



**HAL**  
open science

# Ressenti du médecin généraliste remplaçant face à la défiance des patients et conséquences sur la consultation

Astrid Dubois

► **To cite this version:**

Astrid Dubois. Ressenti du médecin généraliste remplaçant face à la défiance des patients et conséquences sur la consultation. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04472807

**HAL Id: dumas-04472807**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04472807>**

Submitted on 22 Feb 2024

**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.

#### IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

---

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

**NANTES UNIVERSITE**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2023

N°

**THESE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

**Astrid DUBOIS**

---

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2023

---

**Ressenti du médecin généraliste remplaçant face à la défiance des patients et  
conséquences sur la consultation**

---

Président : Professeur Anne SAUVAGET

Directeur de thèse : Docteur Anne-Sophie RENOLLEAU

## Remerciements

**Au Professeur Anne Sauvaget**, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Soyez assurée de mon profond respect.

**Au Docteur Sarah Costanza**, je vous remercie d'accepter de juger ce travail et de l'intérêt que vous portez à ce sujet. Soyez assurée de mon profond respect.

**Au Docteur Anne-Sophie Renolleau**, je te remercie d'avoir dirigé ce travail de thèse. Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale libérale et d'avoir guidé mes premiers pas de remplaçante.

**À tous les médecins remplaçants** ayant participé à cette étude. Merci pour le temps et l'intérêt que vous avez consacrés à mon travail.

**À mes parents**, merci infiniment pour votre soutien sans faille depuis toujours et vos encouragements constants. Merci de m'avoir supportée toutes ces années. Merci pour votre relecture attentive de cette thèse. Je vous aime profondément.

**À Claire-Marie, Séverin et Mathilde**, merci pour tous ces précieux moments en famille ! J'ai hâte de voir ce que nous réserve la suite. Je n'oublie pas Mayeul et Maxence, qui rendent la vie plus belle.

**Aux Pouces** : Marie, Noémie, Florence, Camille, Clémence, Aymeric, Anthony, Thomas et Alan. Pour ces années lilloises qui auraient été moins belles sans vous. Merci d'être encore là, 6 ans plus tard, aux quatre coins de la France. J'annonce officiellement la fin de la saison des thèses ! Aux Poussins et Mini-Pouces, qui pimentent toujours un peu plus cette joyeuse bande.

**Aux Fontenaisiens** : Angèle, Ariane, Sarah, Marie M, Nina, Marie W, Louis, Erwan et Thomas. Merci d'avoir ensoleillé mon internat ! Merci pour tous ces moments partagés depuis ce tout premier stage. Votre bonne humeur, votre humour et vos conseils sont précieux. C'est une petite fierté personnelle de finir 1 mois après tout le monde (désolée Louis).

**A la team des Sables**, avec qui j'ai eu la chance de passer un confinement plutôt confortable !

**A Marie N, Ariane et Angèle**, merci pour vos relectures et conseils avisés.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Remerciements .....</b>	<b>1</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>4</b>
<b>Table des figures.....</b>	<b>4</b>
<b>Table des tableaux.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
1. Le médecin remplaçant .....	5
2. La relation médecin traitant-patient .....	6
3. La relation médecin remplaçant-patient.....	7
4. Problématique .....	8
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE.....</b>	<b>9</b>
1. Type d'étude .....	9
2. Population .....	9
3. Recueil des données .....	9
4. Analyse des données .....	10
5. Aspects éthiques et réglementaires .....	10
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>11</b>
1. Démographie des entretiens .....	11
2. Défiance du patient .....	12
a. Enjeux de la confiance .....	12
b. Causes de la défiance du point de vue du médecin remplaçant .....	13
3. Perception de la défiance par le médecin remplaçant .....	16
a. Perception de la défiance.....	16
b. Facteurs influençant la perception de la défiance par le remplaçant.....	20
4. Ressenti du médecin remplaçant face à la défiance du patient .....	26
a. Quand la défiance atteint le remplaçant .....	26
b. Quand la défiance n'atteint pas le remplaçant.....	29
5. Conséquences de la perception de la défiance sur la consultation.....	30
a. Conséquences sur l'investissement du médecin remplaçant.....	30
b. Conséquences sur la relation médecin-patient .....	33
c. Conséquences sur l'attitude thérapeutique .....	39
6. Évolution et réflexivité.....	41
a. Remise en question des comportements.....	41
b. Apprentissage .....	41

<b>DISCUSSION</b> .....	<b>42</b>
1. Discussion de la méthode.....	42
a. Le choix de la question de recherche .....	42
b. Le choix de la méthode .....	42
c. L'échantillon .....	42
d. Recueil des données .....	43
e. Retranscription .....	44
f. Analyse des données .....	44
2. Discussion des résultats .....	45
a. Résultat principal.....	45
b. Contextualité .....	47
c. Conséquences sur la consultation.....	50
d. Réflexivité .....	53
e. Perspectives .....	55
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>57</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>58</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>61</b>
Annexe 1 : Guide d'entretien (version finale).....	61
Annexe 2 : Grille COREQ.....	62

## Liste des abréviations

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

F : Féminin

M : Masculin

RSCA : Récit de situation complexe authentique

## Table des figures

Figure 1: Prévission du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 .....	5
Figure 2: Pyramide des âges comparés des médecins généralistes remplaçants et actifs réguliers en 2022 d'après le CNOM.....	6
Figure 3: Représentation des processus adaptatifs engendrés par la perception de la défiance chez le patient par le médecin généraliste remplaçant .....	46

## Table des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques des médecins généralistes remplaçants interrogés .....	11
--	----

# INTRODUCTION

## 1. Le médecin remplaçant

En 2022, en France, on compte 84 133 médecins généralistes en activité régulière. Le CNOM utilise la notion d'activité régulière en référence à l'activité qualifiée de pleine par les médecins (hors activité intermittente, sans condition de cumul emploi-retraite). On constate donc une baisse de 11% par rapport à 2010 et de 0.9% depuis 2021.

Cette tendance à la baisse se poursuivrait jusqu'en 2025 pour atteindre 81 912 généralistes en activité régulière. (Figure 1) (1)

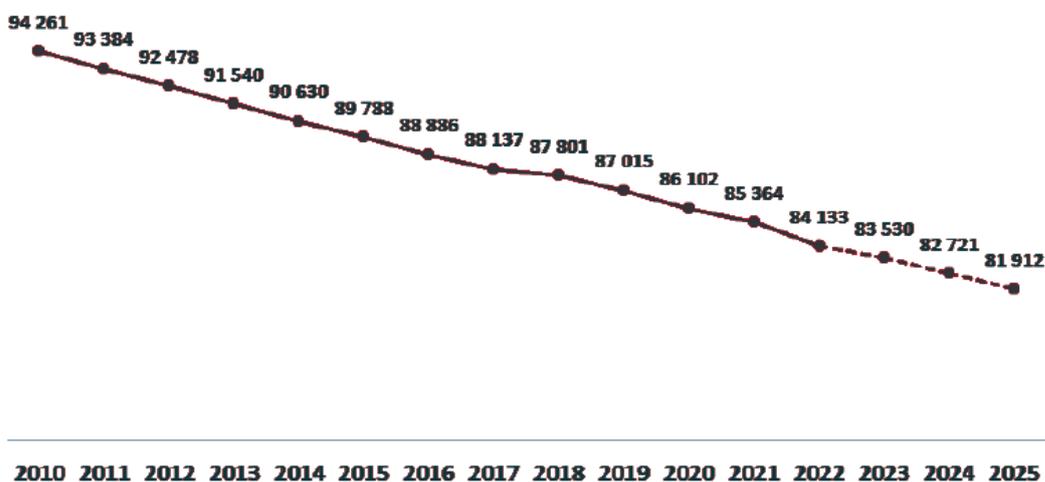


Figure 1: Préviation du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025

A l'inverse, le nombre de médecins généralistes remplaçants augmente, passant de 6 936 en 2010, 8 773 en 2021, à 9 234 en 2022. Soit une hausse de 33.1% depuis 2010 et de 5.3% depuis 2021. (2)

D'après le code de la Santé publique, peuvent être autorisées à exercer la médecine à titre de remplaçant d'un médecin les personnes remplissant les conditions suivantes :

- Avoir suivi et validé la totalité du deuxième cycle des études médicales en France ou titulaires d'un titre sanctionnant une formation médicale de base équivalente, délivré par un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen
- Avoir validé au titre du troisième cycle des études médicales en France un nombre de semestres déterminé, en fonction de la spécialité suivie, par le décret mentionné au dernier alinéa ;

Ces autorisations sont délivrées pour une durée limitée par le conseil départemental de l'ordre des médecins qui en informe l'Agence Régionale de Santé. (3)

Les patients rencontrent donc de plus en plus de médecins remplaçants lors de leur parcours de soin. Le profil des médecins remplaçants est différent de celui des installés, comme précisé dans la *Figure 2* ci-dessous. Il s'agit d'une population plus jeune et plus féminine. (2)

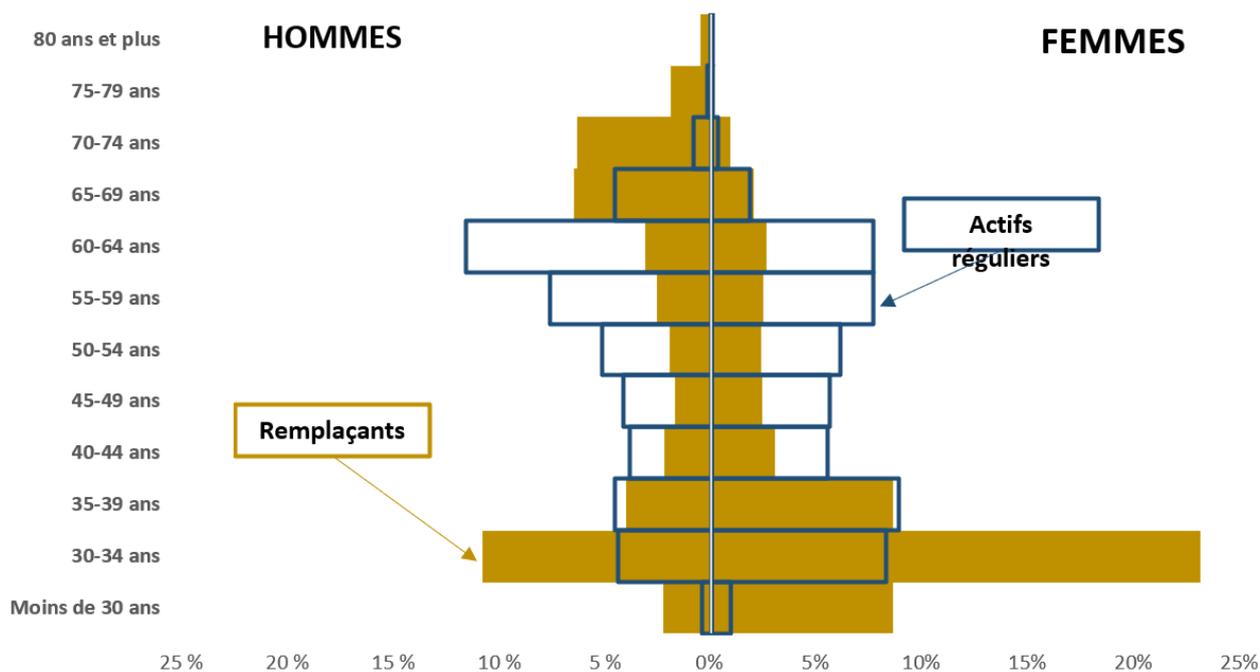


Figure 2: Pyramide des âges comparés des médecins généralistes remplaçants et actifs réguliers en 2022 d'après le CNOM

## 2. La relation médecin traitant-patient

La relation entre le patient et son médecin traitant est particulière. Le temps en est une variable essentielle.

Il a été démontré que si les patients utilisent la confiance institutionnelle (confiance dans les institutions telles que le système de santé, les professions médicales ou les organisations) comme point de départ dans leurs interactions avec des médecins inconnus, ils ne considèrent pas les praticiens comme interchangeables et l'organisation des soins en rencontres isolées peut perturber le développement de la confiance. (4)

Pour des patients présentant une maladie chronique, une relation de continuité était associée à une amélioration de la prise en charge, un sentiment de sécurité, de respect et de confiance. (5)

Plusieurs études montrent une différence de confiance, bien que faible, entre remplaçant et médecin traitant.

Dans sa thèse en 2017, le docteur Hiot-Lévêque compare, à l'aide de la version française de l'échelle de Wake-Forest, la confiance accordée par le patient au médecin traitant et au remplaçant. La confiance dans le médecin remplaçant était significativement plus basse de 2.8 points (sur 50) que celle accordée au médecin traitant ( $p < 0.001$ ). (6)

Ces résultats ont été repris par la suite avec pour objectif d'analyser les motifs qui sous-tendaient la différence de confiance constatée entre le médecin traitant et son remplaçant. Le temps semblait une variable essentielle à l'établissement d'une relation de confiance. Le médecin traitant, de par sa fonction mémorielle, son accès à l'intime et sa fonction familiale bénéficiait d'un statut de référent permettant au patient de s'investir dans la relation. Par ailleurs, le transfert de confiance vers le médecin remplaçant ne semblait ni automatique, ni absolu. (7)

### **3. La relation médecin remplaçant-patient**

La relation médecin remplaçant-patient, faite de rencontres ponctuelles, ne semble donc naturellement pas favorable à l'établissement d'un lien de confiance.

Plusieurs thèses ont déjà étudié la vision du médecin remplaçant par le patient.

Ce dernier est perçu comme un médecin jeune, au statut parfois flou. Il est souvent confondu avec un étudiant (8). Il possède la connaissance mais pas l'expérience. (9)

Les patients attendent de sa part un certain mimétisme. Il doit se substituer au médecin traitant. Les représentations du remplaçant se font ainsi en miroir du titulaire. Il s'agit d'une relation triangulaire où la relation médecin traitant-patient va influencer la relation médecin remplaçant-patient. (8).

On note à ce niveau une certaine ambivalence, les patients appréciant que le remplaçant agisse comme le titulaire, tout en ayant une vision différente de celui-ci (9).

Cette ambivalence se retrouve également dans le rôle attribué au remplaçant, le cantonnant souvent à un rôle fonctionnel, relégué à une médecine d'urgence (10).

Par ailleurs, la majorité des patients acceptent le remplaçant mais sans pour autant le consulter. (9)

Avant la consultation on note une certaine appréhension et hésitation, alors que le patient décrit fréquemment sa satisfaction à l'issue de celle-ci (8).

## 4. Problématique

S'il existe une littérature vaste sur le vécu du patient face au médecin remplaçant, le ressenti du médecin remplaçant n'a lui été que peu exploré.

Plusieurs travaux sur les avantages et inconvénients du métier de remplaçant mettent en évidence la difficulté à se construire une identité et la recherche de légitimité. (11)

Le manque de considération, la relégation à un rôle fonctionnel et l'absence de confiance pouvant caractériser la relation privilégiée entre le médecin traitant et le patient, semblent être autant d'inconvénients spécifiques au métier de remplaçant (12).

Il est parfois confronté directement au refus ou à la réticence de certains patients, par un mot, une mimique, une attitude.

Ces réticences exprimées par le patient sont aussi citées comme facteurs pouvant influencer le travail du remplaçant. Elles semblent souvent être le reflet de la méconnaissance du médecin remplaçant, de son statut et de ses compétences. (12) Elles peuvent le pousser à un certain mimétisme forcé du titulaire qui peut alors être source d'insatisfaction pour le remplaçant. (13)

La défiance du patient déstabilise, renforce le sentiment d'incapacité et semble avoir un impact sur la poursuite de la consultation. (13)

Confrontée personnellement à cette problématique lors de mon expérience de remplacement, il me paraît intéressant de l'étudier.

Le point de vue du patient ayant été souvent exploré, comprendre celui du remplaçant permettrait d'étoffer le modèle relationnel patient-médecin remplaçant, différent du modèle classique patient-médecin traitant.

Explorer la façon dont est perçue cette défiance et ses conséquences éventuelles pourrait permettre aux remplaçants de mieux percevoir leurs propres attitudes afin de pouvoir les poursuivre ou les corriger. Les conséquences sur la consultation dépendent certainement des mécanismes de défense mis en place par chacun.

L'objectif principal de notre étude est donc d'explorer le ressenti du médecin généraliste remplaçant face à la défiance des patients et les conséquences que cela peut avoir sur la consultation à travers une enquête qualitative.

# **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

## **1. Type d'étude**

La recherche qualitative est particulièrement appropriée à la recherche en médecine générale car les facteurs observés ne sont pas objectivement mesurables. En explorant plus particulièrement les émotions, les sentiments et les comportements, elle peut permettre une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. (14)

Ce travail s'inspire de la théorisation ancrée développée par Glaser et Strauss dans les années 60. La méthode consiste à faire émerger une théorie en réalisant des aller-retours constants entre la collecte des données et leur analyse. L'objectif étant de construire un modèle explicatif à propos de processus sociaux d'une population identifiée autour d'un phénomène (15).

## **2. Population**

Les participants étaient des médecins généralistes remplaçants, thésés ou non thésés, exerçant en cabinet libéral dans la région Pays de la Loire.

Les médecins généralistes installés étaient exclus.

Nous avons réalisé un échantillonnage théorique à variation maximale. Il s'agissait d'obtenir une variation des caractéristiques des participants, par l'âge, le sexe, le mode d'exercice, afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié. (14).

Le recrutement a été effectué via messages postés sur le groupe Facebook Remplaçants Pays de la Loire. Deux remplaçants ont été recrutés via connaissances.

Le nombre de médecins remplaçants à recruter n'était pas prédéfini.

## **3. Recueil des données**

Le recueil des données a été effectué à travers des entretiens semi dirigés, plus accessibles à un chercheur débutant et plus appropriés à l'exploration de notre sujet de recherche. Ils laissent plus de place à l'expression de l'intime.

Le lieu de l'entretien était laissé au choix du participant afin que celui-ci se sente le plus à l'aise possible.

L'enregistrement de l'entretien était effectué simultanément par deux iPhones, puis retranscrit intégralement par l'investigatrice sur Word et anonymisé.

Les entretiens ont été réalisés entre juin 2022 et juillet 2023.

Ils ont été menés jusqu'à saturation théorique des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que les derniers entretiens n'apportent plus d'éléments nouveaux.

Un guide d'entretien a été élaboré (Annexe 1). Il a évolué entre le premier et le dernier entretien, afin d'intégrer les nouveaux thèmes pertinents, émergents au fur et à mesure de l'étude.

Deux entretiens tests permettant de vérifier la bonne compréhension des questions ont été réalisés et intégrés à l'étude.

#### **4. Analyse des données**

La transcription du verbatim par l'investigatrice a permis une première lecture et familiarisation avec les données.

L'analyse ouverte a été conduite à l'aide du logiciel Nvivo.

L'étiquetage initial a consisté en un découpage du verbatim en unités de sens. Il s'agissait ensuite de regrouper les différents codes en propriétés, plus conceptuelles. Puis de construire des catégories en organisant les propriétés entre elles.

L'analyse axiale a nécessité d'articuler ces catégories autour d'axes porteurs de sens.

L'analyse sélective a ensuite consisté en une intégration des différents axes dans un modèle explicatif global.

#### **5. Aspects éthiques et réglementaires**

Le consentement éclairé des participants a été obtenu de manière orale au début de chaque entretien, stipulant un droit de retrait à tout moment de l'étude et un droit d'accès aux données recueillies concernant le participant.

La confidentialité a été garantie par l'anonymisation des données.

# RÉSULTATS

## 1. Démographie des entretiens

Médecin (M)	Sexe	Age	Durée d'exercice	Type d'exercice	Terrain d'exercice	Durée entretien
<b>M1</b>	F	28 ans	1.5 ans	Fixe	Urbain/semi urbain	14min22s
<b>M2</b>	F	29 ans	1.5 ans	Fixe	Semi urbain	16min32s
<b>M3</b>	F	37 ans	9 ans	Fixe et ponctuel	Urbain/semi urbain	11min10s
<b>M4</b>	F	31 ans	4 ans	Fixe	Urbain/semi urbain	17min43s
<b>M5</b>	M	30 ans	3 ans	Fixe et ponctuel	Urbain/semi urbain	19min58s
<b>M6</b>	F	32 ans	5 ans	Fixe	Rural/semi urbain	14min35s
<b>M7</b>	F	36 ans	7 ans	Fixe et ponctuel	Urbain	11min10s
<b>M8</b>	F	41 ans	11 ans	Ponctuel	Urbain/semi urbain	11min25s
<b>M9</b>	F	31 ans	3 ans	Fixe et ponctuel	Urbain/ semi urbain	39min34s
<b>M10</b>	M	28 ans	1.5 ans	Fixe et ponctuel	Semi urbain	44min20s
<b>M11</b>	M	29 ans	1.5 ans	Fixe et ponctuel	Semi urbain	18min11s
<b>M12</b>	F	39 ans	3 mois	Fixe	Semi urbain	17min04s

*Tableau 1: Caractéristiques des médecins généralistes remplaçants interrogés*

Nous avons interrogé 12 médecins généralistes remplaçants. Leurs caractéristiques sont détaillées dans le Tableau 1.

L'âge moyen était de 32,6 ans.

La durée moyenne d'exercice était de 4 ans.

La durée moyenne des entretiens était de 19 minutes 40 secondes.

## 2. Défiance du patient

### a. Enjeux de la confiance

Lorsque l'on interroge les médecins remplaçants sur leur perception de la défiance dont peuvent faire preuve certains patients à leur égard, l'une des premières notions qui ressort est l'importance de la confiance dans la relation qui se noue avec le patient.

*M11 : ... pour moi c'est indispensable. Si y a pas de confiance... On va pas soigner quelqu'un sans confiance, pour moi.*

Celle-ci sert plusieurs buts :

#### - L'accès à l'intime

L'instauration de la confiance dans la relation médecin-patient permet d'aborder des sujets relevant de l'intime. Pouvoir aborder des sujets plus personnels sert la prise en charge globale du patient.

*M5 : (...) Si par contre y a une confiance qui s'installe ou un dialogue qui peut se démarrer sur des sujets un peu plus, euh, difficiles à aborder pour le patient, euh... je trouve que ça apporte que du plus dans la consultation.*

#### - L'alliance thérapeutique

La confiance est aussi essentielle dans la collaboration mutuelle entre le patient et le thérapeute afin d'accomplir les objectifs fixés ensemble.

*M5 : (...) Euh... et ça renforce l'alliance thérapeutique. C'est, l'alliance thérapeutique c'est vraiment quelque chose que j'essaye de rechercher.*

*M9 : (...) Je pense que quand le lien de confiance s'est installé, etc, tu peux éventuellement proposer de changer des trucs. Mais pas, mais pas forcément juste là sur la première fois qu'on se voit.*

#### - Cultiver l'image des médecins remplaçants

Le remplaçant a conscience qu'il représente également tous les autres remplaçants. Il peut avoir une influence sur les futures rencontres entre le patient et ses collègues.

*M9 : (...) Parce que t'as aussi le côté : si ça se passe hyper mal avec moi en tant que remplaçant temporaire, j'ai pas envie que la prochaine fois il se dise : ah c'est un remplaçant, je vais pas y aller.*

#### - Gage de qualité de la consultation

La confiance est donc considérée comme un gage de qualité, nécessaire au bon déroulement de la consultation.

*M3 : ... Si les patients sont dans le doute, ou qu'ils n'ont pas confiance, la consultation va pas bien se passer en général. D'expériences antérieures.*

*M11 : ça donne l'impression du coup d'avoir une prise en charge qui est mauvaise. Quand y a la défiance au début de la consultation, ça arrive. Mais quand elle persiste tout au long de la consultation... Enfin, de mon point de vue, la consultation elle est... n'a pas été utile.*

### - **La confiance n'est pas toujours indispensable**

Pour certains, l'établissement d'un lien de confiance n'est pas forcément nécessaire. Son absence n'empêche pas le praticien de se concentrer sur l'aspect technique du soin en gardant son efficacité.

*M5 : Bah j'ai l'impression que la confiance c'est, euh... une forme de bonus. (...) mais on peut soigner partiellement les gens sans forcément avoir leur, leur confiance totale.*

*M10 : (...) Alors si tu changes rien, et que tu fais comme d'habitude. Je trouve que la confiance, elle va pas trop, euh... Bah tu vois, ça va pas trop changer.*

## **b. Causes de la défiance du point de vue du médecin remplaçant**

### **i. Relation patient-médecin traitant**

Il existe un attachement particulier entre le patient et son médecin traitant. Sortir du cadre rassurant de cette relation peut être déstabilisant.

*M4 : (...) je comprends tout à fait que... qu'il soit attaché à cette relation là et qu'ils ont besoin de ce suivi-là.*

*M8 : (...) Donc vraiment le médecin paternaliste, les gens sont très attachés à lui, donc je comprends que ça les déstabilisent de changer de tête.*

### **ii. Méconnaissance du statut du médecin remplaçant**

Une part de la défiance des patients est relative à une méconnaissance du statut du remplaçant.

#### **- Confusion entre médecin remplaçant et étudiant**

Il arrive souvent que le remplaçant, souvent jeune professionnel, soit confondu avec un étudiant.

*M9 :... ils ont toujours cette image de : t'es étudiant en médecine et après bam ! t'as 50ans, t'es hyper expérimenté (...) A votre avis il se passe quoi entre nos 30 ans et nos 50 ans ? (...) Bah oui, on est jeune, on travaille, on est un peu remplaçants des fois...*

*M11 : ... quand il te voit et qu'il demande si t'es encore, si t'es déjà médecin. Si, si t'es étudiant. Je t'avoue que ça, tu te demandes si il va te faire confiance.*

### - Méconnaissance du système de soins

Le rôle du médecin remplaçant au sein du système de soins est source d'interrogations pour les patients. Pour la plupart, le modèle classique du médecin installé en cabinet reste dominant. L'exercice souvent itinérant du médecin remplaçant est en opposition totale avec ce schéma. Il peut être difficilement compris par le patient, surtout dans un contexte d'accès aux soins de plus en plus difficile.

*M9 : (...) mais pourquoi t'ouvres pas un cabinet ? Surtout dans la démographie actuelle, où on te dit on manque de médecins (...) pour eux les remplaçants, ça fait pas partie des médecins qui sont déjà là.*

### - Le remplaçant est un perturbateur

Ces interrogations autour du statut du médecin remplaçant font de lui un intrus, un médecin à part, qui ne rentre pas dans les cases. Il peut ainsi être perçu comme un perturbateur. La rupture avec leurs habitudes amène une certaine défiance de la part des patients, surtout quand sa pratique diffère de celle du médecin traitant.

*M8 : ...ou quand on se met un peu en porte à faux par rapport à quelque chose qui était ancré dans leurs habitudes de traitement ou de prise en charge, l'observance est pas toujours là derrière je pense.*

*M2 : (...) « ouai, je sais pas, moi ça fait des années et mon médecin il ne me le change pas, donc je vois pas pourquoi, là tout de suite, voilà... ».*

### iii. Absence de choix

La problématique actuelle d'accès aux soins impose le remplaçant au patient. La multiplication des intervenants dans le parcours de soins entrave la relation de confiance et amène une certaine lassitude.

*M9 : ... là un cabinet où j'étais en Vendée, tu sentais que y avait un turn over de remplaçants un petit peu important, et là les patients étaient peut-être un peu moins, globalement satisfaits, je dirais, de ça.*

*M9 : ... le médecin jamais là le mardi, mais c'est toujours un gus différent, toutes les 3 semaines, où tu sens que y a peut-être un peu, je vais pas dire de lassitude de leur part (...)*

Pour certains remplaçants la défiance semble plus importante lorsque le patient est pris au dépourvu.

*M7 : ... C'est plutôt quand oui ils sont pas au courant, qu'ils avaient vraiment besoin de quelque chose et que c'est urgent, que là, je trouve qu'il peut y avoir des fois des petites méfiances en début de consultation.*

*M11 : ... Je dirais que ça revient plus par rapport aux gens qui savent pas trop que c'était le remplaçant qui, qu'ils devaient voir aujourd'hui.*

#### iv. Caractéristiques de la population

Certaines populations semblent moins enclines à faire confiance au médecin remplaçant.

##### - Âge du patient

Pour plusieurs médecins remplaçants, les personnes âgées sont plus souvent défiantes.

*M4 : ... les patients qui ont parfois un certain âge, (...) je sais qu'ils sont très attachés à leur médecin traitant.*

*M8 : ... Enfin moi j'ai l'image vraiment de la personne âgée qui a connu son médecin quand il s'est installé et qu'a fait 20, 30 ans avec et du coup qui est attachée à lui, donc qui veut pas changer quoi.*

##### - Personnalité du patient

La personnalité du patient semble également influencer sur la capacité du patient à accorder sa confiance.

*M6 : ... ça dépend aussi de la personnalité du patient, y'en a qui vont être plus expressifs que d'autres (...) ou le contact passe bien(...) et y a des fois où on voit que, bah, le contact est plus difficile à établir.*

*M9 : ... Je pense que c'est peut-être plus une part de perso (...) mais je pense que tu auras peut être des profils qui seront plus enclins à voir des remplaçants. Et des profils qui seront moins enclins.*

##### - Lieux

La zone géographique d'exercice influence également sur la réaction des patients face au remplaçant.

*M8 : ... je comprends aussi que les gens soient attachés, particulièrement dans les campagnes, à leur médecin.*

Les populations moins habituées à la présence des remplaçants semblent aussi moins enclines à leur faire naturellement confiance.

*M9 : J'avais été dans un rempla, du côté de S....(...) Tu sentais que les gens ils étaient un peu plus...(...) c'était : déjà y a pas beaucoup de médecins qui viennent, euh... Du coup on est très attaché au nôtre (...).*

#### v. Contexte de la consultation

##### - Le contexte défavorable du soin

Le contexte du soin lui-même ne semble pas favorable à l'établissement de la confiance.

*M9 : Je pense pas que tu sois généralement content quand tu vas voir un professionnel de santé, qu'il ou elle soit...*

##### - Le temps court de la consultation

Il peut sembler difficile de nouer une relation de confiance dans le temps limité d'une consultation.

*M6 : ... ce que je trouve compliqué en étant remplaçant et avec des temps de consultation qui sont impartis du coup de 20 minutes. (...)*

*M9 : ... et bien oui, tu sais que tu ne vas pas pouvoir lui demander : ah oui, tient, et ça ? et puis tient, et machin, etc... T'as toujours le biais de : y a aussi que j'ai 15 à 20 minutes etc...*

#### - **Suivi de maladie chronique**

Le suivi de maladies chroniques est un exercice plus difficile pour les remplaçants. Lorsque la consultation s'inscrit dans une histoire plus complexe, la confiance est plus difficile à mettre en place.

*M1 : Surtout quand c'est une histoire de suivi, ou qu'il faut reprendre des éléments du passé.*

*M6 : ... pour les pathologies chroniques ils préfèrent le médecin traitant.*

#### - **Pathologie aigüe**

Au contraire, la gestion des problèmes aigus paraît être plus facile. Les patients semblent alors accorder moins d'importance au statut de leur interlocuteur.

*M9 : (...) sur des trucs aigus, les gens ils sont, je pense, peut être juste contents d'avoir quelqu'un. Qui va peut-être solutionner leur problème.*

*M1 : (...) Je trouve qu'en urgence finalement, bah, c'est de l'urgence, ils sont contents d'avoir eu un créneau du jour, ou de J-2, et peu importe qui ils voient.*

### **3. Perception de la défiance par le médecin remplaçant**

#### **a. Perception de la défiance**

##### **i. Fréquence**

#### - **Phénomène fréquent**

L'expression de la défiance par les patients face à un remplaçant est un évènement fréquent, voire inéluctable, pour beaucoup des médecins interrogés.

*M1 : ... Ça, ça arrive assez souvent quand même.*

#### - **Phénomène rare**

A l'inverse, certains ne constatent cette défiance que rarement.

*M1 :... après est ce que j'ai vraiment le souvenir d'une consultation qui soit mal passée à cause de ça. Par exemple du début vraiment jusqu'à la fin. Avec, euh, vraiment une confrontation ou, euh, un malaise. Je... finalement est ce que ça a vraiment existé ? je ne suis pas sûre.*

*M7 : Mais je trouve que c'est quand même rare. (...) Qu'ils soient méfiants.*

## **ii. En amont de la consultation**

Il arrive que le patient exprime sa défiance avant même la consultation, auprès du secrétariat.

*M8 : (...) avant même qu'ils arrivent devant moi. Ils font des réticences auprès de la secrétaire, quoi.*

Certains refusent même la consultation lorsqu'il s'agit d'un remplaçant.

*M8 :... Donc quand le docteur est pas là, parfois on préfère attendre qu'il revienne plutôt que de voir le remplaçant.*

## **iii. Pendant la consultation**

### **1. Verbal**

#### **- Exprimée de manière frontale**

Plusieurs médecins remplaçants interrogés trouvent que les réflexions faites par les patients, pouvant traduire une certaine défiance, sont souvent exprimées de manière claire et directe.

*M6 : Euh... ah bah alors des fois c'est dit explicitement. (...) dès le début de la consultation, le patient qui va manifester le fait qu'il est pas très content que ce soit un remplacement, un remplaçant.*

*M7 : Oui, je trouve. Ouais, je trouve ça assez cash en général.*

#### **- Exprimée de manière détournée**

Au contraire, cette défiance est parfois exprimée de façon plus subtile, moins frontale.

*M9 :...après j'ai pas eu d'expérience flamboyante de : « qui êtes-vous donc, et qui êtes-vous pour me juger ? » au pire c'était genre : « grumpf, oui oui je t'écoute mais... ».*

*M12 : (...) Enfin en tout cas ils l'ont peut-être pensé, mais on m'a jamais dit, euh... « alors, j'vous crois pas... », enfin voilà, quoi.*

#### **o Référence au médecin traitant :**

Que le patient fasse référence au médecin traitant peut être interprété pour un signe de défiance par le remplaçant.

Il s'agit souvent de réflexions faisant référence à l'absence de son médecin habituel.

*M8 : ... Quand d'emblée la consultation commence : « oh bah, c'est pas le docteur ? oh je suis déçue, bon bah tant pis... » (rires). « Bah on va faire avec... », ce genre de petites réflexions.*

*M12 : « oh, c'est pas le docteur untel aujourd'hui ? » (...) Ça c'est la petite phrase qui en dit long.*

Il peut également arriver que le patient compare directement la pratique du remplaçant à celle de son médecin traitant.

*M3 : ... remettre ma prise en charge en doute en disant : « ah avec le docteur on fait comme-ci, on ne fait pas comme ça... ».*

*M12 : (...) Quand on dit : « le médecin, lui il me donne ça... ». Enfin vraiment les phrases types : « d'habitude ça finit toujours mal ... », « faut toujours que j'ai des antibiotiques, mon médecin il le sait... ».*

### ○ **La jeunesse du médecin remplaçant :**

Des références à la jeunesse du remplaçant peuvent également être interprétées comme une certaine défiance de la part du patient.

*M1 : (...) souvent il fait la réflexion que j'ai l'air jeune. Ou alors il me demande depuis combien de temps je suis remplaçante. Euh... si je suis nouvelle ici.*

*M11 : (...) il demande si t'es encore, si t'es déjà médecin. Si, si t'es étudiant. Je t'avoue que ça, tu te demandes si il va te faire confiance.*

### ○ **Le patient teste le médecin remplaçant :**

Certains remplaçants peuvent se sentir mis à l'épreuve par le patient.

*M6 : ... indirectement d'essayer de faire préciser les choses pour être sûr qu'on dise bien la même chose et qu'on change pas d'avis. Y'en a qui nous testent un petit peu.*

*M6 : ... qui vont faire répéter deux fois, quitte à dire, euh, carrément des fois j'ai eu, euh, « euh, du coup vous êtes sûre ? »*

## - **Les différentes nuances exprimées par le patient**

### ○ **Virulence :**

Plusieurs remplaçants remarquent que le manque de confiance s'exprime parfois par de l'agacement.

*M1 : Qui semblent agacés et qui disent -...) « j'avais quand même précisé à la secrétaire je voulais le docteur machin » (...).*

*M12 : (...) ça les agace de devoir tout reprendre, de pas voir leur médecin traitant.*

Certains patients peuvent être virulents dans leurs propos.

*M4 : ... il était toujours à la limite d'être très désagréable voire agressif.*

○ **Réserve :**

Plusieurs médecins interrogés relèvent une certaine réserve chez les patients qui rencontrent un remplaçant.

*M5 : je perçois effectivement que y a une forme, un petit peu de retrait, (...) de prudence dans les réponses...*

*M2 : ... qu'ils ont des réponses, euh, assez courtes à tes questions, tu sens qu'ils développent pas trop, que t'es obligé de creuser un petit peu, euh...*

La défiance peut parfois aller jusqu'à une opposition de la part du patient qui peut dissimuler sciemment certaines informations au médecin remplaçant.

*M2 : (...) même des fois tu sens qu'ils te cachent un petit peu des choses...*

*M5 : (...) quand y a des dissonances, des discordances entre ce qui est écrit dans le dossier médical et ce que le patient veut bien me dire.*

- **Résistance au changement**

La réticence du patient aux modifications de prise en charge est ressentie comme un manque de confiance par plusieurs remplaçants.

*M2 : Tu sens que tu leur expliques des trucs, pourquoi toi tu changerais tel ou tel traitement, et qu'ils font « ouais, je sais pas, moi ça fait des années et mon médecin il ne me le change pas, donc je vois pas pourquoi, là tout de suite, voilà... ».*

*M2 : ...Donc quand tu proposes des changements et que tu sens (...) qu'ils disent : « je verrai la prochaine fois, quoi ».*

## 2. Non verbal

- **Expressions faciales**

L'expression de la défiance passe aussi par les mimiques, le regard, que peuvent montrer les patients.

*M10 : (...) Tu le sens quand la personne tu la regardes, elle te regarde, et tu sens que y a un truc qu'est... qu'est pas satisfaisant dans son regard, dans son sourire*

*M2 : ... Des fois, un peu éviter le regard aussi. Croiser vite le regard. Et puis bah pas trop de sourires. Voilà, euh, surtout ça au niveau du non verbal.*

## - Gestuelle

La gestuelle est également un moyen de communiquer la défiance.

*M2 : ... une attitude un petit peu de peur, quoi. Une attitude un petit peu fermée, comme d'être un petit peu en arrière sur son fauteuil, les bras croisés, les jambes croisées.*

*M6 : Et des fois on le ressent. Dans, dans la gestuelle (...).*

### iv. Après la consultation

Il arrive que certains patients retournent voir leur médecin traitant suite à la consultation avec le remplaçant.

*M8 : ... Parce que y'en a, je sais, qui vont demander, euh, qui vont redemander l'avis du titulaire. A posteriori.*

*M9 : (...) et quand ça tombe mal tu sais que tant pis, il sera dans deux jours chez ton titulaire (...)*

## b. Facteurs influençant la perception de la défiance par le remplaçant

### i. Personnalité du médecin remplaçant

La personnalité du médecin remplaçant joue un rôle important sur la manière dont il appréhende la défiance du patient.

*M10 : (...) et puis j'suis ouvert à ça. Enfin, tu vois. Ça m'a intéressé aussi.*

*M10 : (...) Ça dépend de la personnalité du médecin, à mon avis.*

### ii. État émotionnel du médecin remplaçant

L'état émotionnel dans lequel il se trouve influe également sur sa perception des signaux envoyés par le patient.

*M1 : Eh bien, en fait je trouve que ça dépend beaucoup de la journée, de l'humeur de base.*

*M10 : ... Après si j'ai perdu ma mère ou mon père avant, bon... j'me doute que là ça serait un peu différent (...).*

## - Importance d'être heureux dans son exercice

Être épanoui dans son exercice est un élément essentiel pour certains remplaçants. Cela va influencer de façon importante l'état émotionnel du praticien.

*M10 : (...) ça me plaît ce que je fais. Je pense c'est important (...). Si t'es mal à l'aise, si tu te sens pas bien, si t'es pas heureux de ce que tu veux faire, si t'as la boule au ventre quand tu vas travailler. (...) C'est que l'environnement, c'est que le travail ça plaît pas. Et heureusement j'ai pas tout ça. Je suis dans la bonne, euh... j'suis heureux d'aller travailler, j'suis content d'aller travailler.*

### **- Difficultés spécifiques liées au remplacement**

Le remplacement peut se révéler être un exercice difficile.

La fatigue du médecin semble avoir un impact particulièrement important. L'accumulation des rencontres peut dégrader l'état d'esprit du praticien.

*M2 : ...Et des fois je trouve que dans les enchainements des consultations on perd un petit peu les manières basiques humaines.*

*M10 : (...), j'en ai vu 35 là dans la journée, j'avais envie de crever. J'comprenais pas ce qu'il m'arrivait. Mais du coup, j'ai remarqué, t'es fatigué, et tu fais pas bien ta... enfin j'allais plus vite sur certaines choses que j'aurais été moins vite. J'étais pas, j'étais content de moi, quoi. Enfin pas fier de toi...*

Le retard accumulé, source de stress, impacte de manière importante l'état émotionnel du remplaçant.

*M1 : ... Si c'est une grosse journée où on a enchainé, où on a pris du retard, euh... où ça a été compliqué et qu'on en reçoit plein. Enfin plein de remarques. Je peux potentiellement le prendre mal.*

*M10 : (...) imaginons, t'as une consultation horrible, (...), un truc grave ou un truc compliqué. T'as 1h20 de retard. (...) tu vas pas être dans la même, euh... Pas dans le même état, tu vois ?*

### **iii. Expérience du médecin remplaçant**

L'expérience du médecin remplaçant semble être d'un des éléments primordiaux dans la manière dont il va percevoir la défiance exprimée par le patient.

La façon dont un remplaçant en début d'exercice analyse l'attitude du patient est très différente de celle d'un praticien plus expérimenté.

*M5 : ...je pense que avec l'expérience j'arrive mieux à cerner les déterminants, ce qui va aider à mettre en confiance ou non.*

*M3 : Ouais. Moi oui en 9-10 ans de remplacements j'ai, j'ai senti l'évolution.*

*M10 : si je me regarde le premier jour de l'internat et que je me regarde, euh, bah maintenant, ouais, je me dis : putain. J'ai grave... entre guillemets, grave évolué, quoi.*

Il semble plus difficile pour un jeune remplaçant de faire face à la défiance du patient. Le manque de confiance en soi qui caractérise parfois les médecins en début d'exercice peut déformer la perception des signaux envoyés par le patient.

*M4 : ... au tout début j'étais, je pense, blessée, et surtout je trouvais sûrement que ça se justifiait.*

*M6 : (...) sur les premiers remplacements, quand les patients dès le début de la consultation, euh, mettent du coup cette distance ou cette méfiance, euh, bah moi ça me mettait pas à l'aise et c'était 20 minutes qui étaient pas agréables derrières, pour tout ce qu'on vient de dire.*

Avec l'expérience, le remplaçant semble mieux relativiser la défiance exprimée par le patient.

*M7 : (...) maintenant je m'en fous. Je pense que avant ça m'embêtait plus mais (rires) maintenant je m'en fiche (...).*

*M12 : ... les premiers jours c'est vraiment pas simple. Et puis après on s'en détache (...).*

#### **iv. Importance de la formation**

La formation spécifique à la communication revêt une importance particulière dans la manière dont le médecin va appréhender la consultation et la construction de la relation médecin-patient. Il s'agit souvent de l'expérience de SASPAS, qui précède le remplacement.

*M10 : (...) J'me suis formé aussi à l'entretien motivationnel. A ce moment-là. Donc vraiment j'ai appris à écouter les gens. Euh... et à essayer de changer des comportements. (...) le SASPAS, euh... Bah, je pense ce qui m'a aidé aussi (...). Mon maitre de stage, qui d'ailleurs était universitaire, il m'a, euh... Bah il m'a trop fait chié, entre guillemets, euh, avec, euh, comment je communiquais avec les gens (...).*

*M10 : (...) Comme je te dis, du coup je me suis concentré que sur ma communication, euh... Sur comment ils appellent ? Calgary Cambridge... (...) T'essayes de l'appliquer. C'est plus ou moins dur de l'appliquer. Mais une fois que t'arrives à appliquer un peu ces trucs là, bah je trouve les consultations sont beaucoup plus, beaucoup plus simples.*

#### **v. Vision que le remplaçant a de son propre rôle**

La manière dont se déroule la consultation semble également influencée par la façon dont le médecin se perçoit en tant que remplaçant, et le rôle qu'il s'attribue.

##### **- Rester professionnel**

La volonté d'établir une distance avec le patient en gardant une posture professionnelle permet pour certains de minimiser l'impact que peut avoir la perception de la défiance du patient.

*M9 : ... On va faire le job comme c'est prévu. Si vous voulez pas être mon meilleur ami, y a pas de problème. Euh, c'est pas ce que je cherche de toute façon avec les patients.*

*M12 : (...) Après, alors j'essaie de... comment dire ? D'être professionnelle en fait, et d'être rigoureuse.*

### - Le médecin remplaçant n'est pas le médecin traitant

Le médecin remplaçant est un médecin à part entière, différent du médecin traitant et assume un rôle qui lui est propre. Prendre conscience de son rôle singulier permet au remplaçant de minimiser la défiance du patient à son égard.

*M9 : ... Et si j'arrive à chopper des trucs en plus tant mieux. Et si j'y arrive pas, c'est pas forcément à moi d'aller creuser un petit peu plus loin.*

*M12 : (...) Enfin mon but n'est pas de... enfin je remplace ponctuellement leur médecin traitant, mais je ne suis pas leur médecin traitant.*

Il relativise son impact en tant que remplaçant.

*M9 : ... j pense que dans le même temps t'as peut être une part de, de relaxation du genre, je vais pas dire « je suis que remplaçante » (...) je suis là pour faire un petit peu d'intérim. Je vais faire bien mon taf, je vais peut-être pas révolutionner leur vie. J'ai pas besoin de mettre mille pour cent de moi dans ces consultations-là.*

Le médecin remplaçant doit rester à sa place et ne pas s'impliquer plus que nécessaire dans la prise en charge.

*M10 : (...) Bah, j trouve, ce qui est difficile aussi en tant que remplaçant... euh... C'est par exemple, des fois, bah t'as pas le même, le même point de vue, que le, le, que le médecin (...). Tu dis : merde ! moi j'suis là en one shot, ou pas très longtemps... Est-ce que je peux me permettre de changer ce traitement antihypertenseur ou ce traitement là qui me parait pas adapté, alors que moi j'en mettrais un autre ?*

*M11 : (...) Dans les dossiers des fois où je sais que, c'est quand même mieux que ce soit toujours le même médecin, j'accepte de faire juste leur demande et pas plus. Sans aller trop, trop loin, parce que... Bah, je comprends que ce soit pas agréable pour eux. Et ça sera pas forcément utile si jamais je pousse plus loin.*

### - Le médecin traitant est un idéal à atteindre

Pour beaucoup le statut du médecin traitant est un idéal à atteindre. Les remplacements sont une étape dans leur parcours professionnel avant l'installation. La relation privilégiée qui se noue entre le titulaire et le patient est considérée comme une référence.

M4 : (...) c'est qu'on arrive quand même à, à nouer cette relation de confiance, d'avoir un peu ce côté médecin traitant quand même.

Il arrive donc parfois que le remplaçant endosse le rôle du médecin traitant.

M9 : (...) j'avais commencé à avoir mes patients, entre guillemets. Euh... et du coup c'était un peu genre : « ah bah, d'une, tu nous abandonnes », enfin comme je pense n'importe quel médecin titulaire quand il change de cabinet a ça (...).

M7 : ... Et y en a ils l'avaient encore jamais vu, quoi. Donc c'est vraiment, ouais, c'est vraiment comme si on était médecin traitant. Surtout quand on fait des jours fixes et que les gens c'est leur jour off, le jour où ils sont dispos pour venir, au final on les voit tout le temps donc on a vraiment une relation de médecin à patient.

## vi. Type de remplacement

Le type de remplacement, fixe ou ponctuel, a un impact certain sur la manière dont le médecin remplaçant appréhende la consultation et donc la façon dont il reçoit les signaux envoyés par le patient.

### 1. Remplacement ponctuel

#### - Confort du remplacement ponctuel

Le remplacement ponctuel, par sa courte durée, présente un certain confort pour plusieurs remplaçants interrogés. Il permet parfois de relativiser les enjeux relationnels qui se jouent lors d'une consultation qui ne se déroule pas de manière optimale.

M9 : (...) ça peut être un confort de se dire : « bah écoute, je n'aurais été qu'un moment passager dans leur vie » (...) Tu as moins l'enjeu de : « ah bah on va rester ensemble les dix prochaines années » (rires)...

M10 : (...) Et au pire ils repartent en : « gnanananana... ». Mais c'est pas grave, quoi. Tu vois ? c'est pas grave. D'autant plus que toi, quand t'es pas là longtemps... euh... Bah tu t'en moques un petit peu.

#### - Inconvénients du remplacement ponctuel

##### o Problématique de temps :

Une rencontre unique ne permet pas toujours l'établissement d'un lien de confiance, limitant les possibilités d'intervention du remplaçant.

M10 : (...) C'est pour ça que c'est difficile quand tu les vois qu'une seule fois, et, euh, pas longtemps. C'est que les gens te font pas encore confiance. Ils t'ont vu une fois et tu commences à changer son traitement, ça va mal se passer tout de suite, de toute façon. (...) j'trouve que c'est hyper dur d'avoir la confiance de la personne en une fois, quoi.

○ **Manque de repères :**

Le remplacement ponctuel demande une grande capacité d'adaptation. Le remplaçant est souvent mis en difficulté par sa méconnaissance du logiciel et du fonctionnement du cabinet, rendant les consultations plus fastidieuses.

*M11 : (...) ça prenait beaucoup plus de temps pour chaque patient(...). Tu perds un peu de temps avec le logiciel. De chercher les informations (...). Rien que ça ça perdait du temps, donc ça me mettait en retard*

○ **Manque de retour :**

Il est difficile d'ajuster sa pratique lorsqu'on ne bénéficie pas de retour sur ses prises en charges.

*M7 : (...) en remplas ponctuel, où en effet finalement on fait des trucs, mais on sait pas toujours ce que ça va donner après, on a pas toujours les suites, quoi.*

○ **Frustration :**

Malgré un certain confort, l'absence de suivi lors d'un remplacement ponctuel ne laisse pas toujours au remplaçant la liberté nécessaire à son exercice.

*M10 : donc en général, quand t'es pas là longtemps, euh... j'ose pas trop changer les habitudes.*

## **2. Remplacement fixe**

### **- Confort du remplacement fixe**

A l'inverse, le remplacement fixe engage le remplaçant de manière importante. Pour plusieurs remplaçants, cela offre un confort supérieur au ponctuel. Il fait partie intégrante du cabinet.

*M5 : (...) c'est... plus agréable d'être sur un remplacement fixe, en termes de positionnement, que sur un remplacement ponctuel.*

*M4 : ... On se sent vraiment pas comme quelqu'un à part, on fait partie du cabinet, comme en plus je suis en fixe, j'y suis assez souvent*

Remplacer toujours au même endroit permet de pallier les difficultés liées à l'exercice de remplacement, comme la méconnaissance des lieux, des habitudes des titulaires, etc, permettant au remplaçant de se sentir plus à l'aise.

*M11 : (...) A force je connais un petit peu comment ça marche. Je sais comment chaque médecin marche. Donc je pourrais trouver les informations dans les dossiers quand les antécédents sont pas tous remplis. Donc oui, c'est vrai que remplacer plus longuement des mêmes médecins ça aide à se sentir plus à l'aise.*

## - **Temporalité de la relation**

Avec la répétition des consultations, l'établissement d'un lien de confiance devient un enjeu central.

*M6 : ... Soit j'ai vu quelqu'un de la famille, soit je les ai déjà vus plusieurs fois, donc y a une relation de confiance quand même qui, euh, qui s'installe, du fait des remplacements fixes, et les patients ils savent qu'on est là toutes les semaines, qu'on est là tout le temps. Et euh, ça aide quand même.*

Le temps est donc un élément essentiel dans la construction de la confiance.

*M5 : ... quand c'est un remplacement type congé maternité, (...) que les patients ont pas forcément le choix du praticien, euh, ils apprennent aussi à me connaître et, et je pense que le lien de confiance il se fait aussi dans la répétition des consultations.*

*M10 : (...) si tu les vois plusieurs fois dans un remplacement fixe, tu commences à gagner leur confiance avec le temps.*

Face à un remplaçant qui revient régulièrement, les réactions des patients semblent généralement être plus favorables. Les patients ne désirant pas rencontrer le remplaçant fixe l'évitent plus naturellement.

*M9 : ... Après sur des remplacements fixes c'est un petit peu différent. Globalement les patients qui t'aiment pas, ils t'évitent, et... et je pense qu'après tu as un petit biais de sélection (...).*

Le remplaçant développe parfois sa propre patientèle, se rapprochant plus du statut enviable du médecin traitant.

*M4 : Voilà, de ce côté-là, enfin moi c'est ce que j'apprécie en remplaçant fixe, c'est qu'on arrive quand même à, à nouer cette relation de confiance, d'avoir un peu ce côté médecin traitant quand même.*

*M12 : (...) y a un des remplaçants qui est là depuis longtemps, y a des patients qui sont exclusivement suivis par lui. Donc ça change les choses. Enfin il a même plus vraiment le statut de remplaçant.*

## **4. Ressenti du médecin remplaçant face à la défiance du patient**

### **a. Quand la défiance atteint le remplaçant**

#### **- Déstabilise**

Plusieurs interrogés se trouvent déstabilisés par l'absence de confiance exprimée par le patient.

*M8 : Euh... Mais oui, ceux qui sont opposés c'est plutôt ça : une déstabilisation. (...)*

*M2 : Plus centré sur tes peurs, et bah, tu vas moins être attentif à ce que la personne en face elle va dégager, ou ses réels besoins.*

## - Emotions négatives

Beaucoup expriment un ressenti désagréable face à la défiance de certains patients.

*M6 : ... C'est des consultations qui sont, du coup, un peu moins sympas, euh...*

### o Malaise et inconfort :

Une sensation de malaise et d'inconfort est souvent décrite.

*M10 : (...) enfin ça se verra peut être pas forcément, mais je serai un peu crisp... enfin crispé, ouais (...).*

*M11 : ... Je suis plus inconfortable par rapport à ça, que vraiment énervé.*

### o Agacement :

L'agacement semble être un sentiment récurrent. Le fait que le patient reste réticent face aux efforts du praticien pour nouer une relation peut créer de l'irritation chez ce dernier.

*M2 : (...) tu essaies d'aller vers les gens et que tu sens qu'ils mettent des barrières, tu peux être agacé un petit peu aussi.*

*M10 : (...) Où t'as ce petit truc : oh fait chier. Si ils me le disent tous, ça va un peu me souler.*

Certains rapportent être particulièrement vexés, surtout en début d'exercice.

*M2 : Ouais. Et bah, j'me sens... euh... un peu... les premiers temps je me sentais vexée. (Rires)*

*M9 : .... Je pense que, tu peux être un petit peu vexé au début (...).*

### o Manque de respect :

La défiance est parfois interprétée comme un manque de respect envers le médecin remplaçant.

*M4 : ... c'est un peu un manque de retenue, de respect, de montrer, (...) qu'on est un médecin au rabais.*

*M4 : ... je les trouve plutôt, pour certains très maladroits, pour d'autres, euh, très désagréables et malpolis.*

### o Frustration :

Elle peut éveiller une certaine frustration chez le praticien. Surtout lorsque les efforts qu'il déploie ne permettent pas de créer la confiance.

*M10 : Tu fais de ton mieux mais t'as ramé, quoi. T'as ramé, t'as ramé, t'as ramé et à la fin tu te dis : oh putain. Je suis pas trop satisfait de cette consultation.*

*M11 : voilà, c'est ça. Un petit peu frustré de pas avoir fait tout ce qu'il fallait. Ou mal.*

○ **Lassitude :**

D'autres expriment une certaine lassitude devant la répétition de ces situations.

*M10 : (...) Après quand, quand c'est répétitif, et que les dix, les dix de la matinée, ou les douze de la matinée te disent « ah bah ! ». Enfin là, du coup, t'es un peu... t'es un peu énervé.*

- **Impact sur la confiance en soi**

L'une des dimensions principales altérée par la défiance est la confiance en soi du praticien.

○ **Pression supplémentaire :**

Pour certains, c'est une source de stress. Le déroulement de la consultation est différent d'une rencontre habituelle et va nécessiter plus d'efforts de la part du praticien.

*M8 : ... Euh... ça peut... mettre un petit coup de pression.*

○ **Peur de décevoir :**

Il arrive d'avoir peur de décevoir le patient, d'anticiper le fait de ne pas répondre à ses attentes.

*M7 : Ouais. Je me dis : « mince je vais pas pouvoir faire », enfin voilà, répondre vraiment à ses attentes. Lui il attend quelque chose, il va être déçu.*

○ **Peur de la critique :**

La crainte de la critique sur ses capacités est une préoccupation du remplaçant.

*M2 : ... En disant « mince, alors il faut que je me retrouve absolument parce que sinon si je fais quelque chose de travers alors là ça va pas du tout bien se passer. Euh, il va me critiquer, machin... ».*

*M5 : ... Est-ce que, est ce que ils vont pas se rendre compte que je suis un peu nul ?*

○ **Légitimité du remplaçant**

Pour plusieurs médecins remplaçants il s'agit même d'une remise en cause de leur légitimité, en tant que professionnel de santé.

*M1 : ... Et on... quand on n'a pas trop confiance en soi, euh, je trouve que parfois on se sent pas trop légitime.*

*M4 : ... l'inconvénient de tout remplaçant, c'est que oui, parfois on se sent un peu moins légitime.*

## **b. Quand la défiance n'atteint pas le remplaçant**

Au contraire, plusieurs remplaçants interrogés relativisent l'impact que peut avoir la perception de la défiance chez un patient sur leur ressenti. Celui-ci semble plus limité.

*M10 : (...) Mais bon. C'est pas trop grave. Euh, enfin faut, tu prends sur toi. Tu dis : « bon, voilà. Enfin moi je sais ce que je vau, c'est pas grave ».*

*M11 : Hum... Bah je t'avoue que maintenant, je.... Je laisse aller.*

### **- Ce n'est pas personnel**

La défiance du patient n'est pas personnellement orientée vers le remplaçant.

*M9 : Ouais. Je pense que j'aurais été blonde, brune, grande, petite, pas moi... un mec, quelqu'un d'autre... je pense c'est plus... tu sais, c'est jamais contre toi activement.*

*M7 : (...) Non je pense que c'est pas, enfin je pense qu'il faut pas le prendre personnellement.*

### **- Ça vient du patient**

Plusieurs médecins considèrent que la problématique concerne uniquement le patient.

*M2 : En fait, à me dire que ça vient plutôt de lui, euh, qui peut être a besoin d'être mis en confiance et se sent déstabilisé quand il y a quelqu'un qu'il ne connaît pas.*

*M2 : Maintenant j'ai appris à me dire que ça ne vient pas de moi.*

### **- Compréhension**

#### **o Attitude légitime du patient :**

Plusieurs adoptent une attitude compréhensive envers le patient qui se trouve dans une situation inhabituelle.

*M6 : ... je comprends, euh... que le patient soit pas content, par exemple si il avait pas été prévenu, qu'il aime pas que ce soit un remplaçant, euh, et qu'il a pas eu le choix parce que il fallait qu'il consulte parce qu'il avait plus de médicaments, qu'il avait une pathologie aigue et qu'il pouvait pas attendre que le médecin revienne. Donc je peux comprendre l'attitude, (...).*

*M11 : (...) En vrai je comprends aussi, hein. T'as pas envie de, de réexpliquer tous tes problèmes à chaque médecin que tu vois (...) là-dessus je comprends tout à fait.*

*M12 : (...) Alors déjà en fait je peux comprendre, déjà (...) ça peut être un peu déstabilisant, sur le lien en fait, la confiance qu'on donne au médecin remplaçant. Euh... Là je comprends.*

○ **La confiance n'est pas innée :**

Certains remplaçants ont conscience que la construction de la confiance n'est pas innée, mais est un processus dynamique.

*M10 : (...) Mais c'est pas dans la consultation, vraiment où... Ils te voient... tu souris... j'ai confiance en lui.*

Elle peut également se faire à posteriori. Une fois la consultation terminée.

*M10 : ... C'est après. Le ressenti après la consultation. Se dire : « ah putain il m'a bien plu ce, ce petit jeune, là. Euh... c'était pas mal, euh... Bah tiens, si il re-remplace, je regarderai si il re-remplace pour aller le revoir ».*

○ **C'est un moyen de communication :**

La défiance est un moyen de communication mis en place par le patient qui est déstabilisé.

*M1 : Euh oui, pour apprendre à se connaître, ou pour... donc je le prend pas forcément mal non plus.*

○ **Ça fait partie du jeu :**

Pour plusieurs médecins interrogés, l'absence de confiance initiale fait partie du quotidien du remplaçant. Elle est spécifique à son mode d'exercice.

*M8 : ... Et j'estime que voilà, moi j'ai choisi ce mode d'exercice donc ça fait partie des règles du jeu, quoi.*

## **5. Conséquences de la perception de la défiance sur la consultation**

### **a. Conséquences sur l'investissement du médecin remplaçant**

#### **i. Investissement supplémentaire**

##### **- Effort supplémentaire**

Face à la défiance des patients, certains médecins remplaçants vont s'investir plus lors de la consultation. Ils vont produire un effort supplémentaire afin de créer la confiance.

*M2 : ... C'est fatiguant, je pense aussi que ça te prend plus d'énergie. (...) t'es obligé de demander un investissement toi-même, euh, pour aller vers la personne et créer le lien et du coup c'est plus épuisant.*

*M1 : ... Mais donc j'essaye vraiment de... de faire attention, même si c'est compliqué et parfois... enfin ça demande un effort.*

##### **- Exigence supérieure**

Ils vont être plus exigeants envers eux même face à une pression supplémentaire.

*M6 : ... Donc si j'ai tendance à être un peu plus attentive à ce que je fais justement. Pas que je le suis pas d'habitude, mais on ajoute une exigence supplémentaire pour justement pas faire d'erreur (...).*

*M6 : (...) par contre ça met une exigence supplémentaire sur le fait de... voilà de bien faire (rires).*

### - **Faire ses preuves**

Il peut leur sembler nécessaire de faire leurs preuves, montrer que le fait d'être remplaçant ne fait pas d'eux un médecin de second choix.

*M10 : (...) L'examen je vais faire, bah ce qu'il faut faire, quand même montrer, euh... Que je suis médecin et que je sais faire un examen clinique. (...) je vais vraiment montrer que je sais faire et faire d'autres examens peut être qu'il a... enfin je vais vraiment tout faire. J'vais pas faire juste écouter le cœur et les poumons (...) Pour essayer de... bah de lui montrer que voilà, je fais des choses quoi.*

*M10 : (...) je prescris une prise de sang, pour me rassurer et peut être, bah, lui montrer que j'ai fait une chose quand même, en dehors, tu vois ?*

### - **Prendre le temps d'expliquer**

Ils vont consacrer plus de temps au patient, faire des efforts supplémentaires pour explorer les antécédents du patient, expliquer la prise en charge et s'assurer de sa bonne compréhension pour obtenir son adhésion.

*M1 : ... je fais toujours l'effort d'expliquer, de faire en sorte qu'ils aient bien compris, d'attendre un retour de leur part pour me dire qu'ils ont bien compris.*

*M2 : ... et d'expliquer que, euh, j'ai tendance à expliquer, du coup en fait, à mettre les choses un peu à plat, quand je sens qu'ils ne me font pas confiance (...).*

### - **Prudence supplémentaire**

Conscient de l'enjeu de la confiance sur le bon déroulement de la consultation, le médecin remplaçant est plus prudent dans son approche du patient. Il présente un discours plus contrôlé.

*M2 : (...) que la consultation prenne plus de temps parce que du coup on a peur de faire un truc de travers.*

*M6 : ... Enfin on réfléchit à deux fois avant de parler (rires), d'être sûr du coup de ce qu'on dit, parce que, euh, on va pas forcément pouvoir se reprendre derrière, ou alors ça va créer une méfiance supplémentaire.*

## ii. **Désinvestissement**

Au contraire, pour certains remplaçants interrogés, la défiance du patient va entraîner un investissement moindre de leur part dans la consultation

### - **Faire le minimum**

Plusieurs remplaçant déclarent se contenter de faire le minimum attendu.

*M9 : (...) tu feras pas une consultation étendue. On fait le mini... enfin voilà... On fait le minimum, j'écoute votre cœur, vos poumons, votre tension (...) Le job est fait (...).*

*M7 : ...je me dis qu'au contraire, c'est une consultation où du coup on a pas à ... enfin... il nous demande pas de nous impliquer.*

### - **Raccourcir la consultation**

D'autres raccourcissent la consultation lorsqu'ils perçoivent la défiance du patient.

*M1 : ... si il a pas envie de parler moi je vais pas non plus le forcer à parler. Donc je vais raccourcir (...).*

*M2 : ... ou essayer d'expédier la consultation parce qu'on se sent pas à l'aise.*

### - **Prendre de la distance avec le patient**

Le remplaçant essaie parfois de garder une certaine distance avec le patient s'il sent que celui-ci n'est pas prêt à lui faire confiance. Il se détache de la situation.

*M7 : ... j'essaie de me poser cette question-là en fait quand je suis face à quelque chose qui, qui est pas habituel, maintenant j'essaie vraiment de me dire : « est-ce que c'est mon problème ou est-ce que c'est pas mon problème ? » et je trouve que ça, ça m'aide vachement à prendre de la distance (rires).*

*M6 : Bah, c'est peut-être là où du coup, je relativise un petit peu plus, en prenant plus de distance (...).*

*M12 : (...) Je pense que moi là j'essaie de me détacher un peu de cette défiance, d'apporter une réponse qui me paraît similaire pour tous les patients.*

### - **Passivité**

La perception de la défiance peut parfois entraîner un véritable repli sur soi de la part du médecin remplaçant. Il adopte une posture beaucoup plus passive, attendant que le patient fasse le premier pas.

*M1 : ... enfin voilà je m'éloigne un peu et puis j'attends que ça vienne de lui.*

*M1 : ... d'être plus passive en fait, voilà. Je pense que je vais être plus à attendre que lui me dise des choses en fait.*

### - **Confort**

Pour certains la situation est plus confortable qu'une consultation ordinaire. Le fait de s'impliquer moins dans la relation demande moins d'effort.

*M9 : ... J'ai pas besoin de mettre mille pour cent de moi dans ces consultations-là.*

*M7 : ... ça dédouane d'un certain stress. (...) de toute façon il va pas m'écouter donc ça sert à rien que (...) j'essaie de faire attention à comment il est, comment il va réagir et donc comment lui parler, pour qu'il adhère à ce que je lui dis, parce que de toute façon d'emblée il me dit qu'il va pas adhérer à ce que je lui dis. Donc ça me repose un peu quelque part.*

## **b. Conséquences sur la relation médecin-patient**

### **i. Capacité à communiquer**

Le fait de se sentir déstabilisé entrave la capacité de communication de certains remplaçants, aggravant parfois le phénomène de défiance.

*M11 : (...) mon explication va être moins, moins bien compréhensible. Je vais m'emmêler les pinceaux, je vais donner des informations un petit peu dans tous les sens et... et je sais que les informations seront pas comprises par le patient, parce que mal données.*

### **ii. Stratégies d'adaptations mises en place par le remplaçant**

#### **1. Stratégie empathique**

Pour certains remplaçants, lorsqu'ils perçoivent de la défiance, l'établissement d'une relation de confiance devient un objectif à atteindre lors de la suite de la consultation.

Ils peuvent utiliser plusieurs outils afin de créer un terrain propice au développement de la relation médecin-patient.

#### **- Importance de la communication**

##### **o Dialoguer avec le patient :**

La communication est un élément essentiel à la construction de la relation médecin-patient.

*M10 : (...) En gros c'est en parlant avec les personnes que tu... si tu leur parles pas, c'est sûr qu'il y aura pas de confiance, quoi.*

Les remplaçants soulignent également l'importance de l'écoute.

*M10 : (...) Si tu leur parles bien, que tu les écoutes bien. Bah ils vont t'apprécier un peu. Ils vont faire : « tiens il m'a écouté, il m'a... Euh, il a, il a bien compris mes attentes, euh... Tiens je peux lui faire confiance, quoi ».*

*M10 : (...) Faut qu'on les écoute, et qu'on leur... enfin quand ils arrivent, leur dire : « bon, alors, bah je vous écoute, qu'est ce qui vous amène ? ». Et là tu le laisses parler, tu le laisses parler, tu le laisses parler (...). En gros communication plus plus plus (...).*

○ **Comprendre l'origine de la défiance :**

Comprendre d'où vient cette défiance est une première étape pour essayer de la résoudre.

*M10 : (...) faut les écouter et essayer de comprendre, euh, pourquoi ?*

○ **Mettre en confiance :**

Plusieurs médecins interrogés rapportent utiliser une approche douce, sans brusquer le patient qui est déjà déstabilisé par la dynamique inhabituelle de la consultation. Ils adoptent une attitude rassurante.

*M9 : ... tu essaies de les mettre à l'aise. Tu essaies d'envoyer tous les signaux de : « écoutez-moi je suis pas là pour vous faire du mal ».*

*M2 : Et du coup, plutôt que de le vexer, il faut que je cherche à le rassurer.*

*M12 : (...) Disons que la confiance qui n'est pas forcément en face de toi, il faut la prendre de soi-même.*

Il s'agit également de rassurer le patient quant aux capacités du remplaçant.

*M9 : ... C'est pas parce qu'on est pas médecin titulaire qu'on sait pas faire. Et on sait faire aussi. Et rassurez-vous... la mission sera accomplie (rires).*

Ne pas imposer de modifications thérapeutiques trop radicales, ce qui pourrait être vécu comme une agression par le patient.

*M9 : ... tu essaies de distiller des petites graines, et puis tu dis : « peut-être ça poussera, peut être ça poussera pas... » (...) Des trucs qui sont pas... Qui sont pas dans l'implication. Tu sais, je demande rien de votre part, juste je lance une idée en l'air. Voilà, ça marche, ça ne marche pas, voilà, ça demandera peut être 10 ans, 5ans... mais, écoutez, pourquoi pas ?*

○ **Expliquer :**

Prendre le temps de bien expliquer la prise en charge permet de briser les réticences de certains patients. Cela fait partie du rôle du médecin.

*M10 : j'parle beaucoup. J leur explique (...) « Nan mais... ça, ça vous aidera pas, euh, à guérir plus vite ».*

*M11 : (...) Je préfère quand même quand les gens comprennent pourquoi ils... On leur met pas de traitement ou qu'on leur fait pas d'examen. Parce que, bah en fait, si tu comprends pas... Je trouve que ça fait aussi partie de notre taff, de, d'expliquer aux gens et de, qu'ils comprennent un peu aussi leur prise en charge.*

○ **Contrôler son image :**

Afficher une posture confiante permet de rassurer le patient. Le praticien doit ainsi faire attention à l'image qu'il renvoie.

*M11 : (...) Et si tu te retrouves avec quelqu'un qui a pas confiance en soi et dans les solutions qu'il te donne... bah du coup t'as moins confiance dans les traitements qu'il va te donner (...).*

○ **Clarifier les attentes du patient :**

Clarifier les attentes du patient permet de mieux répondre à leurs besoins et de dissiper les malentendus.

*M10 : (...) Des fois je leur dis, hein. « Qu'est ce que vous attendez de moi ? Qu'est ce que vous attendez de moi finalement, (rires) aujourd'hui ? (rires) qu'est ce que je peux faire pour vous, euh, vraiment ? ».*

*M11 : (...) Je vois avec eux sur... sur ce qu'ils veulent. Si ils veulent réexpliquer tout, ou alors si ils veulent juste qu'on fasse un... en fonction de ce que c'est de base. Si on fait juste le renouvellement de, soit de l'arrêt de travail ou soit du, soit des traitements.*

○ **Dédramatiser :**

L'humour est utilisé par certains afin de dédramatiser la situation et faciliter l'entrée en relation avec le patient défiant.

*M10 : (...) des fois j'rigole. J'rigole en face des patients, moi. J'rigole et j'leur... enfin j'rigole avec eux (...).*

*M10 : (...) Moi ça me fait rire, parce que... bah je fais : « bah nan ! c'est moi aujourd'hui ! » (rires). Moi je rentres dans le truc à fond (rires).*

○ **Ouverture :**

Même lorsque le lien semble difficile à mettre en place, certains trouvent important de garder une porte ouverte.

*M9 :... Je vais rester ouverte (...) tout ce que vous me direz, je vais le prendre et je vais essayer d'en tirer quelque chose.*

*M7 : (...) dans ce cas-là, voilà, essayer de laisser la porte ouverte pour que eux ensuite, enfin voilà, puisse venir nous revoir en confiance quoi.*

*M10 : (...) N'hésitez pas à revenir en parler, quoi. Enfin tu vois, je sors un truc comme ça. Pour laisser une petite porte ouverte.*

- **Effort bilatéral**

Cependant il apparaît clair pour beaucoup que l'établissement d'un lien de confiance demande un effort bilatéral. Le remplaçant ne doit pas être seul à chercher à entrer en relation.

*M9 : ... j'ai déjà acquis le côté que si le patient il se braque et que tu te braques ça va, ça va rimer à rien.*

*M9 : ... Va peut-être falloir qu'on fasse des efforts mutuels...*

## **2. Stratégie d'évitement**

Lorsqu'ils sont confrontés à la défiance du patient, certains remplaçants présenteront plutôt une attitude d'évitement.

### **- La confiance comme but impossible**

La mise en place de la confiance semble, pour certains remplaçants, être un but impossible à atteindre.

*M9 : Au final, des gens qui sont extrêmement dans la défiance, tu sais que quoi que tu fasses, même si c'est A, même si c'est B, même si c'est C, de toute façon ils seront pas contents.*

*M7 : (...) parce que de toute façon d'emblée il me dit qu'il va pas adhérer à ce que je lui dis.*

### **- Moins d'empathie**

La perception de la défiance chez le patient peut entraîner une mise à distance par le remplaçant, une perte d'empathie.

*M3 : ... Oui ça va être un peu froid. Euh... peut être un peu, peut-être un peu moins d'empathie.*

*M4 : ... c'est vrai que parfois quand ils sont très désagréables et malpolis peut-être que la consultation, entre guillemets, commence un peu mal pour moi et je vais être un petit peu plus froide, un petit peu plus sèche, euh... que ouverte et sereine quoi.*

### **- Respecter la distance du patient**

Le remplaçant s'adapte à la posture adoptée par le patient. Il interprète sa défiance comme une volonté de garder une certaine distance avec lui.

*M5 : ... j'essaye de respecter globalement l'attitude du patient, en me disant qu'elle est, voilà qu'elle est probablement légitime et que je peux pas non plus chambouler tout son système.*

*M10 : ... j'vais garder un petit peu, j'vais garder un peu de distance. Parce que j'ai l'impression que le patient veut un peu de distance. Donc je respecte la distance qu'il veut qu'on mette entre nous.*

### **- Ne pas forcer la relation**

Pour certains médecins remplaçants il n'est pas naturel, et contre productif, de forcer la relation.

*M3 : ... Et que je vais pas les forcer, car quand on insiste ça va être des patients récalcitrants, qui ne vont pas vouloir...dire tout ce qu'il y a à dire, ou être assez désagréable.*

*M10 : (...) des fois je me dis : bon. C'est pas le moment. Arrête d'insister. Euh... Tu peux pas l'aider aujourd'hui.*

### - **Ne pas trop en faire**

Pour certains remplaçants il est inutile, voire contre-productif de vouloir trop en faire. Parfois, l'abstention thérapeutique semble être la meilleure solution.

*M10 : (...) Moi, quand la personne elle est comme ça, de mon point de vue, faut, faut pas faire grand-chose.*

*M10 : Faut pas faire grand-chose, parce que... Déjà si tu mets un truc, bah t'étais même pas sûr fallait le mettre, (...) il va se taper un effet indésirable. J'voulais pas le mettre, qu'est ce qui va se passer, ? j'aurais pas dû. Et je savais que j'aurais pas dû et je l'ai fait. Donc vaut mieux rien mettre.*

### - **Responsabilisation du patient**

Au final, le choix de la confiance peut sembler n'appartenir qu'au patient, le rendant responsable de l'échec ou non de la relation.

*M7 : ... Mais bon c'est à eux de, de s'ouvrir aussi quoi. On peut pas non plus tout faire à leur place quoi.*

*M3 : ... je me dis que si les patients ne veulent pas me voir c'est leur choix.*

### - **Renvoyer vers le médecin traitant**

Le remplaçant considère le médecin traitant comme étant l'interlocuteur privilégié du patient. Celui auquel il accorde sa confiance.

#### ○ **Reporter le rendez vous :**

Il arrive parfois qu'il propose de reporter le rendez-vous.

*M1 : (...) vous reprenez rendez-vous, vous précisez bien que vous voulez docteur Machin et pas le remplaçant (...) je me cache un peu... ou alors ça, bah, je peux pas trop faire, ou ça c'est le docteur machin qui a dit ça, donc (...) je m'implique peut-être un peu moins. Et je laisse le remplacé prendre la suite parce que a priori...*

*M3 : ... quand ils semblent mécontents je leur propose directement ou de reprendre rendez-vous, ou de, qu'ils revoient leur médecin.*

*M10 : (...) J'laisse, j'passe la.. j'passe la main parce que avec moi, là, ça, ça fonctionne pas.*

○ **Gérer seulement l'urgence :**

Le remplaçant se cantonne à l'urgence. C'est au médecin traitant de gérer les problématiques plus complexes.

*M4 :... je vais pas tout faire, et puis on fera ce qui est nécessaire et urgent le jour J, et puis par contre, il reprendra avec son médecin traitant, parce que de toute façon je sens que la confiance n'est pas là.*

○ **Ne pas s'immiscer dans la relation médecin traitant-patient :**

Le lien entre le médecin traitant et son patient est particulier. Le remplaçant ne doit pas interférer dans cette relation.

*M9 :... On va pas élever les cochons ensemble et ce que vous me confiez restera stricto sensu médical et ce que vous me confiez pas, bah c'est pas grave, j'irais pas forcément gratter derrière parce que c'est une relation que vous construisez avec votre médecin à côté.*

○ **Laisser au médecin traitant les décisions importantes :**

Le médecin traitant reste seul décisionnaire vis-à-vis de son patient. Le remplaçant peut suggérer des modifications de prise en charge mais sans réellement s'impliquer.

*M9 :... Et si j'ai des idées lumineuses pour révolutionner votre vie, et bien je mettrai une petite note dans le dossier que le titulaire lira si il ou elle a envie de le lire.*

*M6 :... y a des fois où j'ai tendance à dire : « bah non, bah ça vous reverrez avec le médecin traitant parce c'est lui qui vous suit pour telle pathologie et que c'est plus simple pour le suivi que ce soit fait par lui ».*

### **3. Stratégie de confrontation**

La perception de la défiance par le médecin remplaçant le pousse parfois à adopter une posture plus agressive, à entrer en confrontation avec le patient.

- **Attitude défensive**

Face à ce qui peut être ressenti par le remplaçant comme une agression, certains ressentent le besoin de se défendre.

*M1 : j'ai dit : « écoutez, en fait je suis vraiment pas là pour...pour m'en prendre plein la gueule » (...).*

*M4 :.. ça va me mettre un petit peu plus sur la défensive.*

- **Se justifier**

L'atteinte de la confiance en soi peut amener le remplaçant à justifier sa légitimité en tant que médecin.

*M2 : ... Pour montrer à la personne qu'on est attentive et que c'est pas parce qu'on est remplaçant qu'on fait notre travail à moitié, voilà.*

*M3 : je devais leur expliquer que j'étais remplaçante (...) j'étais quand même un médecin (...) qui pouvait comme leur médecin prescrire des traitements, des imageries... des certificats, des arrêts de travail...*

- **Ne pas s'excuser d'être médecin remplaçant**

Ils n'ont pas à justifier de leur statut de remplaçant auprès du patient.

*M6 : .... j'y peux rien sur le fait que je sois une remplaçante.*

*M12 : (...) Et en même temps, est ce que vraiment on doit faire nos preuves avec chaque patient ? Si on fait ce qu'on pense devoir être nécessaire à chaque consultation, y a peut être pas forcément à faire plus.*

- **Etre moins conciliant**

Il peut arriver que le remplaçant soit alors plus fermé au compromis en présence d'un patient défiant.

*M3 : ... si le patient n'est pas content de ma prise en charge je vais pas la changer si ça lui plait pas.*

*M4 : ... je vais être, ouais, un peu moins... je dirais moins sympa entre guillemets (...) mais je vais un peu moins de concessions on va dire.*

Cette absence de compromis porte notamment sur le nombre de motifs de consultation acceptables par le remplaçant.

*M4 : ...Il a un motif, peut-être qu'il a trois motifs, peut-être avec un patient qui aurait été plus agréable j'aurais fait les trois en prenant un peu plus de temps, peut-être que pour lui je lui dirais que du coup : « c'est pas urgent, donc il pourra revoir son médecin traitant ».*

## **c. Conséquences sur l'attitude thérapeutique**

### **i. Risque d'erreur**

Pour plusieurs médecins remplaçants, le stress ressenti face à la défiance de certains patients peut altérer leur capacité de jugement. Ils sont moins concentrés.

*M2 : Plus centré sur tes peurs, et bah, tu vas moins être attentif à ce que la personne en face elle va dégager ou ses réels besoins.*

*M2 : Par exemple tu vas moins réussir à comprendre et à décortiquer la personne comme on le fait habituellement en médecine générale, quoi.*

Ce manque d'attention peut mener le praticien à commettre des erreurs lors de la prise en charge.

*M2 : Et du coup on a pas trop confiance en soi, bah, quand on commence à se poser des questions après ça part vite en ruminant, on a du mal à se concentrer, à faire les choses dans l'ordre, on peut faire un petit peu... des... des... oublier des choses...*

## **ii. Mimétisme du médecin traitant**

Le médecin traitant étant considéré comme une référence, il apparaît logique pour certains remplaçants de calquer leur pratique sur la sienne afin de ne pas déstabiliser le patient.

*M7 : ... J'essaie de faire, euh, de pas, on va dire de pas tout changer les prises en charges (...) je mets juste une petite note dans le dossier des fois, quand vraiment je trouve que c'est important d'y repenser, mais sinon je me permets pas de tout changer.*

*M10 : (...) Bon effectivement, ça traîne depuis tant de temps. Le médecin d'habitude, il lui a mis un antibiotique l'année dernière pour la même chose. Bon, bah peut être que je peux faire une... Peut être que je pense quand même que c'est un virus, mais je peux lui donner l'antibiotique en anticipé.*

*M12 : (...) On essaie de s'adapter aussi au médecin qu'on remplace. (...) En fait y a des petites choses, des habitudes qu'ils peuvent avoir entre eux. Donc ça j'essaie de voir. Je regarde dans le dossier si effectivement il fait vraiment comme ça d'habitude, et puis quand même d'essayer d'être un petit peu... pas complètement fermée sur leur façon de faire.*

## **iii. Compromis**

Pour certains remplaçants les compromis font partie intégrante de leur quotidien. Il s'agit de trouver le juste équilibre entre le souhait du patient et les habitudes de pratique du remplaçant.

*M7 : ... et que oui, faut savoir, je pense, faire des compromis.*

*M9 : ... Bah écoutez, on va faire ce qu'on peut au mieux (...), en restant dans mes limites de prescription, et de mes limites de compétences médicales et mes limites de ce que je veux faire...*

*M12 : (...) Si c'est des petites choses (...) « oui bah d'habitude il me fait pour 6 mois... », enfin si je viens remplacer ponctuellement, oui. Enfin, oui je vais faire pareil. Même si je pense que ça serait mieux trois mois. (...). En fait y a des degrés de... j'essaie de m'adapter en restant en cohérence avec moi-même, avec ce que je pense.*

## **iv. Indépendance de leur pratique**

Au contraire, pour d'autres, il est important de rester fidèle à sa pratique, indépendamment de celle du remplacé.

*M7 : ... Y a des trucs sur lesquels, de toute façon, c'est non et ça sera toujours non quoi qu'il en soit du contexte.*

*M9 : ... j'ai pas eu l'impression de devoir céder dans une direction qui n'était jamais la mienne.*

## **6. Évolution et réflexivité**

### **a. Remise en question des comportements**

La reconnaissance de ces propres comportements par le remplaçant semble être essentielle. Il s'agit du premier pas vers une remise en question de sa pratique. Cela permet au praticien de mieux aborder les consultations ultérieures et de répondre de façon plus appropriée aux besoins du patient, rendant possible l'établissement d'une relation de confiance.

*M9 : ... Je pense que ça te fait réfléchir un petit peu sur : qu'est ce qui a coïncé cette fois ci ? Pour l'appliquer à d'autres situations ultérieures. Dans une optique de : je vais optimiser un petit peu comment je fais pour optimiser une future relation derrière avec d'autres personnes.*

*M10 : (...) Se remettre en question et .... Je crois que c'est important, oui. (...) Mais c'est pas facile, hein. Je dis pas que c'est facile. Même moi des fois j'essaye, et des fois tu te dis... Enfin, c'est dur, quoi. C'est dur.*

La reconnaissance et la remise en question de ses propres comportements est parfois une entreprise difficile. Pour certains l'influence que peut avoir leur ressenti personnel sur leur pratique n'est pas facilement décelable.

*M12 : (...) c'est pas facile de s'en rendre compte, en fait. On se regarde pas forcément faire toujours en consult, donc... (...) C'est une possibilité, ouais.*

### **b. Apprentissage**

L'exercice de la médecine est un apprentissage perpétuel. Chaque nouvelle rencontre permet au médecin d'améliorer ses compétences.

*M9 : ... T'en as retiré certaines choses, tu essaies peut être de les réappliquer un petit peu derrière.*

Le remplacement concerne en grande partie des professionnels en début d'exercice. C'est une période où le remplaçant se construit en tant que médecin.

*M9 : ... Donc y a des trucs forcément sur lesquels tu vas devoir t'adapter. Et c'est le petit curseur que tu adaptes au quotidien pour, in fine, après, faire ton truc.*

*M9 : ... Mais je pense que, au début de tes remplacements, y a aussi une logique d'apprentissage, que tu sais que tu vas pas pouvoir tout faire. Dans le sens que toi tu veux que ça aille.*

# DISCUSSION

## 1. Discussion de la méthode

### a. Le choix de la question de recherche

Le sujet de ce travail apparaît comme innovant en adoptant le point de vue peu étudié qui est celui des remplaçants dans la relation médecin-patient, de nombreux travaux antérieurs s'attachant à décrire celui des patients.

Il est cependant nécessaire de s'interroger sur le contexte dans lequel la problématique s'est construite et les motivations qui nous ont poussées à choisir ce thème de recherche. L'investigatrice étant elle-même remplaçante, ses propres a priori ont pu interférer avec son analyse.

S'interroger sur sa propre subjectivité, la réalisation d'un journal de bord et l'échange avec des pairs lui a permis d'identifier ses propres idées préconçues avant le début de l'étude, afin de pouvoir les prendre en compte tout au long de l'expérience.

### b. Le choix de la méthode

Sur le plan méthodologique, le choix de l'analyse qualitative nous est apparu comme le plus adapté du fait de la nature exploratoire du sujet, abordant la diversité des ressentis et des comportements.

L'utilisation de la grille COREQ (Annexe 2), relative aux rapports de recherche qualitative, a permis de garantir la qualité du travail de recherche ainsi que sa transparence méthodologique et sa reproductibilité.

### c. L'échantillon

En recherche qualitative l'objectif n'est pas d'obtenir un échantillon représentatif de la population étudiée, mais de sélectionner des participants reflétant le plus grand nombre d'expériences différentes. (1)

L'échantillonnage théorique à variation maximale réalisé a permis une bonne diversité de participants et des points de vue, . Il aurait cependant été intéressant d'obtenir le point de vue de remplaçants ayant une expérience plus longue.

Le recrutement ayant été effectué sur la base du volontariat, il a donc pu exister un biais de recrutement. En effet, cela a pu sélectionner des participants présentant une sensibilité particulière sur le sujet. Afin de diminuer ce biais, l'investigatrice est restée vague dans la description du sujet d'étude lors du recrutement.

Il est à noter que les deux entretiens tests, intégrés par la suite à l'analyse, ont été réalisés auprès de connaissances de l'investigatrice. Cependant, le sujet de recherche n'avait jamais été abordé auparavant. Ni les participants, ni l'investigatrice, n'avaient donc connaissance des a priori de chacun avant l'entretien.

#### **d. Recueil des données**

Le choix d'entretiens semi-dirigés nous a semblé plus pertinent étant donné la nature de la problématique. Ils permettent d'aborder des sujets plus intimes en garantissant l'anonymat du discours.

L'investigatrice étant novice dans l'analyse qualitative, sa faible expérience a pu constituer un biais dans le recueil des données. Nous avons pu observer une amélioration de la technique d'entretien au fil de ceux-ci.

Ce biais a de plus été limité par l'utilisation d'un guide d'entretien détaillé. Celui-ci a été testé lors de deux entretiens initiaux, permettant de vérifier la bonne compréhension des questions par les participants et d'adapter les relances.

Concernant la réalisation des entretiens, le lieu de ceux-ci était laissé au libre choix de l'interrogé. Un environnement familial permettant une parole plus libre.

Lors des entretiens certaines questions portaient sur des expériences passées, parfois lointaines pour les participants. De ce fait il a pu exister un biais de mémorisation, propre aux discours rétrospectifs. Le vécu émotionnel et le déroulement des actions ont pu être déformés.

Les interrogés ont pu également vouloir présenter une image d'eux-même plus positive et socialement acceptable, masquant leurs sentiments réels et passant sous silence certains comportements. Ce biais de désirabilité sociale a été atténué par le contrat de confidentialité incluant une anonymisation des données. Il a de plus été rappelé, au début de chaque entretien, l'absence de jugement porté par l'investigatrice.

Le fait que l'investigateur partageait le même profil professionnel et social que les participants a pu l'amener à interpréter leurs réponses en fonction de ses propres préjugés, plutôt que de prendre en compte les perspectives individuelles des interrogés.

De même, certains participants ont pu attribuer à l'investigateur une fausse compréhension de leurs propos. Ce biais a été limité en insistant auprès des participants pour qu'ils précisent ou reformulent leurs propos.

### **e. Retranscription**

Le double enregistrement audio des données a permis de capter la parole des interrogés dans leur intégralité et une retranscription qualitative de leurs propos.

Certaines informations concernant des lieux ou personnes ont été retirées afin de garantir l'anonymat des médecins interrogés.

### **f. Analyse des données**

L'utilisation du logiciel N Vivo a permis de réaliser un étiquetage initial efficace, en offrant une bonne organisation et visualisation des données ainsi qu'une facilité de codage.

Il n'a malheureusement pas été possible de réaliser une triangulation des données. L'analyse des entretiens et des verbatims par un seul chercheur a pu nuire à la validité interne de ce travail. Celle-ci reposant sur la subjectivité du chercheur.

La saturation des données, garantissant la validité externe, a été atteinte au 10<sup>ème</sup> entretien. Elle a été confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires, n'apportant pas d'éléments nouveaux.

Une partie des résultats, traitant des enjeux de la confiance et de la manifestation de la défiance chez les patients (verbale et non verbale), a été retranscrite, mais non intégrée à la discussion. Ces notions sont apparues naturellement au cours des entretiens. Elles permettent d'appréhender le processus réflexif des remplaçants sur leur manière de percevoir la défiance des patients et ses conséquences éventuelles sur la consultation. Cependant, elles sont trop éloignées de la problématique de notre étude pour être développées dans la partie discussion. Il existe déjà de nombreux travaux traitant des différents types de communication (16) (17), et de l'importance de la confiance dans la relation médecin-patient (18). Développer à nouveau ces sujets ne nous a pas paru pertinent.

## **2. Discussion des résultats**

### **a. Résultat principal**

Dans notre étude, la défiance du patient par le médecin remplaçant apparaît comme un phénomène contextuel et dynamique, ayant un réel impact sur la consultation.

Différents facteurs, liés au patient, au médecin ou à des contraintes extérieures à la consultation, influencent la manière dont le praticien perçoit la défiance du patient à son égard. Il est important pour le remplaçant d'avoir conscience de ces éléments, et d'en reconnaître le poids sur la consultation.

Les émotions induites par la défiance du patient amènent le praticien à mettre en place différentes stratégies d'adaptation, influant sur son investissement dans la consultation, la relation médecin-patient, ainsi que son attitude thérapeutique.

Nous pouvons constater que les remplaçants adoptent une pratique réflexive vis-à-vis de leurs propres comportements, dans un objectif d'optimisation de leur pratique.

La représentation ci-dessous (*Figure 3*) résume de façon schématique le caractère contextuel et l'influence du ressenti du médecin remplaçant sur la consultation.

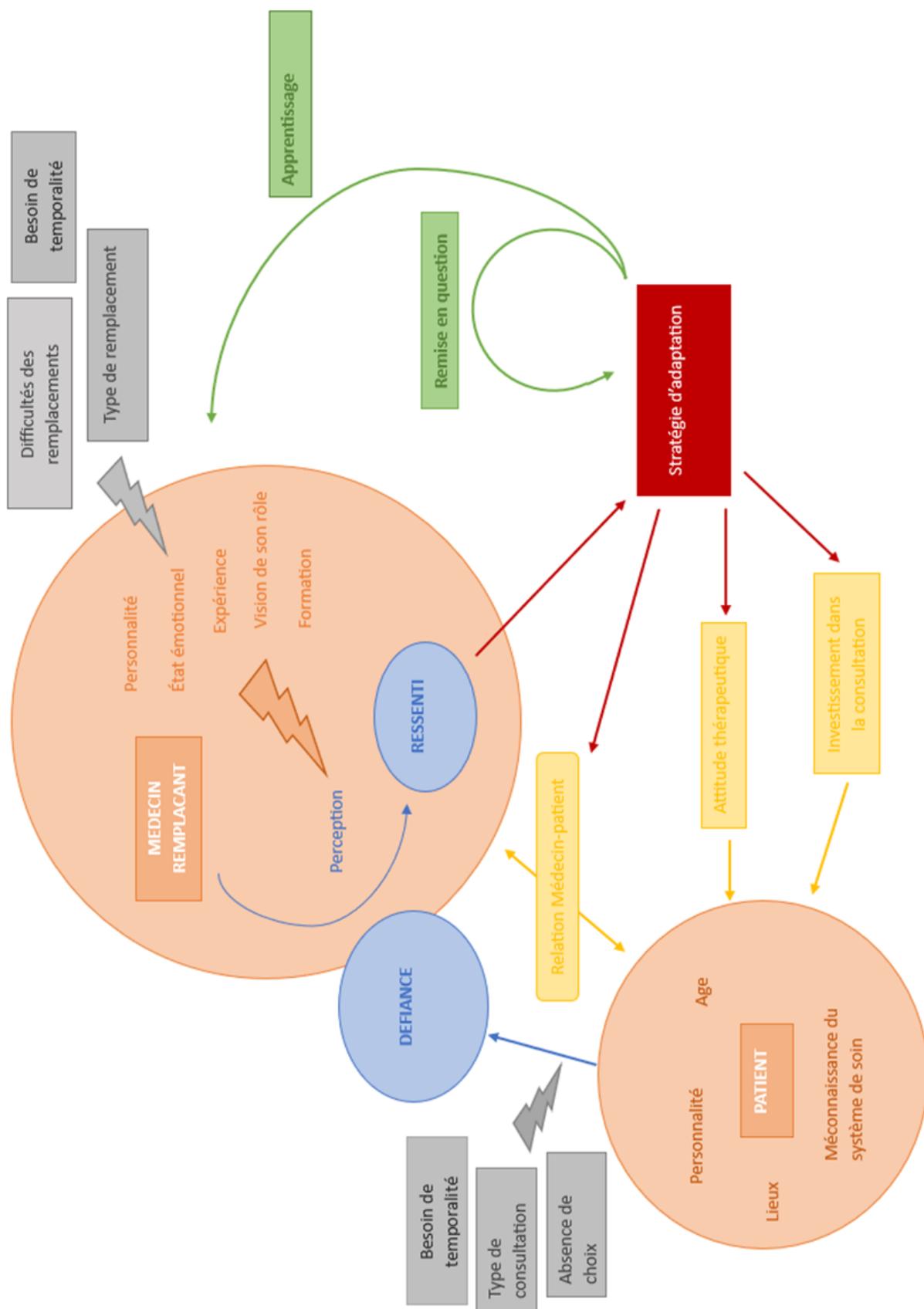


Figure 3: Représentation des processus adaptatifs engendrés par la perception de la défiance chez le médecin généraliste remplaçant

## **b. Contextualité**

La relation entre médecin et patient peut être décrite comme une rencontre entre deux êtres singuliers, chacun apportant son vécu, sa personnalité et ses émotions... Cette perspective met en avant l'aspect humain et émotionnel de la relation médecin-patient, au-delà de la simple expertise médicale. Même si la relation entre médecin remplaçant et patient est différente de par sa nouveauté et son caractère souvent isolé, elle ne déroge pas à cette règle.

Notre étude suggère ainsi que la perception de la défiance du patient par le médecin généraliste remplaçant est fortement influencée par le contexte entourant la consultation et ses protagonistes.

Dans la littérature, le caractère contextuel de la relation qui se crée entre médecin et patient a déjà été mis en évidence. Il s'agit de l'un des déterminants de la confiance donnée par le patient au médecin remplaçant.

### **i. Le contexte entourant le médecin remplaçant**

Dans notre étude, les médecins remplaçants interrogés reconnaissent l'influence de plusieurs facteurs : leur personnalité, leurs états émotionnels, leurs expériences, la vision qu'ils ont de leur rôle de remplaçant. Tous ces facteurs influencent la façon dont ils perçoivent et reçoivent la défiance, lorsqu'elle est exprimée par le patient. Ils vont donc mettre en place différentes stratégies afin d'y répondre.

Dans leurs travaux sur les *Affects des médecins généralistes : approches et solutions pour une juste distance relationnelle*, les auteurs mettent déjà en évidence le déterminisme de la personnalité du médecin sur sa pratique et sa manière de gérer ses émotions. Son état de fatigue et de stress peut également altérer sa capacité de recul, quant à ses propres affects. (19)

### **ii. Le contexte entourant le patient**

Les praticiens interrogés sont également conscients de l'importance du contexte lié au patient.

Ils énumèrent différents facteurs, liés aux patients, qui influencent la décision des patients de leur accorder leur confiance. Il est intéressant de les mettre en parallèle avec des travaux de thèse sur le sujet du ressenti patient face au médecin généraliste remplaçant.

Certaines caractéristiques intrinsèques des patients sont mises en avant par les remplaçants : leur âge, leur origine, leurs expériences antérieures avec les remplaçants.

On retrouve cette notion dans l'étude du Dr Andrieux, sur le ressenti des patients face à un médecin généraliste remplaçant. Il met en évidence l'hétérogénéité des réponses des interrogés selon leur âge, leur sexe et leurs expériences antérieures avec les remplaçants. (9)

Les remplaçants ont conscience que leur mode d'exercice diffère de celui, plus classique, du médecin traitant et peut être source d'interrogations pour le patient. La méconnaissance de leur statut peut amener à une remise en cause de leurs compétences par le patient.

Dans leur étude « *Remplaçant ? c'est vous qui le dites, docteur !* », s'intéressant à la manière dont les patients envisagent le médecin remplaçant, les auteurs pointent également la méconnaissance du système de soin des patients. Ils conservent l'image d'un remplaçant jeune dont la fonction de remplacement est transitoire, une période de perfectionnement avant l'installation. (11)

Imposer au patient un professionnel inconnu peut engendrer une frustration et affecter négativement leur relation. L'absence de connexion personnelle augmente les sentiments d'insécurité et de méfiance. Le patient peut présenter des interrogations quant au niveau de soins délivrés par cet inconnu. Tout cela peut être majoré par la méconnaissance du dossier médical, notamment en cas d'antécédents médicaux complexes.

Le Dr Gallet pointe ces difficultés dans son *Analyse des facteurs influençant le travail du médecin généraliste remplaçant*. Elles semblent souvent le reflet d'un manque de confiance envers un médecin qu'ils ne connaissent pas et qu'on leur impose. Ici aussi le contexte (inconnu et absence de choix) semble défavorable à l'établissement de cette confiance. (13)

Les remplaçants interrogés dans notre étude reconnaissent également le rôle du motif de consultation, comme facteur influençant le choix du patient à consulter ou non un remplaçant. Le suivi de maladies chroniques représente un défi plus important. Lorsque la consultation implique une histoire médicale complexe, l'établissement de la confiance peut devenir plus ardu. En revanche, la gestion de problèmes aigus semble être une tâche plus aisée, que les patients délèguent plus facilement au remplaçant.

Ce ressenti semble en adéquation avec celui exprimé par les patients dans la littérature. Le motif de consultation est, dans de nombreuses études, désigné comme un facteur influençant la décision du patient de consulter ou non le médecin remplaçant. (9) (8) (10)

Ainsi dans son étude quantitative sur *Le ressenti des patients face au médecin généraliste remplaçant*, le Dr Vigier souligne que plus de 90% des patients interrogés sont prêts à consulter un remplaçant pour un motif urgent ou un enfant malade, contre 2/3 des patients pour un renouvellement ou le suivi d'une maladie chronique. (10)

Les causes attribuées à la défiance des patients envers les médecins remplaçants dans notre étude semblent correspondre à celles évoquées par les patients dans la littérature. Cela montre que les remplaçants sont conscients de la complexité de l'établissement d'une relation de confiance. Ils savent aussi que la défiance peut être le résultat de divers facteurs et ne reflète pas nécessairement

une évaluation personnelle de leurs compétences. Le fait de connaître l'origine de la défiance influence la manière dont le remplaçant la perçoit puis peut la relativiser.

### **iii. Confrontation entre deux visions**

Notre étude permet également de mettre en lumière la confrontation entre la vision du médecin généraliste remplaçant sur son rôle et les attentes du patient. Leur inadéquation peut être source de défiance, voire de conflit.

Plusieurs travaux ont étudié les attentes des patients vis-à-vis du remplaçant.

Dans sa thèse sur *les représentations du médecin généraliste remplaçant par les patients*, le Dr Faedo suggère que la représentation du remplaçant se fait en miroir de celle du titulaire. Le patient attend de sa part qu'il se substitue à son médecin traitant. (8)

Si cette image est partagée par certains remplaçants de notre étude, on retrouve cependant souvent une volonté de la part du remplaçant de s'émanciper et de se construire en tant que praticien à part entière.

D'autres travaux mettent, au contraire, en évidence que le patient a le plus souvent une vision fonctionnelle du rôle du médecin remplaçant. (10)

Dans notre étude les médecins remplaçants semblent avoir une vision plus complexe de leur rôle. Cette vision est dynamique. Le rôle que s'attribue le remplaçant est soumis à une évolution au gré des rencontres et de son expérience.

Cette dissonance entre les attentes du patient et la perception du médecin remplaçant de son rôle crée un contexte complexe qui peut avoir un impact significatif sur la manière dont la confiance se développe (ou ne se développe pas) lors de la consultation. Il est donc essentiel, pour les praticiens, de savoir reconnaître cette dissonance lorsqu'elle apparaît, afin qu'ils puissent s'adapter au mieux au patient, et poser les fondations d'une relation de confiance.

### **iv. Le facteur temps**

L'importance du temps, comme facteur essentiel à l'établissement d'une relation de confiance, est soulignée par l'ensemble des médecins remplaçants interrogés. Cette notion est appuyée par plusieurs travaux. (11) (13)

Dans *Continuity and Trust in Primary Care*, explorant la relation entre la continuité des soins et la confiance des patients dans les soins primaires, les investigateurs mettent en avant le besoin de cohérence des rencontres patient-remplaçant, nécessaire au développement de la confiance. (4)

Dans *Relational continuity and patient's perception of GP trust and respect*, Murphy et Salisbury étudient les attentes des patients vis-à-vis du modèle de continuité relationnelle. Pour des patients

présentant une maladie chronique, une relation de continuité est associée à une amélioration de la prise en charge, un sentiment de sécurité, de respect et de confiance. (5)

En analysant les motifs sous-tendant la différence de confiance entre le médecin traitant et le remplaçant, le Dr Fontaine pointe également le temps comme variable essentielle. Le médecin traitant, de part sa fonction mémorielle, son accès à l'intime et sa fonction familiale bénéficie d'un statut de référent, permettant au patient de s'investir dans la relation. (7)

Le remplacement fixe apparaît alors comme une solution pour pallier cette problématique. Dans notre étude, il est particulièrement plébiscité par les remplaçants. Il permet d'apporter cette notion de temporalité à la relation médecin remplaçant-patient par la multiplication des rencontres.

### **c. Conséquences sur la consultation**

#### **i. Ressenti et gestion des émotions**

L'impact de la défiance sur la consultation est variable, mais apparaît bien réel.

Si plusieurs médecins remplaçants rapportent relativiser l'impact de la défiance des patients, la plupart des interrogés expriment un large panel d'émotions, le plus souvent négatives : déstabilisation, malaise, agacement, vexation, frustration, lassitude, impact sur la confiance en soi (stress supplémentaire, peur de décevoir, légitimité du remplaçant...).

L'influence que peuvent avoir les émotions des médecins généralistes suscitées par les patients a déjà été pointé par les Dr Soulard et Stamer dans leur thèse : *Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne : quelles conséquences et quelle gestion ?* Certains praticiens interrogés reconnaissent le poids de celles-ci sur la relation médecin-patient et leur influence potentielle sur l'écoute, le comportement et même la prescription. Ils montrent l'impact de celles-ci sur les prises en charge des patients et même sur les consultations suivantes et la vie personnelle des médecins. (20)

Dans leur étude sur *les affects des médecins généralistes : approches et solutions pour une juste distance relationnelle*, les investigateurs mettent également en évidence l'impact négatif que peuvent avoir les affects contre-transférentiels du médecin lorsqu'ils ne sont pas canalisés. A l'inverse, une bonne gestion de ces affects peut en faire des outils au service de la relation médecin-patient. Ici encore, les praticiens mettent en place différentes stratégies de gestion de leurs émotions (expression, refoulement, prise de recul pour ouvrir un espace de neutralité). Ils agissent souvent de manière instinctive et spontanée, ce savoir-faire s'acquérant au fil de l'expérience. (19)

Ces deux études mettent en avant l'importance d'un apprentissage du repérage des affects et de leurs gestions, afin d'en limiter l'impact négatif. Cela peut-être parfois en lien avec un épuisement professionnel. (19) (20)

On constate dans notre étude que les remplaçants interrogés expriment préférentiellement des émotions négatives. Leur mauvaise gestion peut affecter le bien-être émotionnel du médecin, ce qui, comme nous l'avons vu précédemment, peut influencer sa perception de la défiance.

## ii. Stratégies d'adaptation

Face aux émotions induites par la perception de la défiance chez le patient, les médecins adoptent des comportements différents. Dans notre étude ces adaptations de postures concernent essentiellement l'investissement du praticien dans la consultation et son positionnement dans la relation médecin-patient.

Conscients de l'importance de la confiance, de nombreux médecins remplaçants rapportent un investissement accru lorsqu'ils sont confrontés à un patient méfiant. Cela leur demande un effort supplémentaire et souvent un allongement du temps de consultation.

A l'inverse, d'autres se désengagent de la consultation, adoptant une posture plus passive.

De ces différentes postures découlent différentes stratégies d'adaptation dans leur approche de la relation médecin-patient.

- **Une stratégie empathique** qui laisse une place centrale à la communication, la compréhension de l'origine de sa défiance, l'ouverture.
- **Une stratégie d'évitement** où le praticien se désengage de la relation, respectant la distance du patient et le renvoyant fréquemment vers médecin traitant.
- **Une stratégie de confrontation** où le remplaçant se montre moins conciliant, affirmant sa position sans s'investir dans la relation.

Plusieurs études explorant les émotions du médecin généraliste mettent déjà en évidence différentes stratégies d'adaptation mises en place par le praticien devant des situations émotionnellement complexes.

Les Dr Soulard et Stamer montrent que les émotions induites par le patient provoquent différentes réactions chez le médecin (mise à distance ou envahissement) ainsi que différentes méthodes de gestion (organisation, mise à distance, rigueur, communication et lutte contre l'isolement). (20)

En étudiant la gestion du sentiment d'échec dans la pratique des généralistes, le Dr Ferrez met également en évidence différents procédés d'évitement, d'offensive, de protection et de soutien mis en place par les praticiens en difficulté dans la relation avec le patient. Ces stratégies apparaissent

comme des réponses à ces réactions visant un mieux-être des médecins, puis une optimisation de leurs pratiques. Elles se font parfois au détriment de la relation. (21)

Cela rejoint en plusieurs points les stratégies utilisées par les remplaçants interrogés dans notre étude. On retrouve la dichotomie entre investissement et passivité, empathie et évitement de la relation.

### **iii. Adaptation de la prise en charge**

Nous pouvons constater l'impact de la défiance du patient sur la pratique du médecin remplaçant. Celle-ci peut l'amener à modifier son attitude thérapeutique.

Différentes postures sont mises en avant par les remplaçants interrogés dans notre étude : mimétisme, compromis ou indépendance.

Dans sa thèse *Analyse des facteurs influençant le travail du médecin généraliste remplaçant*, le Dr Gallet interroge la manière dont les médecins remplaçants se positionnent et adaptent leur pratique à celle du titulaire. On retrouve chez eux une volonté de mimétisme du médecin traitant. Il permet de faciliter la création d'un lien avec le patient en évitant de rompre ses habitudes. Il apparaît aussi parfois comme une solution de facilité pour les remplaçants pour qui il est plus simple de mouler leur pratique sur celle du médecin remplacé, plutôt que de négocier l'adhésion thérapeutique de patients réticents. (13)

Dans notre étude, se conformer aux méthodes et aux préférences du titulaire permet de faciliter la continuité des soins et de maintenir une cohérence dans le suivi médical des patients. Le mimétisme est également perçu comme un outil de réassurance du patient défiant. Il permet de créer un environnement de soins confortable et rassurant.

Cependant ce mimétisme possède des limites.

Le Dr Gallet souligne que même s'il essaye de s'adapter à la pratique du titulaire, le remplaçant se fixe tout de même des limites, en fonction de ce qu'il trouve tolérable par rapport à sa propre expérience clinique, sa compréhension de la situation et de la littérature médicale actuelle. (13)

Si certains font le choix de rester fidèles à leur pratique habituelle, indépendamment de celle du remplacé, on retrouve cette notion de compromis chez de nombreux remplaçants interrogés. Le professionnel de santé concède parfois des entorses à sa pratique habituelle pour se rapprocher de celle du titulaire, sans toutefois dévier de sa ligne directrice sur des sujets qu'il juge non négociables (antibiotiques, arrêts de travail...).

Trouver un équilibre entre la pratique médicale habituelle et les ajustements nécessaires pour instaurer la confiance du patient peut être vu comme un défi par les professionnels de santé.

#### **d. Réflexivité**

Dans notre étude les remplaçants interrogés insistent sur la remise en question de leurs comportements, comme moyen d'évolution vers une optimisation des consultations futures. Cette progression passe par une reconnaissance de ses propres schémas d'action, puis une réflexion sur la manière de les améliorer. Il s'agit d'une pratique réflexive.

La réflexivité, telle que décrite par Schön en 1983, est un élément central pour le développement de la pratique professionnelle, car elle permet d'intégrer la théorie et la pratique, de transformer les expériences en apprentissages et d'acquérir de nouvelles compétences. La pratique réflexive a une fonction de régulation de l'incertitude qui est importante chez les professions amenées à travailler avec l'humain et exposées au traitement de situations complexes et singulières. (22)

##### **i. Utiliser la réflexivité**

###### **- Interroger sa propre subjectivité**

Plusieurs remplaçants interrogés reconnaissent l'impact de leur propre subjectivité sur leur manière de percevoir la défiance des patients. Il s'agit d'une étape importante dans le développement personnel et professionnel.

Dans *L'empathie dans la relation médecin-patient*, le Dr Vannotti souligne qu'il revient au médecin de prendre en compte les représentations, le vécu et l'histoire du patient. Mais il est également utile qu'il interroge sa propre subjectivité, ancrée dans son histoire. Ce travail, mettant à jour une certaine vulnérabilité chez le praticien, n'est pas aisé. Il avance également que l'attitude du médecin et son interprétation des signes envoyés par le patient, s'appuient aussi sur les représentations qu'il a de son rôle et de sa fonction, dépassant la stricte objectivité médicale et pouvant altérer sa mission de soins. (23)

###### **- Reconnaissance et régulation émotionnelle**

La régulation émotionnelle, telle que conçue par Gross en 1983, est « le processus par lequel les individus influencent quelles émotions qu'ils ont, quand ils les ont, et comment ils ressentent et expriment ces émotions ». Elle s'exprime à travers différents processus, plus ou moins conscients, volontaires et contrôlés, consistant à moduler le type et l'intensité des émotions ressenties et exprimées par le sujet. (24)

Nous observons que la perception de la défiance du patient par le médecin remplaçant peut déclencher un vaste panel d'émotions, positives ou négatives. On connaît l'impact des émotions sur la consultation, il est donc essentiel d'apprendre à les reconnaître et à les réguler.

Pour développer cette compétence émotionnelle, le médecin doit d'abord prendre conscience de ses émotions, les identifier, les délimiter, puis essayer de les verbaliser. C'est seulement ensuite qu'il peut influencer dessus en fonction de leur apport positif ou négatif à la relation médecin-patient.

Dans l'ouvrage *la communication professionnelle en santé*, les auteurs proposent un schéma d'action. Il s'agit d'une prise de distance par rapport à la situation génératrice d'émotion, en dehors de la consultation. C'est une pratique réflexive durant laquelle le praticien prête une attention particulière à ses sensations (respiration,...), premières formes des émotions qu'il peut alors nommer. Cette prise de conscience lui permet d'agir en retour sur ses sensations, faisant ainsi naître un sentiment de maîtrise de soi et de la situation. (25)

La connaissance de soi procède ici d'une démarche réflexive individuelle qui peut s'appuyer sur des techniques comportementales basées sur l'autosuggestion, comme la relaxation, la sophrologie et un certain aménagement de l'environnement de travail. Il existe aussi des approches collectives entre pairs, comme les groupes Balint, au sein desquels des médecins partagent leurs questionnements sous l'angle subjectif. (26)

#### - **Impact sur la stratégie d'adaptation**

La réflexion sur sa propre subjectivité et la régulation émotionnelle permettent une meilleure compréhension de ses propres processus adaptatifs et un ajustement de ses comportements si nécessaire .

### **ii. Apprentissage**

#### ***1. Formation initiale***

Souvent dans la continuité de l'internat, le remplacement concerne en grande majorité des professionnels jeunes en début d'exercice.

Dans notre étude, certains médecins mettent en avant l'importance de la formation, notamment en communication, au cours de l'internat. L'apprentissage de la réflexivité en médecine commence dès les premières années de formation.

Plusieurs études se sont penchées sur l'apprentissage de la réflexivité, essentielle au bagage des jeunes professionnels. Cet apprentissage se développe le plus souvent au niveau facultaire à travers des séminaires de communication et la pratique des RSCA.

Dans leur travail : *Guider et évaluer la réflexivité des internes durant le DES de médecine générale*, les auteurs montrent l'importance de la pratique réflexive pour l'étudiant qui acquiert des compétences via son expérience. De même, la réflexivité formative permet aux professionnels de donner un sens aux situations vécues et de relever des apprentissages pertinents pour améliorer la pratique. (27)

Dans sa thèse sur le ressenti des internes face aux RSCA, le Dr Ete montre qu'au travers de récits de situations complexes et authentiques, les internes développent une capacité de réflexivité sur leur propre pratique. Ils se remettent en question et prennent conscience des situations vécues les mettant en difficulté, ainsi que des compétences et des ressources encore non acquises. (28)

## **2. Formation continue**

Parmi les remplaçants interrogés, beaucoup insistent sur la notion d'évolution avec l'expérience. En effet, à mesure que l'identité professionnelle se développe, le praticien acquiert une meilleure compréhension des facteurs subjectifs influençant son comportement. Sa capacité de réflexion s'étaye au fil de l'expérience ainsi qu'au sein d'un contexte favorisant (par exemple en petits groupes). (29)

Dans notre étude, si plusieurs praticiens évoquent l'impact de la formation lors de l'internat, ils n'abordent pas la poursuite de celle-ci une fois leur activité libérale débutée. Les groupes de pairs ainsi que les groupes Balint peuvent être des espaces d'échanges entre professionnels, permettant de questionner la relation soignant-soigné.

Plusieurs études analysant la participation des médecins remplaçants à la formation médicale continue mettent également en évidence la faible adhésion de ceux-ci à de tels dispositifs. (30) (31)

### **e. Perspectives**

Le besoin de formation dans la gestion des émotions a déjà été mis en évidence dans de nombreuses études. Ce sujet est souvent abordé durant le DES de médecine générale, à travers des ateliers ou séminaires sur la communication proposés aux internes.

Cependant, ces formations n'abordent pas forcément les spécificités liées aux remplacements. S'il existe bien, durant l'internat, dans plusieurs facultés (Tours, Nantes, Grenoble ...), des séminaires sur l'entrée dans la vie professionnelle et le remplacement, ils semblent plutôt axés sur le versant matériel de l'exercice (comptabilité, démarches administratives...), sans focus sur l'aspect relationnel de la pratique.

Notre étude suggère que l'expérience joue un rôle important dans la facilité à gérer les émotions négatives. Il pourrait donc être intéressant d'associer deux générations de professionnels dans un processus réflexif. Cela pourrait passer par l'aménagement de groupes de pairs, dédiés aux jeunes professionnels en début d'exercice, avec le soutien de médecins plus expérimentés, afin d'aborder des problématiques plus axées sur les compétences interpersonnelles. D'autant plus qu'en début d'exercice, le jeune professionnel cherche souvent à se rassurer quant à ses capacités techniques, délaissant parfois l'aspect relationnel du soin.

Cela pourrait être un axe à explorer lors de la 4<sup>ème</sup> année d'internat de médecine générale, entrée en vigueur récemment.

Il s'agira de deux stages d'un semestre en secteur ambulatoire, ayant pour objectif de mieux former les étudiants au suivi de patients chroniques, tout en les ancrant dans un territoire. Ces deux stages seront préférentiellement effectués au même endroit, sauf cas particuliers (projet professionnel particulier, mésentente professionnelle...). (32)

C'est une période permettant au docteur junior d'entrer dans la vie professionnelle, tout en assurant une continuité entre l'internat et l'exercice libéral. Un stage plus long lui permettra d'approcher la dimension chronique du soin, plus difficilement abordable lors d'un stage de 6 mois.

Cela pourrait également favoriser un sentiment de communauté, certains ressentis exprimés par les interrogés dans notre étude pouvant rendre compte de la difficulté du médecin remplaçant à trouver sa place dans le système de soin.

Pour cela il serait pertinent d'explorer plus spécifiquement les besoins des remplaçants en termes de formation continue, comprendre leurs préoccupations, leurs défis et leurs souhaits en matière de gestion des émotions et de relations professionnelles.

## CONCLUSION

Notre étude suggère que la défiance du patient envers le médecin remplaçant est un phénomène complexe : contextuel et dynamique.

La façon dont le médecin remplaçant perçoit cette défiance est influencée par différents facteurs, liés au praticien, au patient ou au contexte de la consultation. Il est crucial que le professionnel prenne conscience de ces facteurs et reconnaisse leurs influences sur la consultation afin d'acquérir une meilleure maîtrise de ses émotions.

Il semble donc que la perception de la défiance du patient par le remplaçant ait un impact significatif sur la consultation. Les émotions suscitées l'amènent à mettre en place différentes stratégies d'adaptation, influençant son engagement dans la consultation (investissement supplémentaire ou non), la relation médecin patient (empathie, évitement, confrontation), ainsi que son attitude thérapeutique (positionnement par rapport à la pratique du titulaire : mimétisme, compromis, indépendance).

Afin d'améliorer leurs pratiques, les remplaçants adoptent une posture réflexive vis-à-vis de leurs propres comportements. Favoriser la reconnaissance et la régulation émotionnelle permet de mettre en place des stratégies efficaces pour instaurer la confiance dans la relation.

Cultiver cette réflexivité passe par un apprentissage, qui commence durant l'internat, et doit continuer à s'accroître après. L'instauration d'un stage d'un an lors de la 4<sup>e</sup> année d'internat et la favorisation de groupes de pairs peuvent être des pistes pour la développer.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2022 [Internet]. 2022 [cité 10 oct 2022]. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/11jksb5/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2022\\_tome\\_1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf)
- (2) CNOM. Médecins généralistes actifs réguliers et remplaçants au 1er janvier 2022.
- (3) République française. Article L4131-2 du code de la Santé Publique [Internet]. Legifrance du 27 juillet 2019 [cité 10 oct 2022]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886295](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886295)
- (4) Tarrant C, Dixon-Woods M, Colman A, Stokes T. Continuity and Trust in Primary Care : A qualitative study informed by Game Theory. *Ann Fam Med*. 2010 ; 8 :400-446. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939420>
- (5) Murphy M, Salisbury C. Relational continuity and patient's perception of GP trust and respect : a qualitative study. *Br J Gen Pract*. September 2020 ; DOI : <https://doi.org/10.3399/bjgp20X712349>
- (6) Hiot-Lévêque S. La confiance varie-t-elle entre le médecin traitant et le médecin remplaçant ? Etude quantitative. [Thèse d'exercice]. [Versailles, France] : Université de Versailles- Saint-Quentin-En-Yvelines. UFR de médecine ; 2017. 48p
- (7) Fontaine S. La construction différentielle de la confiance entre le médecin traitant et le médecin remplaçant. [Thèse d'exercice]. [Versailles, France] : Université de Versailles- Saint-Quentin-En-Yvelines. UFR de médecine ; 2018. 254p
- (8) Faedo C. Les représentations du médecin généraliste remplaçant par les patients, Analyse qualitative. [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France] : Université de Montpellier. UFR de médecine ; 2018. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02965759/document>
- (9) Andrieux G. Le ressenti des patients face à une médecin généraliste remplaçant. Partie 1 : étude qualitative. [Thèse d'exercice]. [Nice, France] : Université Côte d'Azur. UFR de médecine ; 2021. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03369869/document>
- (10) Vigier KY. Le ressenti des patients face à une médecin généraliste remplaçant. Partie 2 : étude quantitative. [Thèse d'exercice]. [Nice, France] : Université Côte d'Azur. UFR de médecine ; 2021. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03369811/document>

- (11) Gilles de la Londe J, Konzelmann C, Cadwallader JS. « Remplaçant ? C'est vous qui le dites, docteur ! » Comment les patients envisagent le médecin remplaçant : une étude qualitative. *Exercer*. Décembre 2019 ; 158 :443-8
- (12) Bonnard A. Je suis médecin généraliste remplaçant et je le reste ! Pourquoi ? [Thèse d'exercice]. [Amiens, France] : Université Picardie Jules Vernes. UFR de médecine ; 2019. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02376274/document>
- (13) Gallet N. Analyse des facteurs influençant le travail du médecin généraliste remplaçant. [Thèse d'exercice]. [Lyon, France] : Université Claude Bernard Lyon1. UFR de médecine ; 2015. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur : [http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/a204d05c-3fe4-4e29-b9ba-c2c501a01490/blobholder:0/THm\\_2015\\_GALLET\\_Nadege.pdf](http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/a204d05c-3fe4-4e29-b9ba-c2c501a01490/blobholder:0/THm_2015_GALLET_Nadege.pdf)
- (14) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142–5.
- (15) Lebeau JP, et al. Initiation à La Recherche Qualitative En Santé: Le Guide Pour Réussir Sa Thèse Ou Son Mémoire. Global media santé, 2021.
- (16) Little P, White P, Kelly J, et al. Verbal and non verbal behaviour and patient perception of communication in primary care : an observational study. *Br J Gen Pract* 2015 ; 65: e357-65
- (17) Baty V, Baty A. Communication non verbale, enseignement et éducation à la santé. *Ethique et santé* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.etiqe.2016.09.002>
- (18) Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. *Ethique et santé* (2008), doi:10.1016/j.etiqe.2008.04.001
- (19) Vodounnou MS, Pétrègne F, Sangaré H, Afonso M, Ducos G. Affects des médecins généralistes : approches et solutions pour une juste distance relationnelle. *Exercer*. 2018 Sep 01;(145)
- (20) Soulard C, Stamer M. Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne : quelles conséquences et quelle gestion ? [Thèse d'exercice]. [Marseille, France] : Université Grenoble Alpes. UFR de médecine ; 2017. 155p
- (21) Ferrez V. Gestion du sentiment d'échec dans la pratique des médecins généralistes des Hautes-Alpes : étude qualitative. [Thèse d'exercice]. [Marseille, France] : Université d'Aix-Marseille. UFR de médecine ; 2018. 57p
- (22) SCHÖN, D.A. (1983). *The Reflective practitioner. How professionals think in action*. New York : Basic Books.
- (23) Vannotti, Marco. « L'empathie dans la relation médecin – patient », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. no 29, no. 2, 2002, pp. 213-237.

- (24) Korb S. « Chapitre 8. La régulation des émotions », David Sander éd., Traité de psychologie des émotions. Dunod, 2014, pp. 270-299.
- (25) Richard C, Lussier MT, Firket P. la gestion par le médecin, des émotions du patient et de ses propres émotions. In : la communication professionnelle en santé. 2e ed. Montréal : Pearson 2016
- (26) Société Médicale Balint [En ligne]. Fonctionnement des groupes - Société Médicale Balint ; [cité le 14 sep 2023]. Disponible : <https://www.balint-smb-france.org/fonctionnement-des-groupes/>
- (27) Cabannes A, Ghasarossian C, Schwartz J. Guider et évaluer la réflexivité des internes durant le DES de médecine générale. Exercer 2019;154:281-4.
- (28) Ete C. Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA) : ressenti des internes inscrits en Diplôme d'Études Spécialisées de médecine générale à la faculté de Tours au cours de l'année universitaire 2014-2015. [Thèse d'exercice]. [Tours, France] : Université François-Rabelais. UFR de médecine ; 2016. 60p
- (29) Mann K, Gordon J, MacLeod A. (2009). Reflection and Reflective Practice in Health Professions Education: A Systematic Review. Advances in Health Sciences Education, 14, 595-621.
- (30) Attye A. Évaluation de la formation médicale continue des médecins remplaçants et de leur développement personnel continu à 24 mois du post internat. [Thèse d'exercice]. [Amiens, France] : Université de Picardie Jules Verne. UFR des sciences médicales ; 2014. 39p
- (31) Martinelli T. Analyse de la participation au Développement Professionnel Continu des médecins remplaçants aquitains. [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France] : Université de Bordeaux. UFR des sciences médicales ; 2017. 77p
- (32) République française. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecin générale [Internet]. Legifrance du 9 août 2023 [cité 17 octobre 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047949048>

## ANNEXES

### Annexe 1 : Guide d'entretien (version finale)

#### Présentation orale:

Tout d'abord merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Mon projet de thèse porte sur les difficultés auxquelles peuvent être confrontés les médecins généralistes remplaçant dans leur exercice.

Je vais donc vous poser quelques questions. Vous êtes libre d'exprimer ce que vous souhaitez, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il n'y aura bien évidemment aucun jugement. Vous êtes aussi libre de ne pas répondre. L'entretien est enregistré afin de pouvoir ensuite retranscrire les informations de façon fidèle et anonyme. Si vous le souhaitez, je peux vous transmettre la retranscription de vos propos pour correction. Vous êtes bien entendu libre de vous retirer à tout moment de l'étude. Je pourrais vous transmettre les résultats de l'étude à votre demande.

Recueil du consentement oral pour participation et enregistrement

Recueil des données socio-démographiques : sexe, âge, durée d'exercice, terrain et type d'exercice

- **Question 1 (brise-glace)** : Racontez-moi votre parcours en tant que remplaçant
- **Question 2** : Racontez-moi votre premier jour de remplacement dans un nouveau lieu.

*Relance : quelles difficultés pouvez vous rencontrer avec les patients ?*

- **Question 3** : Qu'est-ce qui peut vous amener à penser qu'un patient ne vous fait pas confiance en tant que médecin remplaçant ?

*Relance : Quels signes relevez-vous chez le patient, au niveau de la gestuelle, des expressions du visage ? Quelles réflexions vous font penser qu'un patient ne vous fait pas confiance ?*

- **Question 4** : Que ressentez vous face à un patient qui exprime de la défiance envers vous ?

*Relance : Comment ce ressenti a-t-il évolué avec l'expérience ?*

- **Question 5** : Comment ce ressenti modifie-t-il votre posture par rapport au patient ?

*Relance : Changez-vous de comportement ? Quels peuvent être les conséquences sur la manière dont vous approchez le patient ?*

- **Question 6** : Comment pensez-vous que cela peut influencer la prise en charge ?

*Relance : Adaptez vous votre pratique médicale ? Comment cela peut il modifier vos prescriptions ?*

- **Question 7** : Souhaitez-vous ajouter quelque chose ? Avez-vous une remarque ?

## Annexe 2 : Grille COREQ

<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
<b><i>Caractéristiques personnelles</i></b>		
1	Enquêteur/animateur	DUBOIS Astrid
2	Titres académiques	Interne de DES en médecine générale
3	Activité	Médecin généraliste remplaçant
4	Genre	Femme
5	Expérience et formation	Première expérience de recherche
<b><i>Relations avec les participants</i></b>		
6	Relation antérieure	Non (en dehors des entretiens tests)
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Connaissance du statut de remplaçant en médecine générale
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Remplaçante en médecine générale en thèse d'exercice
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
<b><i>Cadre théorique</i></b>		
9	Orientation méthodologique et théorie	Théorisation ancrée
<b><i>Sélection des participants</i></b>		
10	Échantillonnage	Annonce sur réseau social (groupe de remplaçants)
11	Prise de contact	Via messagerie de réseau social
12	Taille de l'échantillon	12
13	Non-participation	0
<b><i>Contexte</i></b>		
14	Cadre de la collecte de données	Domicile ou par visio
15	Présence de non-participants	Non
16	Description de l'échantillon	Précisées dans le tableau 1
<b><i>Recueil des données</i></b>		
17	Guide d'entretien	En Annexe, testé au préalable lors de 2 entretiens tests
18	Entretiens répétés	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Oui, double enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Oui
21	Durée	13 mois
22	Seuil de saturation	Saturation théorique des données au 10 <sup>e</sup> entretien, confirmée par deux entretiens supplémentaires
23	Retour des retranscriptions	Proposition faite aux participants, non exprimé
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
<b><i>Analyse des données</i></b>		
24	Nombre de personnes codant les données	1
25	Description de l'arbre de codage	Non intégré à la thèse
26	Détermination des thèmes	Thèmes déterminés à partir des données recueillies
27	Logiciel	NVivo 1.7.1
28	Vérification des participants	Non
<b><i>Rédaction</i></b>		
29	Citations présentées	Identification de chaque citation par un numéro
30	Cohérence données et résultats	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Oui

## SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

**NOM : Dubois      PRENOM : Astrid**

## **Titre de Thèse : Ressenti du médecin généraliste remplaçant face à la défiance des patients et conséquences sur la consultation**

---

### **RESUME**

**INTRODUCTION :** Si l'évolution actuelle de la démographie médicale se fait au détriment du nombre de généralistes installés, on constate une augmentation du nombre de remplaçants. La relation entre patient et remplaçant est différente de celle le liant à son médecin traitant. Son caractère ponctuel semble défavorable au développement de la confiance. Plusieurs études ont déjà exploré le point de vue du patient : le transfert de confiance ne semble pas automatique. Les réticences exprimées par le patient pourraient influencer le travail du remplaçant. L'objectif de notre étude est d'explorer le ressenti du médecin généraliste remplaçant face à la défiance des patients et les conséquences que cela peut avoir sur la consultation.

**MATÉRIEL ET MÉTHODE :** Etude qualitative, par entretiens semi-dirigés, inspirée par la théorisation ancrée. Les participants étaient des médecins généralistes remplaçants, thésés ou non, exerçant en cabinet libéral dans la région Pays de la Loire. Nous avons réalisé 12 entretiens entre juin 2022 et juillet 2023. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits et anonymisés. Il s'agissait d'un échantillonnage théorique à variation maximale.

**RÉSULTATS :** Les médecins remplaçants sont conscients des enjeux de la confiance dans la relation médecin-patient. Les caractéristiques du patient et le contexte de la consultation peuvent, selon eux, expliquer leur défiance. Celle-ci s'exprime de différentes manières (verbale ou non verbale). Plusieurs facteurs propres au praticien, influencent sa perception de cette défiance (sa personnalité, son état émotionnel, son expérience, sa vision de son rôle, le type de remplacement). Le ressenti face à la défiance du patient est variable, mais les remplaçants expriment surtout des émotions négatives. Elles peuvent impacter leur investissement dans la consultation, ainsi que la relation avec le patient. Les remplaçants mettent alors en place différentes stratégies d'adaptation (empathie, évitement, confrontation). On constate également un impact sur leur pratique médicale (mimétisme du médecin traitant, compromis, indépendance). Les remplaçants sont conscients de leurs propres comportements et les remettent en question, dans une logique d'apprentissage.

**CONCLUSION :** La défiance du patient envers le médecin remplaçant est un phénomène contextuel et dynamique. Différents facteurs influencent la manière dont le médecin remplaçant perçoit la défiance. Notre étude suggère que la perception de la défiance a un impact significatif sur la consultation. Les médecins remplaçants adoptent une posture réflexive sur leurs comportements afin d'optimiser leur pratique. Il pourrait être bénéfique de cultiver cette réflexivité à travers la 4<sup>ème</sup> année d'internat de médecine générale, ou de groupes de pairs dédiés aux jeunes professionnels.

---

### **MOTS-CLES**

Médecin généraliste remplaçant – Défiance des patients – Confiance – Relation médecin-patient –  
Gestion des émotions – Stratégie d'adaptation – Réflexivité – Médecine Générale