normes handicapés, tu peux entrer en fauteuil roulant, dans le quartier ou je travaille on a une forte natalité avec beaucoup de mamans et puis beaucoup d'enfants donc du coup des fois on a des mamans qui arrivent avec une poussette et quatre enfants donc y'a de l'espace, y'a de la place, le parking comme je te disais il est juste en face et de pleins pied donc c'est certain que si tu travailles en centre-ville qui a des étages que tu es dans une petite salle d'attente avec pas de clim alors qu'on est à N. l'été qu'il va faire parfois jusqu'à 35/ 40 degrés, forcément tu as beau être avenant euh à être dans une communication bienveillante une communication non violente à être authentique à reformuler etc etc... un moment donné c'est compliqué pour les gens quoi et ça c'est vrai que voilà moi quand j'ai eu été une fois chez un dentiste j'ai attendu, j'ai pas eu d'accueil d'écoute de la secrétaire le dentiste avec une heure et quart de rendez-vous il a pris deux personnes qui étaient venues en urgences avant moi, euh bon je me suis levé je suis parti quoi mais bon ils m'ont pas parlé je leur ai pas parlé non plus, mais je me suis pas fâché mais c'est vrai que, tout cette dimension là elle est extrêmement importante, j'avais galéré pour trouver une place de parking, je pensais à, à je sais plus comment on appelle ça, la borne j'avais mis une heure et puis en fait euh voilà j'avais peur de me chopper un PV donc euh oui naturellement tout ça je pense que tu as tout à fait raison de le souligner je pense même que c'est basique et ça intervient avant même tout ce que je t'ai dit. C'est-à-dire que les conditions d'accueil d'un point de vue vraiment matériel, du patient sont considérables, pour pouvoir prévenir un conflit, si t'es dans une maison de santé ou chez un soignant ou ça sent bon c'est blanc c'est lumineux, c'est apaisant c'est calme, tu as des informations claires, voilà tu sens qui a de l'espace bon bah même si t'es malade t'arrives tu respire quoi déjà, voilà effectivement.

Effectivement vous parlez du secrétariat avec l'espace de confidentialité, ça c'est vrai que les patients ça peut être apprécié des patients ?

M11 : je pense que ça devrait être indispensable après c'est vrai qu'on est encore aujourd'hui à l'air ou la médecine libérale dépend beaucoup de ce que chacun des praticiens parce qu'on est des petits chefs d'entreprise hein même si on est des soignants, mais en libéral quand tu exerces tu es aux yeux de la loi euh une société. Donc tu coup c'est un peu triste, enfin moi je trouve ça un peu triste (sourire), euh même si on est, je considère que c'est un peu fort mais salarié indirect de la sécu euh bon, euh c'est vrai que c'est un peu triste et du coup y'a ce côté vraiment arbitraire qui peut être très dérangeant qui peut être géniale parce que tu peux te permettre si tu es dans un collectif avec des amis de ton âge, voilà vous avez pensé à un projet de santé, à un projet immobilier quelque chose ou le projet de santé va coller à un projet immobilier c'est-à-dire un projet fonctionnel qui va coller à un projet structurel bon bah la y'a de l'harmonie et donc la se sent tout de suite ça fonctionne bien les gens sont contents etc... mais c'est vrai que si t'es tout seul ou même en étant en groupe mais si on s'entend pas et que on est là sur une vision peut être un peu mercantile, bah je vais pas mettre de secrétaire déjà on met doctolib ou un autre agenda électronique et puis basta, bah les gens arrivent dans la salle d'attente bah qu'est qu'ils ont, ils ont un mur ou une porte fermée qui les accueille. Donc et puis ça c'est au bon vouloir, bon y'a des choses qui se débloquent avec les assistants médicaux et tout mais bon c'est, on est encouragé aujourd'hui à travailler tous avec un secrétariat ça me paraît évident, si on veut vivre, mais y'a des soignants aujourd'hui, moi j'ai des collègues de mon âge qui sont installés ils font leurs comptabilités tout seul, ils font le secrétariat la prise de rendez-vous tout seul, tout tout tout seul, c'est rare hein mais ça existe hein j'en connais deux, et ils ont 35 ans donc euh voilà on peut pas dire que ce soit le vieux médecin cliché etc... et je connais des anciens qui ont toujours eu des secrétaires depuis très très longtemps donc pour moi c'est pas qu'une histoire de génération c'est vraiment une histoire de choix, d'engagement pour tes patients, ton exercice et puis aussi l'aspect financier, et ton éthique personnelle qu'est-ce que tu attends de ton métier? est-ce que t'es là pour être hyper méga riche avoir trois piscines dans ta maison ou enfin voilà ça demande aussi d'être au clair avec ces questions là hein, clairement.

D'accord, le dernier point est ce que vous dans votre pratique, il y a eu un profil de patient avec qui ça aurait peut-être été plus compliqué que d'autres ? ou pas spécialement ?

M11 : un profil euh je dirai pas un profil je dirai, des pathologies c'est-à-dire que c'est vrai que moi je fais pas d'addictologie. Par exemple parce que je suis pas, attends excuse-moi, voilà c'est mon téléphone qui s'était mis en mode d'économie d'énergie. Donc je fais pas d'addictologie parce que j'ai pas les compétences pour le faire et puis c'est vrai que c'est un peu dur ce que je vais dire, mais j'ai fait le choix de privilégier une pratique, mon associée, au départ on était deux c'est une femme et donc on voit beaucoup beaucoup de femme et d'enfants et par rapport à la spécificité du quartier c'est vrai que y'a des difficultés d'accès aux soins particulier pour la population féminine là où je travaille et donc c'est vrai que ça a été un vrai renouveau d'avoir un médecin femme dans le quartier parce qu'on est vraiment en pleins cœur des tours quoi, on est entouré par les tours et donc on a un lieu, un espace vraiment agréable et chaleureux pour accueillir les gens et on a eu beaucoup beaucoup beaucoup et très très rapidement moi aussi, j'aime beaucoup la pédiatrie, donc des mamans des enfants, des mamans et des enfants et c'est vrai que (yeux en l'air) bon je vais reprendre ton terme quand même, le profil de patient addicté, c'est pas qu'il sont pas les bienvenus mais c'est que déjà en matière de compétence on est pas addicto, on a pas fait de capa ou de DU de choses comme ça avec mon associé, mes nouveaux associés non plus et puis on a, pas fait le choix non plus d'orienter notre pratique vers l'addictologie, et c'est vrai que les rares cas où ça a été totalement déraisonnable ou je sentais que ça pouvait totalement échapper, bah c'est quand tu as un patient ou y'a un meli mélo de psychiatrie et d'addictologie parce que pour le coup parfois c'est pas l'humain qui parle c'est sa substance ou le sevrage et la ça peut aboutir à des choses compliquées. Moi j'ai eu un patient schizophrène qui est adorable mais qui a un moment donné s'est séparé de sa femme et puis il a été insupportable donc y'a eu une rupture de soins. Euh sa famille n'a pas réussi à gérer, il a été hospitalisé en psychiatrie il s'est échappé, enfin ça a été vraiment très très compliqué euh il a été vraiment mis en danger et il a mis en danger plusieurs personnes et puis il venait roder dans le cabinet, des fois enfin il nous montrait ses parties intimes en pleins milieu de la salle d'attente, alors qu'il y avait des enfants qui attendaient, enfin c'était un peu compliqué mais là pour le coup oui j'ai failli appeler la police, ouais, je lui ai dit d'ailleurs hein, je lui ai dit « écoute la ça suffit » parce que je le connais quand il décompense pas je lui ai dit « là il faut que tu prennes ton traitement parce que sinon la moi c'est pas possible si on te revoit comme ça on appelle la police » il avait insulté ma collègue, enfin voilà mais c'est extrêmement rare, extrêmement rare voilà ça m'est arrivé euh, moi j'ai commencé la médecine générale janvier 2015, une fois, voilà avec ce patient, bon s'est arrivé deux trois fois dans la semaine, la même semaine mais pour le coup euh voilà c'est pas un profil c'était une situation précise dans des conditions euh, pathologiques vraiment précises et puis qu'on peut limite comprendre on peut pas légitimer mais on sait qu'on peut pas faire autrement quoi, voilà.

D'accord ok, bah écoutez merci beaucoup je sais pas si vous aviez d'autres choses dont vous vouliez parler ou d'autres idées ?

M11 : euh (yeux au ciel) alors moi c'est vrai que j'ai beaucoup déjà parlé donc bon courage pour la retranscription je vais pas trop t'en rajouter (rire)

Non, au contraire

M11 : simplement j'ai envie d'insister moi sur un fait qui est vraiment quelque chose qui m'a beaucoup, beaucoup touché parce que j'ai eu beaucoup beaucoup de difficulté hein quand même à, à m'habituer à l'endroit où j'exerce actuellement même si y'a énormément de, de retour positif et de bienveillance et de gratitude aujourd'hui avec le fonctionnement vraiment en équipe comme je t'ai dit j'ai développé le projet de santé je me suis beaucoup investi dans le, le coté pluriprofessionnel et le coté vraiment organisation coordonnée de soins sur un territoire assez particulier encore plus qu'ailleurs entre guillemets par rapport à une spécificité populationnelle, euh sociologique, ethnologique, euh pour pas dire que c'est que de la culture hein parce que c'est un peu réducteur, et donc du coup j'ai trouvé quand même beaucoup mon salut, en approfondissant, alors je dirai pas la sociologie ou les sciences humaines parce que c'est bien déjà c'est génial mais c'est qu'un premier pas, moi c'est vraiment ça a été un retour à la philosophie et à l'éthique médicale. Voilà c'est ce qui me sauve aujourd'hui et qui me permet de continuer à être heureux de faire ce métier. Et le dessus c'est vrai que ce que j'aurai à dire moi, c'est que vivement le jour où on nous permettra d'avoir des cours de philo, d'éthique médicale appliquée hein, à ce dont on a parlé, en médecine. Que ce soit pendant l'externat, ou l'internat. On a de la socio, on a de l'entretien motivationnel, on a des techniques d'entretiens c'est déjà très très bien, euh on nous donne des recettes on a des guid line c'est génial mais pour moi euh voilà il faut qu'on puisse faire un retour à soi, chacun d'entre nous, sur bah pourquoi on a fait médecine, qu'est-ce que c'est qu'être médecin surtout en médecine générale, et y'a une dimension vraiment politique en plus hein de notre métier hein avec une mutation du système de santé qui est en cours et la dessus je pense que ce serait pas mal qu'on se mette tous à avoir une réflexion en introspection puis aussi collectivement parce qu'à terme on travaillera tous collectivement qu'on le veuille ou non ça finira comme ça, et la dessus on est pas formé. On est pas formé à travailler en groupe, on est pas formé à avoir un retour sur soi, on a euh une vision de l'éthique qui est un ilot éthique c'est-à-dire qu'on fonctionne avec une éthique comme une morale en disant bon bien le patient il arrive soit ça passe dans mon cadre soit ça passe pas dedans et je trouve que c'est un peu léger pour pouvoir faire une médecine digne de ce nom. Voilà ça c'est un peu mon ressenti personnel après cinq ans d'exercice. Voilà

J'ai oublié une question mais je pense que vous avez répondu, si vous aviez un conseil ou des conseils à donner aux jeunes médecins sur un peu ce dont on a parlé, vous quels seraient vos conseils ?

M11 : bah pour ceux qui se destinent à la médecine générale je pense que c'est extrêmement important de développer toutes toutes les connaissances nécessaires techniques sur le métier et ça c'est vrai que on a une très belle formation qui nous permet de le faire aujourd'hui, toutes toutes toutes les compétences nécessaires sur l'aspect organisationnel, gestionnaire parce qu'il faut pas se leurrer aujourd'hui quand on arrive avec des belles paroles et qu'on sait pas qu'on est un chef d'entreprise quand on s'installe, ça marche pas et puis ça peut nous dégouter de la profession donc il faut continuer à développer ça et je sais que le département de médecine générale s'attache beaucoup à nous donner d'avantage de cours pour nous apprendre quelles sont les différentes cotisations sociales quels sont les différents statuts etc... et après j'ai envie de dire que ça ce serait même en amont des études de l'internat vraiment redévelopper, faire un retour parce qu'elle a pas disparu cette dimension humaine, cette dimension existentielle philosophique éthique du praticien et de son questionnement par rapport au métier par rapport à des questions comme la mort, l'annonce d'une maladie qu'est-ce que la santé etc... y'a beaucoup de choses à faire et y'a beaucoup d'aide à aller chercher au niveau de la philosophie pour apprendre à prendre des décisions parce qu'on prend des décisions, sur la notion de responsabilité et c'est vrai que ça peut aboutir si on le fait pas à un sentiment de solitude et d'isolement euh quand on s'est installé alors qu'on a toutes les infos techniques qu'on fait les bonnes pratiques il nous manque quelque chose et ça je l'ai vraiment vécu comme ça. Et j'en tiens personne pour responsable à part moi-même donc aujourd'hui j'essaie de rattraper ça en faisant un peu de philo etc... mais voilà des questionnements comme ça pour moi ça me paraît essentiel et avec la réforme des études médicales je pense que c'est en bonne voie on va faire un retour vers d'avantage de sciences humaines, de questions éthiques pendant l'externat voilà.

Oui, écoutez merci beaucoup pour cette intervention

M11 : avec plaisir

Entretien 12 :

Bonjour je m'appelle line kochoedo, je suis médecin généraliste remplaçant actuellement en cours de thèse, qui porte sur la prévention du conflit médecin-patient. Dans mon travail je cherche à savoir quels moyens sont utilisés par les médecins pour prévenir le conflit avec leurs patients, ou le gérer quand la prévention est plus compliquée. Et je cherche aussi à savoir quelles solutions en fonction de l'expérience qu'ils ont eu, on pourrait trouver afin d'éviter que certaines situations se reproduisent. Comme objectif secondaire j'aimerais établir un guid line pour les nouveaux médecins, un guide de conseil pour les nouveaux médecins remplaçants ou qui aimeraient s'installer.

Est-ce que je peux vous enregistrer ? sachant que c'est anonyme bien évidemment ?

M12 : oui

Alors merci beaucoup, ma première question quand je vous parle de conflit médecin / patient à quelles situations vous, ça va vous faire penser, vécue ou pas forcément ?

M12 : (yeux au ciel, réfléchit) bah, pff c'est-à-dire ça dépend la définition du conflit qu'on a, ne pas être d'accord avec un patient c'est monnaie courante, euh essayer d'avoir un échange collaboratif avec lui pour se mettre sur un terrain d'entente, la plupart du temps c'est le cas sinon il reviendra pas mais des fois c'est pas le cas, et donc on a notre désaccord, euh, bon, après un conflit au sens, je sais pas au sens où j'imagine que va votre travail mais en fait j'en sais rien, c'est quelque chose de plus violent, d'éclat de voix avec éventuellement des gestes, euh voilà qui sont disproportionnés ou qui ne devrait pas être dans une relation avec un patient. Voilà.

Alors effectivement en fait mon travail porte sur la prévention du conflit ou la gestion du conflit pour éviter les violences derrière. Voilà

M12 : d'accord

Si je vous parle par exemple de tout ce qui va être refus devant une demande abusive par exemple est ce que c'est des situations que vous aviez déjà rencontré ?

M12 : oui mais ça c'est des situations qui sont j'allai dire habituelles, parce que la notion d'abusives c'est une notion médicale pour le patient c'est pas une demande abusive, alors nous on considère que c'est abusif, mais la question c'est d'expliquer pourquoi il nous semble que c'est abusif, euh sinon oui c'est une situation habituelle mais c'est pas ça qui va générer de la violence quoi. Si on me demande des antibiotiques et moi qui en prescrit pas beaucoup euh voilà j'explique pourquoi il n'est pas nécessaire d'en prescrire, j'explique les enjeux de santé publique, euh et puis j'essaie de trouver un terrain d'entente. Des fois je fais une

prescription différée par exemple pour une prescription d'antibiotique et puis après je me renseigne pour savoir si on a pris l'antibiotique ou pas mais la plupart du temps non on l'a pas pris. Euh voilà y'a des stratégies quand même. Mais ça, le côté une demande abusive déjà je trouve que même le terme est abusif, le terme de demande abusive c'est un terme unilatéral que nous on emploie les médecins mais en fait c'est plutôt une demande inappropriée pour le médecin. Déjà de la qualifier d'abusif c'est se mettre sur une communication parent/ enfant, c'est le père ou la mère qui dit que c'est abusif, et donc déjà c'est entretenir une relation parent /enfant en analyse transactionnelle avec ses patients, et donc ça déjà en soi de qualifier une demande d'abusif c'est déjà se mettre en situation de créer le problème.

Oui je vois ce que vous voulez dire

M12 : alors que si on accueille en disant qu'elle est inappropriée déjà on va se détendre et puis ça va aller mieux des deux côtés quoi.

Oui, alors c'est vrai que pour toutes les questions que je vais vous poser, un conflit n'est pas forcément quelque chose qui va mener à une violence. Mais effectivement si on le prévient et qu'on le gère, ça peut être un désaccord, une mésentente mais qui ne mènera pas forcément à la violence et par contre certains peuvent mener à la violence et c'est ça qui peut être plus compliqué, voilà, et effectivement plutôt une demande plutôt inappropriée par exemple arrêt de travail, ou certificats médicaux ce genre là, plus dans ce thème là.

M12 : d'accord mais ça c'est tous les jours

Oui exactement, exactement

M12 : en fait on est dans le conflit tous les jours.

Comment vous gérer ce genre de situation vous dans votre quotidien ?

M12 : En fait c'est une question de positionnement de l'un par rapport à l'autre. Le truc c'est simplement d'avoir un échange collaboratif avec ses patients. Si on se met en position d'enfant critique, comme on dit en analyse transactionnelle, on va se retrouver avec des enfants soumis, ou des enfants rebelles, et quand c'est l'enfant rebelle, quand c'est l'enfant soumis tout va bien, quand c'est l'enfant rebelle bah y'a conflit. Donc l'idée c'est d'avoir un échange d'information et d'obtenir le sentiment du patient, lui demander si il est d'accord de lui faire valider le plan de soin. Et quand y'a une demande qui est inappropriée c'est expliquer, euh, bah c'est la gestion des conflits classiques c'est-à-dire d'expliquer, être assertif, d'expliquer en quoi, moi, ça me gêne de répondre à sa demande. En lui disant que moi je suis gêné par rapport à cette demande là. Et en évitant effectivement le jugement, euh, voilà et après c'est les items de la relation d'aide, l'attitude inconditionnelle positive pour le patient, si déjà on a cette attitude inconditionnelle positive on va pas le juger, euh voilà l'authenticité, donc ça veut dire que si c'est inappropriée, il faut dire que c'est inappropriée sinon on est pas dans l'authenticité voilà puis après c'est l'empathie c'est-à-dire essayer de comprendre l'autre tout en sachant qu'on est pas l'autre. Voilà si on utilise ses items là, euh, ça marche. Alors essentiellement l'idée c'est d'avoir une attitude collaborative avec les gens c'est-à-dire euh je te donne des informations, tu en fais ce que tu veux et on se met d'accord, sur le problème et les solutions comme on dit en ACP et le partage des responsabilités. Donc si on est d'accord sur le partage des responsabilités ça va. Quand le patient de toute façon continue sur sa demande abusive bah on lui dit non de façon insertive en lui disant que ça nous gêne et que ça va pas être possible et puis on lui propose de voir quelqu'un d'autre et puis voilà. Donc en général ça se passe bien. En fait, l'échec c'est quand on arrive à euh... à l'éclat de voix quoi, ça veut dire qu'on a pas su gérer, ça veut dire qu'on s'est mis dans une position qui allait dégénérer en conflit. Souvent en analyse transactionnelle on dit on croise les transactions, c'est-à-dire que on s'est mis en position de parent critique et on a en face de nous un enfant rebelle qui s'énerve ou un adulte qui veut pas être pris pour un enfant et donc il exprime qu'il veut pas être pris pour un enfant. Voilà, c'est pour ça qu'on dit que les profs et les soignants sont difficiles à soigner, c'est parce que on a des gens qui sont, nous on est en parent critique parce qu'on sait versus quelqu'un qui sait pas. Les profs et les soignants ils sont aussi en parents critique, vous avez parents critiques versus parents critique ça le fait pas. Alors que si on discute avec un prof d'adulte à adulte y'a aucun souci quoi, ils sont pas plus difficile ni moins difficile à soigner que les autres. Simplement il faut pas les prendre pour des enfants, ce que nous faisons régulièrement avec nos patients quoi.

Ok oui d'accord

M12 : et si on prend pas les gens pour des enfants en général ils ne s'énervent pas.

Travailler avec le patient, ensemble

M12 : oui mais c'est surtout le considérer comme un adulte et ni comme un enfant soumis ni comme un parent non plus, c'est le considérer, c'est une conversation d'adulte à adulte, et une relation d'adulte à adulte. si vous êtes pas dans l'adulte à adulte, si vous êtes un parent critique en position haute et que vous avez en face de vous un enfant soumis ce qui est la plupart du temps le cas, « c'est vous qui savez ce qui est bon pour moi docteur » ça marche, mais si vous avez un soignant qui a pas l'habitude d'être traité comme ça bah ça va pas marcher et il va y avoir conflit, voilà c'est aussi simple que ça. Après les vrais conflits c'est

vraiment exceptionnelissime quoi. Mais ça arrive, moi ça fait 31 ans que j'exerce, donc ça m'est arrivé quelque fois mais ça se compte sur les doigts d'une main. Sinon après les gens quand ça leur convient pas il y aurait possibilité de conflit mais ils sont intelligents ils s'en vont-ils vont voir ailleurs. Voilà en fait. Donc la plupart du temps les gens ils s'en vont grâce à la liberté de choix du médecin qu'il faut garder à cause de ça justement, ils s'en vont parce que ça leur convient pas et voilà ils admettent très bien que ça leur convient pas et ils vont voir quelqu'un d'autre et comme ça tout le monde et le meilleur médecin pour ses patients.

Et justement ces situations vous qui vous sont arrivées, est ce que vous vous souvenez de ce que c'était ? est-ce que vous auriez un exemple ?

M12 : euh oui je sais plus, l'une des dernières que j'ai vécu mais c'était il y a déjà quelques années ? (mains sur le visage, réfléchit) euh ?? c'était une patiente qui était venue ? euh c'était la fille d'une patiente qui était venue hurler dans ma salle d'attente je sais plus bien pourquoi ? euh à cause de sa mère, qu'elle pensait mal soignée ou qu'elle trouvait mal soignée et euh elle était excessivement désagréable avec la mère qui était à côté, et elle a criée dans la salle d'attente et euh donc j'ai pris la mère après mais j'ai laissé la fille j'ai dit que c'était pas admissible, que je pouvais entendre des reproches mais pas des cris et des menaces etc dans la salle d'attente et donc j'ai pris la mère à part que j'ai soigné normalement et j'ai demandé à la fille de plus jamais revenir la par contre, c'est la seule fois de ma vie ou je crois que j'ai appelé l'ordre en disant « quand même la y'a un problème , vraiment excessivement violent ». Voilà. Sinon euh je m'en rappelle une fois une personne addictée toxicomane qui était visiblement en manque et je m'y suis mal pris probablement j'allais lui prescrire des produits mais juste pour une très courte période pour lui faire passer le week end et tout ça et il a été un peu violent il a jeté mon éphéméride et tout ça, mais là j'avoue que c'est moi qui me suis culpabilisé j'ai vu que je m'y étais pas bien pris, je sais pas bien pourquoi je me suis pas bien pris ou comment je me suis pris euh certainement eut être parce qu'un moment il a pensé être jugé alors qu'il ne l'était pas, et mais j'ai dû donner cette image là et donc il s'est énervé, ou alors il s'est énervé parce qu'il était en manque et que ça prenait trop de temps, voilà quoi. Mais la dans le premier cas franchement ça m'a pas culpabilisé parce que, voilà c'était un comportement inadmissible je sais pas pourquoi s'en était arrivé là avec cette femme que je n'avais jamais vu, s'en doute les soucis de sa mère mais elle avait certainement d'autres problèmes et euh dans le deuxième cas je me suis dit « ah zut je m'y suis mal pris » et euh ça m'a perturbé quoi voilà, mais ça m'a pas voilà.

Le deuxième cas vous l'avez géré comment ?

M12 : Après des confits sur des erreurs de diagnostic ou tout ça (temps de pause) quand on se trompe d'une façon générale de toute façon il faut le reconnaître parce que si on le reconnaît pas c'est le bordel assuré hein, c'est ce que nous conseille tous les avocats et tous les procureurs et tous les personnes de l'ordre du monde hein, si jamais il y a une erreur qui a été faite il faut la reconnaître simplement et déjà ça dédramatise, enfin ça dédramatise, des fois c'est des situations dramatiques, après ça m'est pas arrivé sur des situations dramatiques ou qu'on me les reproche, en fait ça m'est arrivé de me tromper mais les gens l'ont pas su ou l'ont pas vu ou me l'ont pas reproché. Donc c'est un peu livresque ce que je dis mais ce qui a de sûr c'est que, même sur des erreurs, voilà. Je me rappelle une fois, justement quelque chose qui aurait pu dégénérer en conflit et qui ne l'a pas été du tout, c'est parce que ça avait cafouillé au niveau du secrétariat je sais pas il y avait eu un truc, quelque chose de manqué et potentiellement ça pouvait être grave, et donc les gens sont arrivés un peu énervé tout ça, j'ai dit que je m'excusais quoi, c'était un problème qu'on avait eu avec le secrétariat et que on était en train de réorganiser les choses pour que ça se reproduise plus, et les gens ont très bien accepté ça et ils sont restés, enfin je veux dire c'est des patients que j'ai toujours donc, simplement voilà quand il y a un problème il faut le reconnaître c'est pas la peine de dire il a pas existé, il faut le reconnaître, quand c'est notre responsabilité bien on reconnaît notre responsabilité. Parce que les gens s'attendent pas non plus qu'on soit ni des Dieux ni des super héros hein donc euh si on admet qu'on s'est trompé ou si on admet que y'a eu un problème d'organisation de délai etc... alors que ça aurait pas du être le cas bah voilà il faut le reconnaître.

D'accord et pour le patient justement qui avait une addiction, ça après vous l'avez géré comment vous cette situation ?

M12 : bah je l'ai pas géré il s'est levé il a balancé mon éphéméride par terre et puis il est parti très en colère et voilà quoi.

D'accord

M12 : voilà et je l'ai pas revu après, voilà. Lui bah j'ai raté quelque chose

Si on parle un petit peu de tout ce que est attente en salle d'attente, donc des patients qui vont peut-être pas être content parce qu'ils sont pas passés à l'heure prévue ou qui ont beaucoup attendu pour une raison ou pour une autre, est ce que c'est une situation vous dans votre exercice que vous connaissez ?

M12 : y'a que les autorités qui croient que de prendre sans rendez-vous ça résout c'est-à-dire que réinventer les quatre heures d'attentes aux urgences c'est le parangon de la qualité médicale. Moi je travaille sur rendez-vous, et je suis pas en retard, j'ai au maximum, alors y'a des jours où je suis en retard oui, y'a des jours où j'ai ¼ d'heure de retard par exemple, ça peut m'arriver parce que y'a eu 3 consultations longues avec des consultations complètes. Mais en général j'ai ¼ d'heure de retard ou pas de retard du tout et donc ça se passe bien les gens attendent pas. Et quand les gens attendent parce que par hasard et tout ça bah faut leur expliquer que on a eu des choses difficiles à gérer et il fallait beaucoup réfléchir et chercher et voilà.

Ok, oui plus expliquer et puis voilà après...

M12 : voilà mais ceci dit je suis passé sur rendez-vous parce que les gens dans mon cabinet quand je me suis installé y'a 30 ans il y avait pas de rendez-vous ça se faisait pas c'était même, vous vous rendez pas compte c'était scandaleux de faire des rendez-vous, euh les gens attendaient 4h hors ma salle d'attente n'a pas de fenêtre, donc le jour où j'ai pris à 13h quelqu'un qui attendait depuis 9h du matin, et qui était en trans et je comprenais parfaitement pourquoi, parce que moi je serai jamais resté 4 heures, je me suis dit c'est pas possible, donc on va prendre des rendez-vous et depuis on a pris des rendez-vous on a fait que des rendez-vous, alors on a une organisation de quatre rendez-vous sur une heure et quart donc j'ai un quart d'heure pour rattraper le retard ou pour mettre quelqu'un si il va pas bien et donc la vie est belle et finalement la gestion des rendez-vous elle se passe avec disons entre 5 et 30 minutes de retard et les gens ne me le reprochent pas. Et puis quand ils râlent parce que je suis en retard je leur dis que je me suis occupé longuement d'un patient et puis qu'un jour peut-être qu'ils en bénéficieront voilà et que c'est la règle du jeu voilà, et si ils sont pas contents ils vont voir ailleurs. Et que bon voilà c'est la règle du jeu c'est tout y'a des règles partout et voilà et comme je suis quand même un des moins en retard de tous les médecins du coin (rire) ça passe bien.

Ok, D'accord

M12 : après il faut essayer de savoir pourquoi ils sont en colère, peut-être qu'ils avaient un rendez-vous peut-être ils avaient autre chose à faire, euh etc donc dans ces cas là on reprend rendez-vous et puis voilà.

D'accord, après en ce qui concerne un peu la structure en général, la structure de soins donc ça peut aller l'extérieur tout ce qui est parking, à l'accès au cabinet la salle d'attente...

M12 : un des grands..., je crois qu'une des grandes causes pourquoi finalement j'ai pas beaucoup de conflit, c'est que en fait moi j'ai un secrétariat physique en permanence et les secrétaires font tampons c'est-à-dire que elles, elles reçoivent pas mal d'agressivité de la part des patients elles nous le disent et nous quand ils arrivent ils sont doux comme des agneaux mais ils ont un petit peu j'allai dire déversé leur agressivité des fois sur la secrétaire. Et des fois c'est vrai que nos secrétaires sont plus en but à l'agressivité des patients que nous, elles font office de tampons et de bouclier un peu voilà et c'est difficile pour elles des fois parce qu'elles se font un peu agresser au téléphone ou elles se font un peu agresser des fois quand les gens viennent et qu'ils peuvent pas avoir un rendez-vous tout de suite, voilà. Après y'a des règles on a pas d'exception à ces règles et je crois que c'est voilà c'est comme la loi quoi donc les règles c'est comme ça et je dis à mes patients que si ça leur convient pas y'a aucun soucis c'est pas un problème quoi, ils vont ailleurs. On doit traiter tout le monde pareil, euh c'est bien quoi, moi je veux que les gens prennent rendez-vous, j'ai des gens de la communauté gitane qui prennent rendez-vous chez moi ils sont pas en retard et ils viennent quoi voilà. Et c'est comme ça, après oublier un rendez-vous ça arrive à tout le monde je suis pas... voilà, je veux dire, moi le premier donc des fois y'a des gens qui ont oublié, ils ont oublié c'est pas grave quoi voilà. Ça me permet de résorber effectivement le retard ou tout ça. Mais les gens respectent les règles qu'on a et encore une fois si ça leur convient pas ils vont voir ailleurs c'est très bien. Donc les grands principes c'est effectivement la liberté de choisir son médecin, qu'on ait un médecin qui nous ressemble c'est pour ça aussi, je pense qu'il y aurait plus de conflit si on pouvait pas choisir son médecin et deuxièmement effectivement d'avoir des personnes qui accueillent à l'accueil donc nos secrétaires qui font ce travail là d'accueil d'expliquer aux gens « bah voilà il est parti sur une urgence, il va revenir » mais bon voilà les gens ils comprennent ça quand on est parti sur une urgence et tout au contraire ils sont gentils ils disent « je veux pas vous déranger docteur, vous devez aller vite je sais que vous avez beaucoup de travail » donc y'a pas de soucis, mais ça nécessite effectivement du personnel, et le personnel ça a un coût et un coût très important en terme de pourcentage se crée après et voilà donc ce qui a de bien c'est que les jeunes médecins vont s'installer à plusieurs, j'espère, et je souhaite, et je voudrais qu'ils aient assez de moyens pour qu'ils aient du personnel d'accueil pas un secrétariat téléphonique hein et qui leur permette justement d'avoir un sas, d'expliquer de gérer les gens avant qu'ils arrivent et comme ça y'a plus de problème.

Qu'ils puissent avoir un accueil

M12 : oui quand vous avez un accueil personnalisé en disant « bonjour Monsieur un tel, d'accord bon le docteur a un peu de retard parce que il a eu plusieurs choses difficiles à gérer ou que il a eu une urgence même si il est revenu » les gens le comprennent ils disent « ah oui ». Si ils ont aucune, aucun renseignement ils arrivent dans la salle d'attente et qu'ils attendent, qu'ils attendent, qu'ils attendent et que personne leur dit rien euh c'est normal qu'ils s'agacent quoi. C'est comme à la sncf hein, si le train arrive en retard et qu'on dit le train va avoir 15 minutes de retard personne ne dit rien, si au bout de 15 minutes de retard y'a une annonce qui vous dit le train aura 5 minutes de retard, ce que j'ai vu déjà à la sncf, bah vous avez le feu sur le quai quoi. Parce qu'on se dit ils nous prennent pour des idiots alors qu'il faut simplement dire la vérité. « Le docteur bah il va arriver,

il a eu une grosse urgence il va arriver quoi ». Si vous dites « non, non c'est dans 2 minutes qu'il va arriver alors que vous savez qu'il y en a pour une demi-heure c'est sûr que ça va pas le faire. Et c'est juste, je pense que la vérité déjà, dire la vérité c'est reconnaître une erreur, dire quand ça va pas, dire que ça va pas aller pour des raisons x ou y par exemple pour le retard c'est déjà prévenir 90% des conflits. Voilà. Parce que le vrai conflit on en a pas beaucoup, c'est des personnalités c'est à dire euh pathologiques un peu quand même, c'est pas, des fois de notre faute certainement euh, d'ailleurs aux urgences il paraît que, aller sans aide et détacher les gens c'est les plus dangereux, mais la plupart du temps voilà ça se passe bien quand même après c'est des personnalités quand même particulières. Quand on en arrive à...

A avoir des conflits qui puissent emmener à la violence... ?

M12 : oui des vrais conflits au sens où y'a des cris y'a des menaces, ou y'a des gestes ou y'a des coups et tout ça, moi à mon avis c'est voilà, c'est, un c'est pas tous les jours et puis deux c'est souvent des personnes ou personnalités particulières.

Oui plus des personnalités un peu particulières quand ça peut aller loin, ok d'accord. J'avais un dernier point alors c'était plus on en parlait un petit peu tout à l'heure sur l'incompréhension face à une prise en charge. Un patient qui va pas forcément comprendre pourquoi on fait ça ou qui va pas comprendre sa prise en charge, vous comment est-ce que vous gérez ? ou comment justement est ce que vous anticipez ce genre de soucis ?

M12 : bah de toute façon l'anticipation elle est dans l'éducation du patient c'est-à-dire le patient qui est-il ? que sait-il ? que croit-il ? quel est son projet ? quel est son projet de vie ? Etc... et si on sait ça on sait qu'on va pas se mettre en porte à faux, mais ce qui est très important c'est comment le patient considère sa maladie ? ce patient diabétique qu'est-ce qu'il croit sur le diabète ? Il croit que si on le met sous insuline il va mourir, mais je vais vous dire que le jour où je vais lui prescrire de l'insuline ça va pas le faire hein. Et c'est pour ça que dans les recommandations il y a, quand on prescrit un anti diabétique oral on dit au patient « peut être qu'un jour on passera à l'insuline et c'est pas grave », ça sera pas une malédiction, parce que le patient le vit comme une malédiction donc faut anticiper beaucoup, mais surtout voilà, qui est mon patient ? qu'est-ce qu'il sait de sa maladie ? qu'est-ce qu'il croit de sa maladie ? et quel est son projet de vie ? et si on analyse et si on cherche l'expérience vécue de la maladie, comme là vous êtes en train de faire l'expérience vécue des patients qui ont eu un conflit avec des gens, si on leur demande leur expérience vécue, comment ils vivent les choses, on arrive à les comprendre, on arrive à être empathique et on arrive à prévenir justement ces plans de soins qui sont pas du tout adaptés au patient. Voilà. C'est la connaissance du patient qui fait ça, mais c'est sûr que si on fait du renouvellement d'ordonnance toute sa vie, un quart d'heure tous les 3 mois soit une heure tous les ans pendant 10 ans pendant 10 heures vous renouvez du renouvellement d'ordonnance et bien c'est sûr que un vous avez pas fait le job et deux vous risquez effectivement un conflit. Le patient vous le connaissez même pas vous avez renouvelé les mêmes choses en prenant la tension tout le temps. Alors que si un jour au lieu de lui prendre la tension vous lui dites bon cette hypertension la qu'est-ce que vous en pensez ? comment vous vivez les choses ? comment vous voyez votre futur ? par rapport à la maladie par rapport à avant et tout ça, là à ce moment là, le patient y'a aucune raison pour qu'il soit en conflit avec vous. Parce qu'il va se sentir écouté, compris, aidé hein, c'est l'empathie en fait. Et à partir du moment où vous vous sentez aidés y'a pas de raison que vous rentriez dans le lard de la personne qui vous aide. Par contre si vous faites toujours du renouvellement d'ordonnance sans jamais poser aucune question, c'est sûr que l'observance est moins bonne, c'est sûr que vous risquez à un moment ou un autre d'être en conflit avec le patient. Voilà. Après le patient aussi (réfléchit les yeux au ciel), des fois il change de mode d'entrée dans la relation c'est-à-dire que des fois il a envie de comprendre des fois, il a envie d'exprimer une émotion et des fois il a envie d'être aidé au sens fonctionnel du terme. Et c'est pas le même mode d'entrée dans la relation. Et suivant la porte d'entrée qu'il vous propose, par exemple aujourd'hui j'ai envie que vous me disiez que finalement je suis quelqu'un de bien, de me reconnaître en tant que personne et tout et que vous lui expliquez la physiopathologie de son diabète, j'en ai strictement rien à foutre et je suis pas content. Et ça peut l'énerver. Si au contraire aujourd'hui j'ai envie que vous m'expliquiez ce que c'est que le diabète parce que finalement j'ai jamais compris et que vous vous dites mon pauvre monsieur votre famille ça va ? comment il les gère et tout, bah c'est pas un bon truc ça, mon truc aujourd'hui c'est qu'on m'apprenne la physiopathologie du diabète. Et si la troisième fois j'arrive et j'ai envie de comprendre comment on fait marcher l'appareil à dextro et que vous vous dites, la physiologie du diabète c'est ça, bah c'est pas ça que je suis venu chercher, et c'est ça les conflits finalement, c'est qu'on est pas au niveau de l'attente de l'autre, des besoins de l'autre. Voilà. Donc si on respecte les portes d'entrée de la relation, ça veut pas dire que la relation se résume à ça mais c'est les portes d'entrée, on va prévenir également les conflits. Quelqu'un qui a envie de reconnaissance faut lui donner de la reconnaissance si vous lui donnez de la physiologie ou des trucs pour aller mieux il en a strictement rien à faire il veut de la reconnaissance. Voilà. Et ça c'est dans les qualités humaines du médecin qui euh... voilà. Mais nous en médecine générale on a quand même beaucoup de chance c'est qu'on connaît les gens donc on peut inscrire une situation sur le long terme, c'est pas la première fois ou je demande aux gens leurs antécédents médicaux que je les connais. Et peut-être un jour aborder leur situation familiale, le troisième jour, la troisième fois je vais leur demander comment ils vivent leur maladie, la quatrième fois je leur dis mais « votre projet de vie c'est quoi ? » et là à partir de là, c'est à dire au bout quand même d'un certain temps, au bout d'un an deux ans qu'il vient tous les trimestres on va commencer à avoir vraiment une alliance qui va être forte même si elle est remise en jeu, et, qui va probablement éviter les conflits quoi. Parce que vous proposez pas à quelqu'un qui veut rester chez lui d'aller à l'hôpital demain ou à la maison de retraite demain alors qu'il veut rester chez lui. Et si vous le savez pas ? bah il y aura conflit. Et encore faut-il avoir posé la question.

S'adapter au maximum au besoin

M12 : exactement ! exactement. Et ça ça s'apprend hein enfin je veux dire les portes d'entrée de la relation, l'alliance, les items du diagnostic de situation de G et V que je viens de donner mine de rien tout ça c'est écrit dans les livres quoi, et il faut qu'on arrive à les appliquer. Et si on les applique quand même on a beaucoup moins de problème que si on les applique pas. Mais c'est sûr que notamment j'entends les internes quand ils sont dans les services d'urgences, d'abord ils sont pas formés à ça et puis ensuite ils ont jamais vu le patient et ils le reverront jamais donc c'est une situation très particulière. Et donc ils ont l'impression que le monde médical est beaucoup plus violent qu'il ne l'est en réalité. Parce qu'en fait il est moins violent que ce que pensent nos internes quand on en parle, en réalité je suis un vieux maître de stage donc quand j'en parle avec eux, c'est beaucoup moins important que ce qu'ils croient, parce qu'en fait nous les gens on les connaît, ce à qui on correspond pas ils sont partis ailleurs, donc la vie est belle finalement, donc on parle je vous dis sur les doigts de la main sur 30 ans c'est pas grand-chose quoi. Voilà donc c'est pour ça qu'il faut être cool avec ça quoi, il faut voilà, et c'est vraiment la prévention quoi et puis si on s'est trompé il faut reconnaître qu'on s'est trompé. Déjà dire bah oui je me suis planté, je me suis planté de diagnostic et voilà je suis parti sur une piste, ou alors j'étais pas attentif, ou alors voilà, ou alors, voilà. Les gens quand ils ont compris comment ça s'était passé déjà ça va mieux. Ils vous en veulent toujours mais ça va mieux hein.

D'accord, ma dernière question, sur un peu tout ce qu'on a dit, les conseils que vous puissiez donner à des jeunes médecins justement à titre de prévention quels seraient ces conseils ?

M12 : bah (yeux au ciel) tout simplement d'avoir une attitude empathique déjà si on comprend l'autre tout en sachant qu'on ne l'est pas, déjà on a moins de chance de faire des bêtises. Qu'il y ait un accueil dans leur cabinet, qu'il y ait une organisation dans leur cabinet ce qui évite les attentes insupportables qui évite les choses comme ça et voilà si on est dans l'honnêteté avec les gens et si on va les chercher c'est-à-dire que si on fait autre chose que simplement leur renouveler des comprimés à ce moment y'a pas de raison d'avoir de gros conflits ou c'est exceptionnel comme je le disais tout à l'heure peut être avec des pathologies également exceptionnelles, des personnalités pardon exceptionnelles. Mais sinon ça se passe bien quoi, la plupart des gens ils nous aiment beaucoup d'ailleurs quand on fait des sondages ils disent qu'on est toujours le meilleur médecin du monde et chaque médecin est le meilleur médecin du monde pour ces patients ce qui est super quoi. Voilà, donc et puis faut surtout pas qu'ils aient peur les jeunes médecins de s'installer parce que, voilà, viendront les voir les gens qui leur correspondent. Et donc comme viendront les voir les gens qui leur correspondent, voilà, même les gens même si ils sont paternalistes, parce que malheureusement on est nombreux, enfin y'a beaucoup de médecins paternalistes, bah les enfants soumis viendront les voir, et les prof iront voir quelqu'un d'autre c'est tout. Les enfants soumis iront voir les parents critiques et ça se passera bien. Et de temps en temps ça se passera pas bien quand ça sera pas un enfant soumis mais si on s'en rend compte, on corrige le tir ça va bien, voilà il faut analyser la relation. La également à chaque fois normalement quand ça se passe pas bien on doit un peu se remettre en question et de regarder comment ça s'est passé, c'est-à-dire se voir travailler, on se met en question on se dit bon bah qu'est-ce qu'il s'est passé, le patient il est venu j'ai dit ça j'ai fait ça il s'est mis en pétard, pourquoi il s'est mis en pétard ? voilà et si on se pose la question on arrive à résoudre le problème, si on se pose pas la question en se disant non mais de toute façon il est bizarre ou il est particulier ou c'est de sa faute c'est sûr qu'on va reproduire les schémas qui vont entraîner des conflits. L'idée c'est de se remettre en question voilà c'est l'honnêteté en fait, l'honnêteté c'est de se remettre en question. Voilà donc l'accueil je dirai, l'organisation donc dans l'organisation y'a l'accueil, y'a les rendez-vous, l'accueil il est physique, et puis il y a l'authenticité et l'honnêteté avec les patients voilà. Si on fait ça il y a pas de raison hein. Ça marche bien

Merci beaucoup

M12 : d'ailleurs, je rappelle d'ailleurs que, souvent à mes étudiants, que nous payons moins d'assurance professionnelle à exercer, que d'assurance de voiture. Donc vous pouvez avoir peur si vous prenez votre voiture mais n'ayez pas peur d'exercer c'est ce que je leur dit, parce que vous payez moins d'assurance c'est que vous risquez moins parce que les assureurs eux c'est mathématiques hein y'a pas de problème eux c'est des mathématiciens, donc si le risque de travailler dans un cabinet en médecine générale il est assuré à très peu c'est qu'il y a pas beaucoup de risque, alors par contre quand vous prenez votre voiture vous payez plus donc ayez plus peur quand vous prenez votre voiture, voilà.

C'est vrai

M12 : voilà donc en fait la c'est assez cool, mais oui mais c'est vrai c'est mathématique (rire) les assureurs c'est pas les gens qui gagnent le plus d'argent du monde pour rien. Donc quand on paie pas beaucoup c'est qu'on risque pas beaucoup, voilà.

Merci beaucoup je sais pas si vous aviez quelque chose d'autre dont vous vouliez parler ?

M12 : non je sais pas sur la prévention des conflits voilà, je crois que c'est surtout les items d'approche centré patient qui compte quoi, c'est-à-dire les items de l'exploration de l'expérience vécue de s'entendre avec le patient sur le problème les solutions et le partage des responsabilités ça c'est très important le partage des responsabilités ça veut dire je considère le patient comme acteur de sa propre santé et donc ça aussi ça évite les conflits, parce que si le patient il me met en position haute en disant « c'est vous qui vous occupez de tout » le jour où ça va pas bah c'est de votre faute aussi. Alors que en fait non, en fait c'est un partage

c'est collaboratif c'est un partage de responsabilité, ça c'est très important pour la prévention des conflits je crois et puis après voilà si on a fait une connerie ou si on était pas à la hauteur, bah il faut le reconnaître. Malheureusement on est pas des Dieux, et il faut le reconnaître d'abord pour soi-même savoir qu'on est pas des Dieux déjà ça nous aide parce que ça évite les conflits avec soi-même. Ça veut pas dire qu'il faut en faire hein mais ça veut dire qu'il faut le reconnaître et faut avoir une certaine humilité dans ce métier et de se remettre en question c'est bien et si on se remet en question, bon voilà ça va quoi. Après oui il peut y avoir des trucs mais ça tourne pas au drame, voilà.

Ça reste exceptionnel, merci beaucoup

M12 : voilà, et bon courage pour votre travail parce qu'après les verbatims c'est bien joli mais il faut les écrire et faire des catégories et tout ça.

Entretien 13 :

Bonjour, je m'appelle line KOCHOEDO je suis médecin généraliste remplaçant actuellement en cours de thèse qui porte sur le conflit médecin /patient, la prévention du conflit médecin /patient. Dans mon travail je cherche à connaître les moyens utilisés par les médecins généralistes pour prévenir le conflit ou le gérer quand c'est plus difficile de le prévenir. Et je cherche aussi à savoir en fonction de l'expérience, quelle solution ils auraient pu trouver pour éviter que certaines situations se reproduisent. Mon objectif secondaire c'est d'établir un guid line pour les jeunes médecins, de conseil, des choses comme ça pour ceux qui aimeraient s'installer ou qui remplacent.

M13 : d'accord

Est-ce que je t'enregistrer sachant que c'est anonyme et que c'est que pour moi ?

M13 : aucun problème ! (sourit) tu peux m'enregistrer, tu m'entends bien ?

Oui je t'entends c'est parfait, alors ma première question quand je parle de conflit médecin patient en cabinet de médecine générale à quelle situation toi ça va te faire penser que ce soit vécue ou pas forcément ?

M13 : (les yeux au ciel) alors euh moi déjà en tant que, bon je suis médecin généraliste remplaçante, euh en tant que remplaçante déjà, surtout en début de carrière on va dire j'ai accumulé un petit peu de retard par exemple dans mes consultations, surtout au cours de la journée et il arrivait, surtout en fonction de certains cabinets, certains quartier voilà bon en fonction de la patientèle, y'a des patients que ça dérange et ca va un petit peu du coup énervé quand ils rentrent dans la salle de consultation. Ca je le ressens pas., alors je peux pas parler de conflit parce que voilà c'est pas au point de comment dire d'aller en explosion de colère, mais c'est vrai qui a des gens qui du coup sont un peu énervés « oui voilà ça fait une demi-heure que j'attends » « bah oui j'avais pas prévu » la consultation ne démarre pas forcément très bien comme ça, y'a des gens compréhensif mais y'en a d'autre... mais on peut comprendre aussi qu'ils soient pas euh ouais qu'ils apprécient pas le retard, mais après quand on leur explique qu'il se peut qu'il y ait des urgences dans la journée etc après voilà en discutant en s'excusant, moi toujours j'essaie de m'excuser si j'ai du retard et que c'est ma faute voilà je, je m'excuse et c'est vrai après déjà ça pose des bonnes bases, mais voila par exemple ça c'est l'exemple qui me vient tout de suite. Ensuite bien ça m'est déjà arrivée de partir un petit peu en.. un petit échange un peu colérique, je sais pas comment dire, avec des gens voilà qui apprécient pas que le remplaçant fasse pas comme le remplacé, du coup « oui mais le remplacé fait comme si comme ça et pourquoi vous vous faites pas comme ça ? » « bah écoutez moi j'ai l'habitude de faire comme si comme ça c'est ma façon de travailler » et euh voilà, ça c'est déjà arrivé après en général c'est pas que ça se passe mal hein mais bon il faut expliquer ce qu'on fait, la c'est ce qui me vient comme exemple (rire)

Si on reprend le premier exemple, on va reprendre tous tes exemples, au niveau du retard tout ce qui est attente, retard ou attente en salle d'attente, toi tu vas plutôt expliquer un petit peu discuter avec le patient

M13 : oui voilà, j'explique ouais pourquoi je peux avoir du retard je vais m'excuser mais bon après voila le retard il est comme ça quoi, donc si ça plait pas à la personne bah je dis écoutez sinon vous reprenez rendez-vous, et puis plutôt en début de journée on a moins de retard, mais voila on peut rien prévoir il faut que les gens soient aussi compréhensif enfin, après voilà bon c'est vrai que c'est délicat, c'est un peu délicat et on se met à la place des gens en général, enfin moi je me mets à leur place quand même voilà. En tout cas, comment dire, pour luter contre ça je trouve qu'il faut communiquer expliquer simplement les choses et souvent ça se passe bien en fait si tu t'excuses et c'est sur que si on dit « bah écoutez j'ai du retard et c'est comme ça et bien oui ça démarre pas bien » (rire)

Est-ce que pour toi il y aurait un moyen d'anticiper un peu, que ce soit organisationnel ou autre, cette attente ou ce retard ?

M13 : après oui on le voit quand même en fonction de certains cabinets, du coup y'en a qui peuvent envoyer des alertes euh par sms voilà « j'aurai du retard » je vois que ça se fait pas mal avec les visios, enfin les téléconsultations ou justement on peut dire voilà j'aurai 10 minutes ou une heure de retard, enfin voilà ça peut arriver, euh et puis après bien des fois quand il y a une secrétaire elle peut prévenir aussi, donc euh c'est vrai que ça arrive que des personnes disent « bon bah dans ce cas si il y a une demi-heure de retard je vais aller faire un tour et je reviendrai après » c'est vrai que ça dépend de la configuration, de l'organisation du cabinet, et je trouve que ça fonctionne bien comme ça, enfin c'est une façon voilà, et puis après y'a l'organisation je trouve que, on parlait d'expérience, je trouve que quand tu commences à connaître ta façon de travailler et bien c'est aménager soit des créneaux de consultation plus longs ou adaptés en fonction du motif de la personne justement pour éviter d'accumuler du retard, euh voilà, c'est sûr que si il faut faire le point avec quelqu'un en sortie d'hospitalisation c'est souvent plus de 15 minutes comme à peu près la moyenne du temps de consultation, donc il faudrait peut être adapter une plage horaire plus importante pour ce type de consult, voilà je sais pas si ça peut donner des solutions ?

Aménager ton temps et puis prévenir, une façon de prévenir le patient

M13 : oui voilà.

Sur le deuxième point dont tu parlais le fait qu'il y ait des fois des accrochages, parce que ça j'ai oublié de te dire effectivement ma thèse c'est la prévention du conflit ou la gestion du conflit pour éviter les violences en fait, c'est-à-dire que voilà pas tous les conflits peuvent partir en violence y'en a qui partiront pas en violence d'autres qui risquent de partir en violence si ils sont pas prévenus mais effectivement le conflit ne va pas forcément amener à la violence, voila en fonction de comment on le prend, voila ça j'avais oublié de te dire le but c'est d'éviter les violences

M13 : D'accord éviter les violences ok, après c'est vrai que peut être ce que j'ai pris comme exemple c'est peut-être pas assez voilà, mais ça m'est déjà arrivée quand même qu'il y est une dame qui vraiment parte dans les tons quoi hein parce que j'avais du retard et qu'elle avait un enfant et que bah forcément l'enfant était insupportable en salle d'attente et donc on peut comprendre et la enfin ça s'est bien terminé mais sur le moment c'était pas agréable.

Mais effectivement le retard c'est un motif, souvent de conflit alors pas forcément, mais c'est un motif, bon après comme tu dis il y en a qui vont moins bien le vivre que d'autre en fonction

M13 : oui c'est ça en fait

Donc le deuxième point sur le fait de des fois avoir un accro, plus parce que le patient a une habitude de ce que j'ai compris, ça comment est ce que tu le geres avec le patient ? comment est ce que tu arrives à le gérer quand un patient va te dire par exemple « d'habitude c'est pas comme ça... » ?

M13 : oui d'accord alors après tout dépend de quoi on parle, si c'est vraiment contre ce que j'ai l'habitude de faire et ce que j'ai appris, euh voila j'explique tout simplement que moi j'ai toujours fait comme ça, que je ferai pas autrement parce que c'est contre ce que j'ai appris, voila je suis quand même médecin donc je connais mon travail, je reconnais aussi quand je sais pas, euh, ça m'est déjà arrivée de dire à des personnes voila ça je sais pas assez le faire donc soit je me renseigne soit je dis bah vous consulterez votre médecin traitant habituel, et puis si par contre c'est pas ce dont j'ai l'habitude de faire mais c'est vrai que ça me paraît correct bah je vais le faire, mais je peux revenir sur ce que j'ai dit avant mais par contre si c'est contre, voilà je sais pas moi on peut prendre exemple de la prescription d'antibiotique c'est vrai qu'il y a des médecins un peu plus âgés qui en prescrivait facilement aujourd'hui on dit de faire attention et les pratiques changent, et si je suis pas d'accord je dis « écoutez moi je le ferai pas parce que j'ai pas envie de le faire et c'est pas comme ça que je travaille, dans ce cas sinon vous revenez avec votre médecin habituel ». Et moi je céderai pas (rire)

Ok ça dépend vraiment de ce qu'il se passe avec les patients, soit tu peux gérer et si ça reste dans ce que toi tu aurais pu faire mais que tu as pas l'habitude mais par contre si c'est pas le cas

M13 : voila alors l'exemple par exemple de ce que j'ai pas l'habitude de faire mais que je peux faire pour dépanner par exemple que le médecin habituel fait, des fois bon y'a des médecins qui font des renouvellements d'ordonnances sans voir les personnes par exemple, euh maintenant on voit quelqu'un en consultation qui dit « ah oui est ce que vous pouvez marquer tel médicament pour mon frère ou mon mari » ou voilà, je lui dis « écoutez moi je préférerais quand même le voir après voilà comme le planning de consultation est bien rempli et que c'est pour vous dépanner pour la pharmacie ok pour dépanner pour une fois mais ça se reproduira pas, ça c'est pas ce que j'ai l'habitude de faire, si d'habitude votre médecin fait ça c'est son droit, moi je le fais pas je vous connais pas, voilà, mais pour dépanner ok » donc c'est une petite exception je dirai, voilà mais c'est aussi voilà j'ai trouvé comme terme (rire) pour prévenir le conflit pour éviter que voilà la personne se braque et que, parce que on est pas obligé d'aller aussi loin pour ça, pour ce motif.

D'accord, justement je voulais rebondir sur ce que tu disais sur la prescription, face à des demandes qui vont être peut-être inappropriées pour nous, certificat, arrêt, prescription, toi comment est-ce que tu gères ça ? un patient qui va te voir voilà, pour un certificat un arrêt ou autre qui toi va te paraître inapproprié comment est-ce que tu gères ce genre de situations ?

M13 : alors comment ? oui parce que c'est vrai que ça arrive et ça arrive assez souvent, euh moi je dirai que j'explique, pourquoi, si je trouve que c'est pas approprié je vais expliquer pourquoi, souvent quand même le dialogue les gens n'insistent pas forcément, si ils sont insistant et que j'avais pas prévu de le faire bah je dis, c'est vrai que souvent quand on est remplaçant c'est plus facile de dire « vous verrez avec votre médecin mais je suis pas sûr qu'il vous le fasse non plus » voilà on peut aussi dire ça, ou alors on trouve un compromis, c'est vrai que souvent quand il y a une demande un peu abusive d'arrêt de travail par exemple quelqu'un qui dit « voilà je voudrais que vous m'arrêtiez 15 jours pour une gastro » je sais pas je donne cet exemple voilà, je dis « écoutez moi je pense que même demain vous pourriez aller travailler parce que vous êtes sur la fin, bon ça me paraît pas incohérent, je peux vous arrêter deux jours mais pas plus » voilà des fois je trouve comme ça une alternative « vous aurez droit à votre repos mais 15 jours c'est pas possible, en tout cas je le ferai pas »

T'expliques et tu trouves un compromis avec le patient

M13 : j'explique et il y a un compromis voilà

Ok d'accord, ok, alors si on parle un petit peu de tout ce qui va être prise en charge du patient, incompréhension dans la prise en charge, un patient qui va pas comprendre sa prise en charge, ce qu'on a fait ce qu'on a prescrit est ce que toi déjà ça t'es déjà arrivée et si c'est le cas comment est ce que tu le gères ou comment est-ce que tu gèrerais ce genre de situation ?

M13 : alors la je vois pas euh... (réflexion), c'est vrai que moi j'expliquerai ou alors, oui ça arrive même avec des gens âgés qui posent des questions et qui par exemple ne comprennent pas ou sont pas forcément adhérents à quelque chose voilà, pas envie de prendre un médicament supplémentaire ou quoi bon soit on explique, si ça bloque encore, euh des fois je propose d'en discuter avec un membre de la famille que ce soit, si c'est quelqu'un d'agé ça peut être le fils ou la fille ou l'époux l'épouse, ça peut être une solution aussi, ah si j'ai un exemple par exemple ça te dis un exemple ? (rire)

Oui oui vas y, pas de soucis

M13 : une fois donc je regarde les résultats des prises de sang, comme on fait souvent le soir je regarde en plus un vendredi soir vers 20h et je tombe sur un INR à 14 chez un monsieur qui était en plus avec une valve etc, avec beaucoup d'antécédents et de traitements et donc je l'appelle direct des que je vois le résultat et je lui dis « écoutez il faut aller aux urgences, vous passez même pas par le cabinet, je vais les prévenir mais il faut y aller directement c'est important, euh c'est très très important ils vont vous faire un traitement qu'on peut vous faire qu'à l'hôpital. » et la il refuse il dit « non non mais moi je vais bien je vais pas aller aux urgences, je vois pas le problème et en plus je viens de reprendre ma coumadine » je me dis oh bah mince alors, voilà, et donc je lui ai dit « non, non vous me passez votre femme et on va en discuter » et donc quand j'ai eu sa femme, elle a fait un cri (rire) parce que du coup quand elle a su le résultat et elle m'a dit « oui oui docteur je l'envoie tout de suite aux urgences, je l'emmène aux urgences » voilà et finalement ça s'est bien passé quoi, mais voilà, il y aurait pu avoir un conflit enfin une incompréhension du patient qui se sentait pas malade quoi mais en fait il fallait quand même agir quoi.

D'accord avoir de l'entourage ou...

M13 : pour moi l'entourage c'est très important surtout que des fois on peut être un peu démunie, mais l'entourage ou si y'en a pas bah l'infirmière par exemple qui passe euhh je pense que tout ça c'est des..., pour nous c'est des..., comment dire des piliers euhh, qu'on puisse se fier quoi.

Eventuellement une discussion à plusieurs...

M13 : oui c'est ça trouver un compromis, hein c'est toujours la même chose

Ok, alors maintenant si on parle plus ce que qui va être la structure de soin en fait donc du parking, de l'extérieur, l'accès au cabinet la salle d'attente le secrétariat voilà est ce que toi y'a eu des choses dans les remplacements que tu as fait, une organisation qui aurait pu poser problème qui aurait pu emmener à être un peu conflictuelle ou au contraire, pas justement parce qu'il y avait une organisation qui permettait d'éviter ça ?

M13 : alors moi pour moi, justement c'est l'exemple le plus, pour moi qui est le plus concret surtout quand on fait des remplacements et qu'on travaille dans plusieurs cabinets euh, je me rends compte que quand il y a pas de secrétaire physique euh c'est plus compliqué pour les patients, euh des fois ça arrive qu'il y ait des patients qui viennent toquer directement au bureau de consultation « voilà je veux un rendez vous tout de suite cet après-midi » « non c'est pas possible » et pourquoi vous avez pas de secrétaire ? » donc voilà, donc des fois ça peut déranger et justement bah des fois il arrive qu'il ait des petites incompréhensions, quand y'a pas de secrétaire pour accueillir la personne donc voilà et je trouve que enfin moi j'ai constaté cette différence, après par rapport à l'accessibilité oui c'est vrai que quand, surtout dans les cabinets de centre ville l'accès est moins facile pour les personnes donc des fois ça peut être eux aussi, d'avoir le patient en retard parce qu'il a pas pu se garer ou voilà,

donc ça, ça peut jouer aussi un peu, même si c'est pas fréquent. Mais pour moi oui le fait d'avoir une secrétaire qui permet l'accueil etc... qui rassure aussi le patient euh (les yeux au ciel) je trouve que c'est vraiment, ça fait une différence.

Avoir quelqu'un de physique pour le patient

M13 : oui une secrétaire physique ouais, ouais

D'accord, ok, ok et donc le dernier point que je voulais aborder, ce serait, alors ça c'est une question est ce qu'il y aurait des, un profil de patient avec qui, dans ton exercice t'aurais eu peut-être plus de difficulté que d'autre ?

M13 : bah après c'est vrai que, enfin souvent même quand on échange avec des amis on le dit hein que certains patients qui ont des accès aux soins euh..., (yeux au ciel, réfléchit) alors pas facilité mais on prend l'exemple des patients qui ont la CMUc enfin CMU CMUc euh, ils sont parfois plus demandeurs de soins, ils viennent un peu régulièrement parce que bon t'as pas d'avance de frais des fois voilà, ça peut être une question de, d'éducation de fréquentation, de quartier d'habitude etc... mais c'est vrai que voilà, parfois je les ai trouvés un peu plus exigeants ou demandeurs de motifs un peu multiples et un petit peu, qui partent un peu partout quoi mais oui c'est plus ça c'est vrai mais c'est pas une, comment dire, une règle absolue quoi hein c'est pas toujours le cas. Et puis après aussi bien en fonction des cabinets hein dans lesquels on travaille, bah y'a des patients qui sont plus ou moins enfin éduqués d'une certaine manière et après ça nous convient ou ça nous convient pas mais c'est vrai que, euh je prends l'exemple, par exemple j'ai déjà travaillé à Millau dans le centre ville, là les patients sont très bien éduqués, euh voilà respectueux de tous y compris la secrétaire hein parce que des fois c'est aussi les secrétaires qui prennent beaucoup de plaintes quoi et par contre c'est vrai que dans certains quartiers autour de Montpellier par exemple et voilà la fréquentation est différente et voilà, et... (réflexion, temps de pause) voilà ça à rien avoir.

Il y aura l'éducation des patients en fonction du médecin

M13 : ouais, oui, ouais (sourire)

Ok d'accord, et donc ma dernière question, si toi donc un peu sur tout ce dont on a parlé tout ce qu'on a dit, si t'avais des conseils à donner aux jeunes médecins qui aimeraient s'installer quels seraient ces conseils-là ? pour toi d'important ?

M13 : pour moi vraiment c'est de, ouais de discuter avec les patients, de toujours euh expliquer, de toujours justifier, que ce soit une prescription, un exam.. enfin voilà l'examen médical pourquoi on fait ci, la prescription, euh, tout ce qui, tout ce qui le concerne en fait il a le droit de savoir et c'est vrai que peut être voilà il se peut que certains se braquent ou se sentent pas à l'aise finalement parce qu'ils sont pas assez bien informés donc je pense que ça, ça joue beaucoup. Et après oui l'accueil pour moi c'est important quand même, quand il y a une secrétaire physique euh, c'est toujours (temps de pause) ça change et puis nous aussi notre façon de présenter, surtout quand on connaît pas, le premier contact ou même quand on, voilà on sait très bien les personnes nous confient des choses importantes donc il faut aussi dès le début bien amener la consultation, par exemple bon serrer la main c'est déjà quelque chose, bon après quand y'a des règles barrières on le fait plus mais voilà, serrer la main, sourire et « aurevoir bonne journée » par exemple tout ça c'est.. bah on le ressent même nous quand on est patient par exemple donc c'est vrai que.. des trucs comme ça, et puis des que ça commence à, si y'a n'importe quelle chose qui peut déranger le patient je pense qu'il faut rester calme justement et pas monter dans les tons avec lui et lui expliquer. Après bon si y'a rien à faire y'a rien à faire mais il faut essayer voilà de garder son sang froid, de rester humble et de discuter pour moi c'est le plus, je pense que c'est le plus important

Echanger avec le patient et vraiment partager

M13 : voilà informer, expliquer, voilà argumenter (rire) voilà

Ok et bah écoute je sais pas si tu avais d'autre chose dont tu voulais parler ? ou qui te viennent là avec ce qu'on a discuté ?

M13 : non je vois pas ? non c'est surtout ça pour moi

Merci beaucoup

M13 : je t'en prie, bon courage pour ta thèse

Merci

Entretien 14 :

Bonjour je m'appelle line KOCHOEDO je suis médecin généraliste remplaçant en cours de thèse et ma thèse porte sur la prévention des conflits médecin/patient. Dans ce travail je cherche à connaître les moyens utilisés par les médecins généralistes pour prévenir les conflits le plus possible avec leurs patients et puis quand c'est plus difficile de les prévenir, comment ils font pour les gérer, pour éviter les violences. Et je cherche aussi à savoir en fonction de leurs expériences quelles solutions ils auraient pu trouver pour que certaines situations ne se reproduisent pas. Mon objectif secondaire serait d'établir une espèce de guid line de conseil pour les jeunes médecins qui aimeraient s'installer, voilà pour la prévention des violences.

Est-ce que je peux vous enregistrer sachant que ce sera anonyme hein c'est vraiment pour moi ?

M14 : oui oui oui bien sûr il y a pas de soucis

Merci beaucoup, pour ma première question quand je vous parle de conflit médecin/patient en cabinet à quelles situations vous ça va vous faire penser ?

M14 : pfff alors

Vécue ou pas forcément

M14 : comment ?

Une situation qui peut être vécue ou une situation générale

M14 : euh bah pfff des conflits on en a parfois sur des, c'est plutôt les refus de prescription hein, c'est surtout ça hein, plus après ça peut être des refus de soins aussi mais en général les refus de soins c'est pas euh, c'est des conflits qui sont, voilà on est pas d'accord mais on discute c'est pas euh c'est pas des conflits qui sont euh (réfléchit) qui sont agressifs on va dire hein.

D'accord

M14 : alors que parfois les refus de prescription oui, hein ou on a parfois des conflits dans les demandes de consultations abusives des choses comme ça voilà.

D'accord et ce genre de situation vous dans votre exercice, comment est-ce que vous arrivez à gérer? un patient qui va demander, qui va avoir une demande un petit peu inappropriée par rapport à ce qu'il faudrait ?

M14 : bah en général moi j'essaie d'être conciliante et d'être assez cool mais bon après euh ça peut arriver si un jour je suis énervée (rire) ça m'est arrivée parfois de remballer les gens de leur dire que s'il étaient pas content que voilà qu'il y avait d'autres médecins, que voila

Oui d'expliquer mais de pas céder non plus

M14 : alors en général oui oui, on essaie d'expliquer en étant quand même assez empathique mais euh, et en expliquant pourquoi on ne cède pas hein.

D'accord

M14 : voilà ou on essaie aussi de trouver des compromis on va dire (rire)

D'accord avec le patient

M14 : avec le patient ouais

D'accord ok, cette situation-là est-ce que pour vous il y aurait un moyen de l'anticiper justement ? pour éviter que ça arrive à être conflictuel ? ou pas ?

M14 : (réfléchit, temps de pause) pfff euh c'est difficile hein, c'est difficile parce que parfois c'est assez comment dire, bah après on a des patients qui, on le sait hein sont toujours, donc ces patients la on les, comment dire, j'anticipe en leur disant bah voilà par exemple je peux céder une fois mais je leur dis que c'est la dernière fois, ou que à partir de, voilà qu'il faudra plus qu'ils me fassent de demande, donc voilà on essaie comme ça d'anticiper, on essaie de négocier. Après quand on a des gens par exemple qui sont malpolis ou qui font preuve d'incivisme là c'est vrai qu'on est rarement préparé hein donc ça peut être assez subi et la bah après tout dépend de nous de l'humeur dans laquelle on est hein c'est-à-dire que bon parfois on lâche prise et puis parfois bah on peut s'énerver un petit peu, moi ça m'est arrivé un peu de (rire) de m'agacer.

D'accord, d'essayer de se rapprocher au plus du patient

M14 : voilà on essaie quand même le plus possible d'écouter le patient de voir qu'est ce qu'il y a derrière tout ça aussi hein parce que parfois y'a, derrière une demande comme ça, demande répétée de consultations ou de, de oui de demande d'avis, des gens hypochondriaques par exemple on essaie de revenir un peu la dessus de les aider parce que derrière tout ça il y a quand même souvent une souffrance hein

Oui

M14 : Mais bon parfois, parfois c'est compliqué

Ok et donc si on revient un peu sur le deuxième point dont vous parliez donc tout ce qui va être au niveau du soin par exemple un patient qui va pas vraiment comprendre sa prise en charge, ou qui va pas forcément arriver à appliquer ce que le médecin a prescrit parce qu'il comprend pas, vous comment est-ce que ça vous le gérez dans votre exercice ce genre de situation ?

M14 : bah moi j'essaie de tout façon de réexpliquer les choses hein, de revenir de reprendre leurs demandes et de dire pourquoi, pourquoi je suis pas d'accord hein, si c'est par exemple quelqu'un qui veut un troisième, un énième avis spécialisé alors qu'il en a déjà vu, je lui explique que c'est pas la peine quoi et je lui donne les raisons, voilà après j'essaie aussi de lui proposer peut être si c'est quelqu'un qui a, parce que derrière tout ça il y a souvent une grosse angoisse donc voilà d'essayer de lui proposer autre chose, une prise en charge, ou de voila on essaie de discuter. Après quand c'est des demandes de l'incivisme caractérisé de gens qui, voilà, qui, bah la par contre euh, c'est le fait de non recevoir hein, on leur dit que de toute façon c'est non et puis que y'a d'autres médecins et que moi je suis pas d'accord sur ce fonctionnement la que je travaille pas comme ça et dire que a ce moment la qu'ils aillent voir quelqu'un d'autre.

D'accord oui c'est vraiment expliquer au patient et trouver des compromis et puis sinon de toute façon

M14 : oui voila

Ok d'accord, alors si on parle un peu de l'attente en salle d'attente, un patient énervé parce qu'il a trop attendu ou qu'il est pas passé à l'heure prévu est ce que vous c'est des situations qui peuvent vous arriver ou au contraire ?

M14 : oui, oui oui des patients ou des gens qui arrivent en retard et qui râlent encore parce qu'on a fait passé le patient, euh oui oui alors ça je leur explique hein puis c'est pareil je leur dis que si, que nous on fait ce qu'on peut hein, le jour où ils ont besoin d'un peu plus de temps bah je leur accorde donc il faut qu'il arrive à comprendre qu'on est pas des machines et qu'on est pas la snf hein (rire) qu'on a pas un devoir d'être à l'heure. Mais bon après c'est toujours pareil y'a des patients qui râlent et puis finalement ça se calment vite et puis après moi j'ai des patients qui sont systématiquement en retard, bon bah à ce moment la ils sont black listé et on leur donne plus de rendez-vous hein (sourire), voilà ou on leur explique on les prévient que voilà, et on essaie toujours de le faire sans agressivité et en expliquant les choses mais bon.

D'accord ok, oui expliquer au patient un peu les raisons. Alors est ce que bah justement vous auriez vous une façon d'essayer d'anticiper ce retard, alors une organisation particulière dans votre exercice ou autre qui permettrait justement...

M14 : alors bah, les patients qui sont systématiquement en retard qui sont black listé en général on leur donnait plus de rendez-vous on leur disait de venir aux consultations sans rendez-vous, euh le problème c'est que la avec le covid on a maintenant on a que des consultations sur rendez-vous donc c'est un peu plus compliqué à gérer (rire).

D'accord

M14 : voilà on faisait comme ça, euh y'a des patients pour lesquels comme on les connaît on sait qu'ils vont être en retard bah moi je me, bah sur l'emploi du temps je..., voilà j'en tiens compte, je sais que de toute façon, donc je leur dis de venir un quart d'heure à l'avance et je sais qu'ils seront à l'heure ou moi je souhaite les prendre

D'accord

M14 : après on leur fait gentiment la remarque et puis si c'est, si voilà après on leur dit que c'est plus possible de venir si c'est systématique quoi c'est de, bon après y'a des patients on sait que, moi j'ai quelques patients, là j'ai une maman qui est étrangère qui comprend pas très bien, qui a 3 enfants dont un qui est autiste bon bah elle vient toujours sans rendez-vous toujours, bon c'est vrai que pff c'est compliqué donc bah je me suis fait une raison et puis je la prends voilà, je m'organise

D'accord, plus pour éviter que les autres patients attendent

M14 : oui puis bon je sais que elle, elle a du mal avec ses petits a attendre donc bon, bah voilà j'en ai pris mon parti et..., (réflexion) tout dépend un peu aussi des capacités du patient a pouvoir gérer aussi les rendez-vous hein, y'en a pour lesquels c'est plus compliqué

D'accord ok, donc oui vous vous organisez vraiment votre emploi du temps un peu en fonction de ça pour éviter après d'avoir du retard sur les autres patients

M14 : oui

D'accord ok, alors si on parle un petit peu de la structure de soins donc du parking, l'accès au cabinet tout ce qui va être salle d'attente, secrétariat tout ça, est ce que vous il y'avait dans ce cas la vous aviez eu des soucis ou des conflits avec des patients, voilà tout ce qui concernait un peu le parking l'accès au cabinet, la salle d'attente le secrétariat.

M14 : pfff non pas vraiment moi j'ai des secrétaires physiques qui sont quand même globalement très gentilles qui connaissent bien les patients, bon y'a des patients parfois qui ont un petit peu de retard parce qu'ils trouvent pas de la place bon en général ils préviennent hein, ou on leur dit que c'est pas grave on ouvre le, non non la je pense que sur ce plan la y'a pas trop de problème hein

Sur ce plan la au contraire justement vous avez une organisation qui permet que ça aille bien

M14 : oui, oui oui, oui y'a des patients qui ont du mal un peu à monter les escaliers on va les aider, ils le savent ils téléphonent la secrétaire va les attendre en bas, les aide, non en général ça se passe bien.

D'accord, ok, donc secrétariat physique, ok

M14 : oui je pense que les secrétaires physiques quand même ça aide bien hein

Oui oui, tout ce qui est accueil et tout

M14 : puis elles connaissent aussi les patients hein donc

Ok donc j'avais un dernier point, alors ce serait plus est ce que vous dans votre exercice il y a eu un profil de patient avec qui c'était plus difficile ou plus compliqué à gérer certaines choses ? ou pas ?

M14 : pfff la je pense j'ai une patiente par exemple je sais qu'elle est très, elle supporte pas d'attendre mais en même temps, tout le temps elle, elle vient dans le couloir pour me demander, donc cette patiente chaque fois voilà elle râle, elle fait des remarques et puis bon un jour je lui ai dit gentiment que si elle était pas contente qu'elle aille voir ailleurs et puis elle est revenue toute, toute penaude et maintenant je sais que, elle me fait des remarques hein elle peut pas s'en empêcher et puis bah moi je fais semblant de rien et puis voilà. Je l'a laisse bougonner, c'est une vieille fille qui doit avoir du mal à supporter les contraintes qui doit pas avoir l'habitude de faire des concessions (rire) voilà, donc euh pff voilà.

Donc plus laisser des fois

M14 : un jour je m'étais vraiment fâchée hein, je m'étais vraiment fâchée et euh voilà, enfin je m'étais fâchée sans m'énerver mais en lui disant que, ce que j'en pensais que, parce que elle elle est jamais d'accord pour attendre mais quand elle a envie, quand elle a besoin de quelque chose elle se gêne pas pour venir et de rester dans le couloir pour que je réponde à sa demande entre deux patients, donc je lui ai gentiment expliqué que bah voilà quand j'accepte de prendre 3 minutes avec elle, il faut qu'elle elle accepte quand elle est sur rendez-vous que j'ai un peu de retard de comprendre qui en a d'autre qui font la même chose. Voilà, donc bon maintenant elle est un peu moins euh, un peu moins agressive on va dire.

D'accord ça va mieux depuis

M14 : oui depuis que j'ai eu cette explication avec elle, ça va mieux. Bon c'est vrai qu'il faut avoir les explications quand on est pas trop énervé sois même (rire) parce que sinon ça peut vite dégénérer (rire) mais bon. Non mais après moi j'ai jamais eu quand même de gros conflit

Oui de gros soucis qui aurait pu amener

M14 : non non franchement non

Alors bah justement si vous aviez un conseil à donner aux jeunes médecins qui aimeraient s'installer, enfin plutôt je dis un conseil mais plutôt des conseils justement sur un peu ce qu'on a dit, sur les jeunes médecins soit qui remplacent soit qui aimeraient s'installer, quels seraient vos conseils justement pour la prévention des conflits ?

M14 : bah de cadrer les choses dès le départ, moi c'est vrai que bon, c'est mon caractère hein c'est assez empathique assez cool et je me fais un peu bouffer par mes patients hein, donc peut-être d'être un peu plus carré un peu plus euh, voilà d'être moins cool parce que c'est vrai que parfois on rend des services, voilà y'a des patients qui téléphonent alors ils sont à distance donc on va leur dire bon bah je vous envoie une ordonnance par fax ou par mail et puis après c'est des demandes systématiques parce que voilà parce que qu'ils voudraient que ce soit tout le temps comme ça donc parfois il faut vraiment, ouais il faut essayer peut être de dire non moi j'ai peut-être mal habitué mes patients. Bon y'en a qui abusent gentiment et puis d'autres ça devient un peu systématique donc parfois il faut recadrer les choses et c'est vrai que, mais je pense que les jeunes sont peut-être mieux armés que nous, à faire ça, parce qu'ils sortent de l'hôpital que, donc euh, ouais ils sont peut-être..

Donc plus dans l'éducation du patient

M14 : oui, oui oui, oui oui, ouais, oui ou par exemple si le patient est en retard bah peut être euh alors moi je le fais pas mais je me dis que je devrai le faire, mais leur dire c'est trop tard et qu'ils reviennent, ça m'arrive hein parfois de les renvoyer, de leur dire bah dans ces conditions la maintenant je ne peux plus vous voir voilà mais je pense que oui d'être carré dès le départ quoi

Pour pas se laisser non plus

M14 : oui, oui oui,

Ok d'accord écoutez merci beaucoup pour cette intervention je sais pas si vous aviez d'autres choses dont vous vouliez parler ?

M14 : (réfléchit) euh non non parfois aussi on s'énerve un peu sur les patients qui prennent un rendez-vous et puis qui arrivent à deux ou à trois ou après il faut faire, ça aussi, ça c'est important parce que bon moi j'ai, je suis d'un naturel gentil donc je le fais une fois et puis je me rends compte que parfois quand même c'est systématique quoi. Donc euh voilà de bien éduquer les patients dès le départ quoi. Mais ça je pense que les jeunes savent le faire mieux que nous (rire)

C'est vrai que c'est sûr que c'est pas facile quand même

M14 : ouais moi j'ai eu des patients, enfin c'est des patients que je suis depuis 30 plus de 30 ans donc euh avec qui j'ai, et finalement bah c'est vrai qu'on se rend compte qu'on se fait un peu bouffer quand même hein et que moi je vois mes internes bah ils sont souvent plus, comment dire, plus carrés ou alors les patients osent moins aussi hein parfois, peut-être, hein

Ah oui en fonction de la distance oui

M14 : voilà alors je pense qu'il faut quand même, y'a des moments ou après, moi j'arrive, maintenant j'arrive mieux à le dire quand même, je me suis fait quand même, parce qu'après à force de d'accumuler du ressentiment, ou de, et puis ça stress hein, euh on est quand même toujours stressé parce qu'on est souvent en retard et tout donc euh bah je crois qu'il vaut mieux le dire hein parce que sinon on finit par, après par craquer et on peut mal, moi ça m'est arrivé de mal le dire hein voilà, après je suis revenue sur le, mais bon ceci dit parfois ça leur fait pas de mal hein aussi (rire) ils ont un peu peur après, voilà

Merci beaucoup pour cette intervention

M14 : et bien bon courage hein

Merci

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.*

RESUME

INTRODUCTION : La relation médecin-malade est au cœur du soin depuis les débuts de la médecine. De nos jours, notamment basée sur la communication, la confiance, le respect mutuel, l'empathie, cette relation a connu des transformations au cours de ces derniers siècles. Elle est parfois source de conflit entre le médecin et le patient et peut, si n'est pas pris à temps, amener à la violence. **METHODE :** Au cours d'entretiens semi-dirigés, cette étude qualitative souhaite explorer les moyens développés par les médecins généralistes pour prévenir les conflits afin d'éviter les violences. Une analyse thématique a été appliquée. **RESULTATS :** Quatorze entretiens réalisés d'une durée moyenne de 23 minutes avec saturation des données, d'avril à juillet 2020. Les médecins organisent leur planning ou gèrent leur temps de consultation afin de limiter l'attente des patients. Ils peuvent expliquer aux patients la raison du retard, essayer de leur proposer des solutions face à l'attente. La communication, la connaissance du patient, le considérer comme acteur de sa santé, offrent au médecin généraliste la possibilité de prendre des décisions avec le patient, évitant les décalages de compréhension entre patient et médecin. Les médecins ayant une facilité de stationnement, une accessibilité au cabinet, des secrétaires sur place qui puissent répondre aux questions des patients et un espace d'attente confortable permettent à leurs patients un accueil apaisant qui semble arriver à prévenir des situations de colère ou agression. Face à un patient ayant une pathologie psychiatrique ou addictive certains médecins se trouvent démunis par manque de connaissance du patient ou de sa maladie et adressent plus facilement le patient à un confrère pour lui assurer une meilleure prise en charge et éviter les malentendus. Enfin des situations peuvent se trouver sans issue pour le médecin et le patient, une rupture de l'alliance est dans ce cas nécessaire pour le bien être des deux individus. **CONCLUSION :** La qualité et la conservation de la relation médecin/patient offrent aux médecins la possibilité de soigner son patient dans les meilleures conditions. Tous les aspects de cette relation sont importants pour prévenir les conflits ou les gérer afin d'éviter la violence entre un médecin et son patient. La relation doit nécessairement s'arrêter quand le patient, le médecin ou les deux souffrent.

MOTS CLES : violence en médecine générale, conflits médecin-patient, observatoire national de sécurité, relation médecin/patient, code de santé public, accessibilité au cabinet de médecine, rompre l'alliance médecin/patient, attente en salle d'attente