



HAL
open science

Analyse du concept de Médecine Défensive: perception et conséquences sur la pratique médicale. Une étude qualitative auprès des internes en SASPAS du DMG de Besançon

Clément Charyk

► To cite this version:

Clément Charyk. Analyse du concept de Médecine Défensive: perception et conséquences sur la pratique médicale. Une étude qualitative auprès des internes en SASPAS du DMG de Besançon. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04782124

HAL Id: dumas-04782124

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04782124v1>

Submitted on 14 Nov 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.



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

ANNÉE 2024 – N° 24-149

Analyse du concept de Médecine Défensive.

Perception et conséquences sur la pratique médicale.

Une étude qualitative auprès des internes en SASPAS du DMG de Besançon.

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 17 Octobre 2024 à 09h00

pour l'obtention du Diplôme d'État de

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Clément - CHARYK

Né le 18 septembre 1991 à Montbéliard (25)

La composition du jury est la suivante

Président du jury :	Pr. Thierry MOULIN	Professeur des Universités
Président par délégation	Pr. Jean-Michel PERROT	Professeur Associé
Directeur de la thèse :	Dr. Thomas RODRIGUEZ	Maitre de Conférence Associé
Juges	Pr. Thierry LEPETZ	Professeur Associé
	Dr. Lise BOBILLIER-MONNOT	Praticien Hospitalier

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE
BESANÇON

DIRECTEUR	PROFESSEUR THIERRY MOULIN	
DIRECTEUR ADJOINT	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	MME CAROLE COINTEAU	
DEPARTEMENT MEDECINE		
	DOCTEUR MALIKA BOUHADDI (MCU-PH)	DIRECTRICE DES ÉTUDES
	PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
	PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEUR 2EME CYCLE
	PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEUR 3EME CYCLE
	PROFESSEUR BENOIT DE BILLY	COORDINATEUR CHIRURGIE
	PROFESSEUR BENOIT DINET	COORDINATEUR MEDECINE GENERALE
DEPARTEMENT PHARMACIE		
	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR LHASANE ISMAILI	DIRECTEUR DES ETUDES
	PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3E CYCLE
	PROFESSEUR VIRGINIE NERICH	
DEPARTEMENT MAÏEUTIQUE		
	MARILIA GIRAULT (SAGE-FEMME)	COORDINATRICE PEDAGOGIQUE
DEPARTEMENT ODONTOLOGIE		
	PROFESSEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
	DR SOPHIE PECHOUX (MAST)	
	DR JEAN-PIERRE SALOMON (MCU-PH) (Université. LORRAINE)	
DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE		
	PROFESSEUR ELOI MAGNIN	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE		
	ALEXANDRE KUBICKI (MONTBELIARD) (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
	YOSHIMASA SAGAWA (MCF)	
DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE		
	JULIE LAPREVOTTE (MAST)	COORDINATRICES PEDAGOGIQUES
	CLEMENCE VALLIER (MAST)	

DEPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
JEAN MAILLET-CONTOZ (MAST)	
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI)	
DR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE IPA

DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE

PROFESSEUR CLEMENT PRATI	RESPONSABLE
PROFESSEUR SEBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET	
FRANK VERHOEVEN (MEDECINE)	
MARILIA GIRAULT (MAÏËUTIQUE)	
MARC PUDLO (PHARMACIE)	
YOSHIMATA SAGAWA (REEDUCATION)	
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)	

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESEUR RECHERCHE - PRESIDENTE
PROFESSEUR FREDERIC AUBER	VICE-PRESIDENT

CHARGES DE MISSIONS

<i>FORMATION CONTINUE</i>	MME SYLVIE DEVAUX (MCF)	COORDINATEURS
<i>HISTOIRE DE LA MEDECINE</i>		COORDINATEURS
	PROFESSEUR LAURENT TATU	
	DOCTEUR PHILIPPE MERCET	COORDINATEURS
<i>RELATIONS INTERNATIONALES</i>	DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)	
		COORDINATEUR
<i>ALUMNI-USB</i>	PROFESSEUR GILLES CAPELLIER (EMERITE)	
	PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE) PRESIDENT HONORAIRE	

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

- PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Me	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Me	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Me	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
Me	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M.	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Me	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M.	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLoux	NÉPHROLOGIE
M.	Jean- Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M.	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Me	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Me	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Quentin	LEPILLER	VIROLOGIE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Me	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
Me	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

M.	Nicolas	MOTTET	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
Me	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M.	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MEDECINE INTENSIVE REANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M.	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
Me	Lucie	SALOMON DU MONT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Me	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M.	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Me	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE
Me	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTEROLOGIE
Me	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Régis	AUBRY	ÉPISTEMOLOGIE-SOINS PALLIATIFS
M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Gilles	CAPELLIER	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MEDECINE LEGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Me	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Me	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE

**MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS
- PRATICIENS HOSPITALIERS**

Me	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
Me	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	BEREAU	THERAPEUTIQUE
Me	Oxana	BLAGOSKLONOV	BIOLOGIE ET MÉDECINE DÉVELOPPEMENT ET DE REPRODUCTION
Me	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Me	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOUILLER	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Paul	CALAME	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Me	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	DESMARETS	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Me	Julie	GIUSTINANNI	PSYCHIATRIE ADULTE-ADDICTOLOGIE
M.	François	LOISEL	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Me	Tania	MARX	MÉDECINE D'URGENCE
Me	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M.	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Me	Charlée	NARDIN	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Me	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTIVE, ESTHETIQUE
Me	Anais	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Zoher	SELMANI	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Me	Delphine	WEIL-VERHOEVEN	HEPATOLOGIE
M.	Hadrien	WINISZEWSKI	MÉDECINE INTENSIVE-RÉANIMATION

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Rémi	BARDET	MÉDECINE GÉNÉRALE (PROFESSEUR)
M.	Francis	BERTHIER	ANESTHESIE-REANIMATION (PROFESSEUR)
Me	Anne-Lise	BOLOT	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF)
M.	Benoit	DINET	MÉDECINE GÉNÉRALE (PROFESSEUR)
Me	Catherine	GAY	GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE (PROFESSEUR)
M	Abdo	KHOURY	MÉDECINE D'URGENCE (PROFESSEUR)
Me	Aurore	LEBEAU-JEUNET	MEDECINE GENERALE (MCF)
M.	Thierry	LEPETZ	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF)
M.	José-Philippe	MORENO	MÉDECINE GÉNÉRALE (PROFESSEUR)
M.	Jean-Michel	PERROT	MÉDECINE GÉNÉRALE (PROFESSEUR)
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF)
Me	Esther	SZWARC	SANTE AU TRAVAIL (MCF)
Me	Anne-Lise	TREMEAU	MÉDECINE GÉNÉRALE (MCF)

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Me	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Me	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Me	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
Me	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALENIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Me	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Me	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
----	----------	--------------	---------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES

Me	Aurélie	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Me	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
Me	Anne-Laure	CLAIRET	SCIENCES DU MEDICAMENT
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Me	Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Me	Jeanne	GALAINE	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Me	Marie	KROEMER	SCIENCES DU MEDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTE
Me	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Me	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Brice	MOULARI	PHARMACIE GALENIQUE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	RENOSI	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
M.	Gwenaél	ROLIN	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES (ODONTOLOGIE)
Me	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
M.	François	SENEJOUX	PHARMACOGNOSIE
Me	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Lionel	PAZART	SANTÉ PUBLIQUE (PROFESSEUR)
----	--------	---------------	-----------------------------

ODONTOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	Gwenaël	ROLIN	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES (ODONTOLOGIE)
M.	Jean-Pierre	SALOMON	DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHÈSES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX (DÉLÉGATION DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE)

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

Me	Hélène	BIGEARD	ODONTOLOGIE (MCF)
M.	Edouard	EUVRARD	CHIRURGIE ORALE – ODONTOLOGIE (PROFESSEUR)
Me	Sophie	PECHOUX	ODONTOLOGIE (MCF)
Me	Sylvie	ROMAGNA	ODONTOLOGIE (PROFESSEUR)

PROFESSIONS DE SANTE

Me	Aline	CHASSAGNE	SCIENCES INFIRMIERES (MCF)
M.	Jean	MAILLET-CONTOZ	SCIENCES INFIRMIERES (MAST)
M.	Alain	DEVEVEY	SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE (MCF)
M.	Alexandre	KUBICKI	SCIENCES REEDUCATION - KINESITHERAPIE (MCF)
M.	Yoshimasa	SAGAWA JUNIOR	SCIENCES REEDUCATION - KINESITHERAPIE (MCF)
Me	Emilie	CERUTTI	KINESITHERAPIE (MAST)
M.	Charles-Henry	MAXENCE	KINESITHERAPIE (MAST)
Me	Marine	BRIKA	KINESITHERAPIE
M.	Clément	GRIESSINGER	KINESITHERAPIE
Me	Mélanie	MICHELIN-VAUTIER	KINESITHERAPIE
Me	Marie-Carole	PLAY	KINESITHERAPIE
M.	Jérôme	PLONGERON	KINESITHERAPIE
M.	Maxime	WERNER	KINESITHERAPIE
Me	Anne-Sophie	RIOU	ORTHOPHONIE (MAST)
Me	Carine	PETIT	ORTHOPHONIE (MAST)
Me	Laurence	DEFORET	ORTHOPHONIE (MAST)
Me	Julie	LAPREVOTTE	ERGOTHERAPIE (MAST)
Me	Margaux	GUIMARD	ERGOTHERAPIE
Me	Clemence	VALLIER	PSYCHOMOTRICITE (MAST)
Me	Mélanie	DIEMER	PSYCHOMOTRICITE
Me	Lola	VUILLAUME	PSYCHOMOTRICITE
M.	Pierrick	BOYER	PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

Me	Vanessa	MARTIN	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
Me	Anna	MKRTCHIAN	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
M.	Charles Dale	SANTANA	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
M.			PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS

Mise à jour 02/10/2023

**À Monsieur le Professeur Thierry Moulin,
président du jury de cette thèse,**

Merci de présider le jury de cette thèse.

Veillez recevoir le témoignage de ma profonde gratitude.

**À Monsieur le Professeur Jean-Michel Perrot,
président par délégation du jury de cette thèse,**

Merci de présider le jury de cette thèse.

Veillez recevoir le témoignage de ma profonde gratitude.

**À Monsieur le Docteur Thomas RODRIGUEZ,
directeur et membre du jury de cette thèse,**

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, et de m'avoir soutenu dans sa rédaction.

Je tiens surtout à te remercier pour avoir forgé le médecin que je suis aujourd'hui.

**À Monsieur le Professeur Thierry LEPETZ,
membre du jury de cette thèse,**

Merci de l'honneur que tu me fais d'accepter de prendre part au jury de ma thèse.
Les trois années de tutorat passées à tes cotés ont été riches d'enseignements.

**À Madame le Docteur Lise BOBILLIER-MONNOT,
membre du jury de cette thèse,**

Merci de l'honneur que tu me fais d'accepter de prendre part au jury de ma thèse.
Je suis heureux d'évoluer à tes côtés, tu représentes une source d'inspiration.

REMERCIEMENTS

À celle qui partage ma vie, Lou, merci pour ton soutien. Tu es mon pilier, et tu m'aides tous les jours à devenir meilleur. Je souhaite te témoigner tout l'amour que je te porte. Plus qu'hier moins que demain.

À ma maman, Sylvie, il n'existe pas de mots assez forts pour décrire à quel point je te remercie pour tout ce que tu m'as apporté. Tu es la plus belle personne qui m'est été donné de connaître.

À mon papa, Dominique, tu es mon modèle et je suis ta copie conforme, pour le meilleur et pour le pire. Merci pour avoir fait l'homme que je suis aujourd'hui.

À mon frère, Benoit, ma personne préférée sur cette terre.

À mes grands-parents, Danielle et Émile, il ne se passe pas un seul jour sans que vous me manquiez profondément.

À ma marraine, Brigitte, et mon parrain, Daniel, merci d'avoir toujours été présent pour moi.

À la famille Carrier, Romain, Esther, Tom, Liam, Cousin Alain, Tata Momo, Tonton Claude. Merci pour toutes ces années, je suis fier de faire partie de votre famille. Romain, tu as toujours été un modèle, les épreuves nous ont rapproché, tu as tenu à me remercier en m'aidant pendant ce travail, je n'y serais pas arrivé sans toi. Merci.

À la famille Charyk, Vincent, Julien, Louise, Luce, Tata Evelyne, Tonton Éric, Raph, Roxanne, Nico, Liam. Merci pour toutes ces années, je suis fier de faire partie de votre famille.

À ma belle-sœur, Alice, merci d'aider mon frère à devenir la meilleure version de lui-même.

À la famille Soudani, Isabelle, Pascal, Quentin, Noa, merci de m'accueillir ainsi parmi vous.

À mes amis :

À Romain, mon ami de plus longue date, mon frère d'une autre mère.

À Martin, mon amour.

À Xavier, l'homme le plus drôle que je n'ai jamais rencontré. Merci d'être un grand frère pour moi.

À Julia, tu comptes énormément, merci pour tout ce que tu m'as apporté.

À Tony, en espérant continuer longtemps à lever nos doigts de métal ensemble.

À Aurélie, ma seconde mère, merci du fond du cœur pour ton soutien à travers les années.

À Sacha, le meilleur d'entre nous.

À Greg, qui ne pourra bientôt plus faire sa blague favorite quand je serai enfin docteur.

À Floriane, tu représentes une magnifique personne à mes yeux.

À Geoffrey, il me tarde qu'on ouvre notre pizzeria. À Marie, pour ta gentillesse, je vois qu'il est bien avec toi.

À Nicolas, merci pour toutes nos rigolades. À Clem, pour ton énergie permanente qui fait plaisir à voir.

À Maxime, ma race, il nous restera toujours le dernier concert de Stupeflip. À Alice, pour ta bienveillance.

À Pierre et Joséphine, pour votre gentillesse et votre générosité.

À Jérôme et Chloé, votre complicité est un exemple.

À Tonio, promis un jour on ira voir Rammstein ensemble.

À Gros Jules, pourvu que la vie continue de nous laisser faire autant la fête ensemble.

À Alex, merci pour ta fraternité.

À Maxence B-G, que je n'ai jamais vu avoir froid dans un stade de foot.

À Maxence P, Axel, Théo, et Jim, merci d'accompagner mon frère dans la vie, vous comptez beaucoup pour moi.

À Locat' et Camille, pour votre profonde bonté qui est un exemple.

À Merryl, je n'oublierai pas nos années sur les bancs de la fac et ton soutien dans les moments difficiles.

À Julien, la traversée de l'internat n'aurait pas été la même sans toi. À Clem merci pour ta sincérité et ta capacité d'écoute.

À Pamina et Amaury, votre attention à mon égard me touche profondément. Amaury saura bien assez faire une blague avec ce remerciement.

À Thibaut et Léa, pour la joie que vous pouvez apporter.

À Paul, ou plutôt Luc, merci pour cette amitié récente mais très forte. À Emma, merci pour ta bonne humeur permanente.

À Mathieu et Solène, pour la sincérité dans nos échanges.

Aux copains de la fac, Boris, Claire, Victor, Margot, Dédé, Mamisso, la fac n'aurait pas été pareil sans vous, à nos révisions dans la petite salle et à la Bouloie, à nos rébus et autres fous rires.

À tous les autres copains de la fac, merci.

Aux copains de Pontarlier, Vincent, Élixa, Rémi, Léa, Marie, Kévin, Anthony, Léna, merci pour notre amitié naissante mais qui est déjà très précieuse à mes yeux. Merci de m'avoir ainsi accueilli parmi vous.

Aux copains de la Wood, Vador, Justine, Jésus, Chat, Bertrand, Pinot, Loria, Orsat, Ryad, Ott, Badger, Val, Baudot, Pierre, Marin, Vivi, Mathieu et Marine. Vous êtes individuellement des personnes en or, collectivement vous avez accompli une merveille avec le Woodpark.

Aux Fries, Pascal, Valérie, Simon et Pierre, que je considère comme ma famille.

Aux Trojan, JJ, Cricri, Val et Hugo, vous êtes bons comme le pain, je suis heureux de vous avoir auprès de moi.

Aux Seigneur. Didier et Marie, merci pour toutes ces années. Marie, merci de prendre soin de ma maman.

À mes collègues du CHIHC de Pontarlier, merci pour toutes les années passées et les futures. Je suis heureux de pouvoir évoluer à vos côtés.

Aux internes qui ont participé à cette thèse, je vous remercie.

Aux copains de la bringue et du fumoir de l'Antonnoir.

À la faluche bisontine, pour cette expérience plus qu'incroyable.

Enfin, à tous ceux que j'ai oublié, ne m'en voulez pas, vous comptez quand même pour moi.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

INTRODUCTION.....	31
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	35
RÉSULTATS.....	38
DISCUSSIONS.....	220
CONCLUSION.....	230
ANNEXES.....	232
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	348

Introduction

I. De l'erreur médicale...

L'erreur médicale est un sujet encore tabou en 2024. Pourtant tout médecin sera un jour, au cours de ses études ou de sa carrière, confronté à une erreur. Cela en fait un sujet complexe et crucial dans le domaine de la santé.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et sa Classification Internationale pour la Sécurité des Patients (CISP), une erreur est définie comme l'exécution non conforme d'un acte prévu ou l'application d'un plan incorrect.

Le guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients explique qu'une erreur peut se produire lorsque, pendant la planification ou l'exécution d'une action, on fait quelque chose qu'il ne fallait pas faire (erreur par commission) ou lorsque l'on ne fait pas quelque chose alors qu'il fallait le faire (erreur par omission). Il y est également décrit que ce qui est spécifique dans le domaine de la santé : c'est l'existence d'une culture de l'infaillibilité niant la prévalence de l'erreur. Une autre spécificité des erreurs associées aux soins est en relation avec le fait que c'est le patient qui va en subir les conséquences (1).

Se pose alors deux problèmes : une culture négative de l'erreur et le préjudice à autrui.

L'erreur médicale peut concerner une erreur de diagnostic, de traitement, ou une complication d'un acte de soin.

Un rapport publié dans les années 2000 aux Etats-Unis a estimé à 98 000 le nombre de décès imputables à une erreur médicale (2).

Un rapport publié plus récemment en 2016 affirme que l'erreur médicale est la 3e cause de décès aux Etats-Unis après les accidents cardio-vasculaires et le cancer (3). Cela est cependant à mettre en perspective avec la récente épidémie de la Covid 19 qui a fait de nombreux morts dans ce pays. Cela en fait est une cause majeure de morbidité et de mortalité.

Il n'est donc pas étonnant que les conséquences de ces erreurs aient donné naissance à des poursuites judiciaires.

Depuis des années, les spécialités qui ont déclaré le plus grand nombre de sinistres, et qui sont donc les plus touchées restent les mêmes, à savoir la médecine générale, la chirurgie, et l'anesthésie réanimation.

Selon le rapport de la MACSF de 2023, le taux de sinistralité, qui montre la fréquence du nombre de déclarations pour 100 sociétaires est globalement en diminution : 1,17% en 2022 versus 1,58% en 2018. Cependant En 2022, la part des décisions prononçant une condamnation d'au moins l'un des poursuivis est de 72%, en hausse de 5 points par rapport à 2021 (4).

Ces données attestent de toute évidence que l'erreur a un impact sur les patients et le système de soin. Cependant elle a également un impact sur les professionnels de santé.

II. ...à la médecine défensive.

En conséquence, les médecins ont progressivement modifié leurs pratiques pour donner naissance au concept de Médecine Défensive (MD) aux USA dans les années 1960. La première définition officielle a été donnée en 1994 par l'Office of Technology Assessment : « la MD survient quand le médecin demande des examens ou des avis, évite les patients ou opérations à haut risque principalement (mais pas seulement) pour diminuer le risque de faute professionnelle » (5).

Ensuite la définition a progressivement évolué pour correspondre à l'ensemble des « pratiques et des décisions médicales fondées sur un désir d'éviter des poursuites judiciaires plutôt que sur une considération de la balance bénéfico-risque » (6).

Il s'en dégage alors deux types de médecine défensive :

- Une médecine défensive positive : excès d'examens complémentaires, de traitements, d'avis spécialisés, d'hospitalisations.
- Une médecine défensive négative : comportement d'évitement de patients ou de situations à risques (dossiers médicaux ou pratique de certains actes médicaux complexes).

Comme abordé précédemment cela a pourtant un impact sur le patient (iatrogénie, surdiagnostic), sur le médecin (épuiement professionnel, poursuites judiciaires), et sur le système de soins (surcoûts). Elle amène également à une complexification de la relation médecin patient.

Au fur et à mesure des études portant sur ce sujet se sont dégagées deux définitions :

- La Médecine Défensive est la déviation de la pratique médicale standard en conséquence à diverses sources de pression (7).
- La « médecine défensive » (MD) se définit comme une attitude par laquelle le médecin adopte des comportements non justifiés par les recommandations médicales dans le seul but de se prémunir d'un risque de poursuite judiciaire (8).

III. La situation actuelle.

Depuis l'émergence de la médecine défensive, ce concept a été sujet à de nombreuses études.

Une étude a été menée aux Etats-Unis en 2003 chez des médecins appartenant aux spécialités les plus exposées au risque de poursuites, à savoir la médecine d'urgence, la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique, la neurochirurgie, la gynécologie-obstétrique et enfin la radiologie. Cette dernière met en lumière que la quasi-totalité des praticiens (93%) ont des comportements de médecine défensive. 42% ont estimé pratiquer des actes de radiologie non justifiés cliniquement, et 43% ont avoué avoir restreint leurs pratiques ou évité de prendre en charge des patients complexes afin de limiter le risque de poursuite (9).

Une étude réalisée en janvier 2024 en Allemagne retrouvait des chiffres similaires deux décennies plus tard. La moitié des participants a avoué prescrire un examen biologique non justifié minimum une fois par semaine, tandis que 40% demandaient un examen radiologique sans indication médicale au moins une fois par mois (10).

Il y a cependant peu d'études en France. Le terme de médecine défensive ne figure pas au dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, alors que cela semble pourtant être un sujet connu (11).

En effet une étude quantitative publiée en 2022 auprès de 185 médecins généralistes tirés au sort sur la liste des médecins installés dans le département de la Gironde retrouvait que presque tous les participants (98,5 %) déclaraient modifier au moins un aspect de leur pratique lorsqu'ils étaient sous pression. Elle a montré que 80,3 % modifiaient leur prise de notes, 60,6 % prescrivaient plus d'exams d'imagerie, 57,8 % de biologie, 34,9 % changeaient leurs prescriptions médicamenteuses. Les principaux comportements d'évitement consistaient à adresser le patient plus facilement à un confrère spécialiste ou aux urgences (respectivement 73,5 et 27,3 % des répondants) et pour 54,4 % d'entre eux à renoncer à la pratique d'actes techniques jugés à risque (12).

Une thèse de médecine générale qualitative en Focus Group, soutenue en 2020, s'intéressait à la perception et au vécu par les médecins généralistes français par rapport à la médecine défensive. Elle a permis de montrer que les médecins concevaient la médecine défensive comme une modification des pratiques liées à différentes sources de pressions, non uniquement judiciaires. Cela entraînait des examens cliniques plus minutieux et des dossiers mieux tenus mais également une sur-prescription d'exams complémentaires ou encore la prescription d'antibiotiques pour des pathologies d'allure virale. Elle décrivait également une augmentation de l'anxiété ainsi qu'une souffrance dans l'exercice professionnel (13).

IV. Objectif de l'étude

La majorité des recherches et thèses réalisées sur le sujet en France sont des études quantitatives. Il n'existe pas à notre connaissance d'étude chez les futurs jeunes médecins à l'aube de leur carrière médicale.

Notre recherche s'est donc intéressée à l'analyse du concept de Médecine Défensive, de sa perception et des conséquences sur la pratique médicale auprès des internes du DMG de Besançon à l'issue de leur Saspas.

Matériel et méthodes

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, inspirée de la méthode dite de théorisation ancrée (14), adaptée à la description d'un modèle explicatif. Le recueil des données s'est effectué sous forme d'entretiens semi-dirigés.

II. Population étudiée

1. Critère d'inclusion

Les internes recrutés pour cette étude devaient être inscrits au DES de médecine générale de l'Université de Besançon. Ils devaient être actuellement en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée appelé Saspas, ou avoir effectué ce dernier moins de six mois auparavant.

2. Recrutement des internes

Le recrutement des internes s'était d'abord fait par notre cercle de connaissance. La diffusion d'un message sur les réseaux sociaux, qui n'était pas assez précis, n'avait pas permis de recenser des personnes entrant dans les critères d'inclusion. La suite du recrutement s'est effectué par « échantillonnage en boule de neige », les premiers internes nous ont indiqué d'autres internes qui seraient potentiellement intéressés pour répondre à cette étude. Ces derniers ont alors été contacté par messagerie personnelle.

III. Variables étudiées

1. Guide des entretiens

Les entretiens ont été réalisés de manière individuelle selon un mode semi directif. Chaque entretien commençait par une brève présentation de l'interne, à savoir son niveau d'étude, son lieu de stage actuel, le lieu de son Saspas, ainsi que sa possession ou non d'une licence de remplacement. Il était ensuite motivé par une écoute active articulée autour d'un guide d'entretien. (annexe I)

Ce dernier était composé d'une question brise-glace qui permettait d'introduire le sujet de l'erreur médicale. Après quelques questions ouvertes sur ce sujet le guide s'intéressait ensuite au réel sujet de la thèse à savoir la médecine défensive.

2. Évolution du guide des entretiens

Ce guide d'entretien a évolué constamment au fil des interrogatoires.

Les premiers entretiens rentraient au départ trop directement dans le sujet. La question brise-glace a donc été reconsidérée, pour amener une introduction plus progressive du sujet. Au fur et à mesure que de nouvelles données apparaissaient, le guide d'entretien se modifiait. Certains internes étaient interrogés sur une question soulevée par l'un des internes précédents.

IV. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés entre Janvier et Septembre 2024.

Ils ont été menés en face à face, au domicile de l'interne ou de l'investigateur.

Le choix de réaliser ces entretiens en présentiel était motivé par le fait d'instaurer un climat calme et dédié, propice à créer un climat de confiance.

Cela a permis de récolter des données fidèles au ressenti des internes ainsi qu'une analyse du langage non verbal.

Le matériel utilisé était un enregistreur vocal.

L'accord oral de l'interne a systématiquement été recueilli.

Les participants ont tous été assurés de l'anonymisation des entretiens.

La réalisation de dix entretiens a été nécessaire pour atteindre une saturation des données.

V. Analyse des données

1. Retranscription des entretiens

Dans un premier temps, les entretiens enregistrés sur dictaphone ont été analysés par le logiciel d'intelligence artificielle Adobe Premier Pro[®] permettant une retranscription première grossière sous forme de texte. Dans un second temps, ces retranscriptions ont été corrigées, et anonymisées, tout en respectant chacun des mots. Les silences et hésitations ont également été respectés. (annexe II)

Enfin, les fichiers audios ont tous été détruits lorsque l'ensemble des entretiens a pu être retranscrit.

2. Étiquetage, propriétés et émergence des catégories

Suite à la retranscription des entretiens, ces derniers ont été divisés en verbatims. Les verbatims ont ensuite été transformés en étiquettes. Un premier étiquetage « thématique » a permis de préciser le sujet principal du verbatim, puis un second étiquetage « expérientiel » a permis de préciser ce qu'il exprimait. Cette phase d'étiquetage a permis d'explicitier le sens du vécu des participants. Elle a été réalisée en simple codage.

Les étiquettes ont ensuite permis l'identification de propriétés. Elles permettent de retranscrire les données brutes recensées en produit analysable, et donc d'amorcer la conceptualisation.

L'organisation de ces propriétés entre elles ont permis la construction de catégories qui ont pu mettre en valeur le sens des données et donc permettre des découvertes.

Les catégories et les propriétés qui leurs sont rattachées ont été retranscrites sous forme de cartes heuristiques pour chaque entretien.

Enfin, une analyse globale de ces dernières a pu mener à la proposition d'un modèle explicatif qui sera présenté dans les résultats.

VI. Aspects éthiques et réglementaires

Le projet de thèse a été soumis au DMG de Besançon qui a donné son accord le 21 décembre 2023.

Au cours des entretiens les internes ont été assurés de l'anonymisation des données. Ils étaient prévenus lorsque le dictaphone était allumé et ensuite éteint.

Afin de ne pas pouvoir identifier les internes, les données telles que les lieux de stages, et les noms des différents maîtres de stages ont été remplacées par *...*.

Un questionnaire disponible sur le site internet de l'Unistra a permis de s'assurer que cette recherche n'était pas concernée par la loi Jardé.¹

Une déclaration de conformité au référentiel de méthodologie de référence a été réalisée auprès de la CNIL, et a été obtenue le 13 août 2024 (référence CNIL : 2235421 v 0). (annexe III)

¹Consulté le 3 décembre 2023 : <https://sondagesv3.unistra.fr/index.php/473879?lang=fr>

Résultats

I. Les entretiens

Les entretiens ont été menés sur une période de 7 mois, du 24 mars 2024 au 6 septembre 2024. Au total dix entretiens ont été analysés permettant d'atteindre la suffisance des données. Les entretiens ont tous été réalisés en présentiel, dans un climat propice à la discussion. La durée des entretiens a varié entre 16 et 35 minutes, pour une durée moyenne de 27 minutes.

II. Caractéristiques de la population interrogée

Pour respecter l'anonymat du fait de la faible taille de la population étudiée, il a été choisi de ne pas présenter ces données détaillées sous forme de tableau. Sur l'ensemble des internes interrogés nous avons six femmes pour quatre hommes, âgés de 26 à 30 ans, pour un âge moyen de 27 ans.

Sept d'entre eux avaient une licence de remplacement, mais seulement quatre en faisaient de manière régulière.

III. Détail des catégories et propriétés par entretien

L'analyse des entretiens a permis de dégager des catégories communes à chacun qui sont : « appréhensions », « sources de pression », « sentiments », « être défensif », « conséquences », « bénéfiques », « facteurs protecteurs », « ce que je fais », « ce qu'il faudrait faire », et « pour enfin ».

1. Résultats de l'entretien 1

a. Appréhensions

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 1. {Tableau 1}

Tableau 1 : Propriétés de la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 1

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Ne pas être formé / Se faire attaquer	Le Smuriste est pas là, t'as un arrêt. T'es pas formé et clairement t'en fais pas tous les jours. Euh oui, c'est ça je pourrais me dire « Est ce que j'ai envie de faire ça ? Parce que j'ai peur de mettre dans des situations où je ne suis pas forcément à l'aise et du coup, là, forcément, je pense à la fois au fait que je ne suis pas formée et au fait qu'il y a le caractère médico légal qui entre en jeu.
Ne pas être formé / Se faire attaquer	Ouais, on nous en parle au début. : Ouais parce qu'il y a des histoires de chasse. T'as des histoires de chefs. T'as des histoires qui font que tu te dis « merde, il faut pas que je passe à côté de ça, il faut que je le fasse. Je n'y crois pas, mais j'aurais peur à la fois de passer à côté de choses, puis d'une plainte.
Manquer de recul	J'ai pas encore suffisamment le recul, mais en tout cas oui, plus j'avance dans le Saspas, plus tu te rends compte qu'en libéral oui, ça a un rôle important. La continuité des soins va avoir un rôle sur ta pratique et ta façon de prescrire.
Ne pas être sur de soit	Je pourrais dire je temporise, <i>et caetera</i> mais... Et puis donc, encore une fois, t'as peur de mal faire. Et puis en même temps, le caractère médico légal si le gamin, il se dégrade.

b. Sources de pression

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 1. {Tableau 2}

Tableau 2 : Propriétés de la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 1

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Soigner des patients plus graves aux urgences	L'accessibilité des examens. Et puis ouais, potentiellement t'as le biais de te dire que les gens qui viennent aux urgences, bon il ne sont pas plus malade mais... du coup...
Etre en conflit avec le patient et sa famille	Mais c'est des trucs un peu dramatiques ou tu as aussi les histoires de familles. On pense au patient, puis après tu as aussi la famille après qui te tombe dessus.
Etre en conflit avec le patient et sa famille	Ben oui, il n'y a pas que le patient qui... il y a tout l'entourage. Et puis c'est des situations, je pense qui sont bien difficile à vivre en tout cas. On en a tous entendu parler de ça.
Avoir la responsabilité	J'en parlais pas du tout quand j'étais externe, parce que j'étais pas... enfin j'avais des stages dans les services, <i>et caetera</i> mais vraiment je trouve que c'est le stage aux urgences puis le fait d'avoir plus de responsabilités qui m'a amené à penser à ça.
Se faire transmettre la peur des seniors	Ouais, on nous en parle au début. : Ouais parce qu'il y a des histoires de chasse. T'as des histoires de chefs. T'as des histoires qui font que tu te dis « merde, il faut pas que je passe à côté de ça, il faut que je le fasse. Je n'y crois pas, mais j'aurais peur à la fois de passer à côté de choses, puis d'une plainte.

c. Sentiments

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sentiments » dans l'entretien 1. {Tableau 3}

Tableau 3 : Propriétés de la catégorie « sentiments » dans l'entretien 1

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Avoir peur	Est ce que c'est une source de stress... on a toujours peur de passer à côté de quelque chose.
Etre stressé	Donc je ne sais pas si c'est juste attendant à la médecine défensive, ou si c'est plus à notre profession qui est stressante plus, voilà. Oui, clairement il y a du stress dans notre profession, ça c'est sûr.
Ne pas se sentir en sécurité	Par exemple, on parlait des urgences de *ville* tout à l'heure, je me pose la question d'y travailler peut être potentiellement plus tard, parce que j'y ai passé un très bon stage et c'était contenant, <i>et caetera</i> . Mais le caractère médico légal qui aussi, du coup, presque parfois par manque de formation, fait que tu es pas forcément très très rassuré dans certaines situations.
Avoir peur / Remettre en cause ses compétences	Le Smuriste est pas là, t'as un arrêt. T'es pas formé et clairement t'en fais pas tous les jours. Euh oui, c'est ça je pourrais me dire « Est ce que j'ai envie de faire ça ? Parce que j'ai peur de mettre dans des situations où je ne suis pas forcément à l'aise et du coup, là, forcément, je pense à la fois au fait que je ne suis pas formée et au fait qu'il y a le caractère médico légal qui entre en jeu.
Avoir peur	Ouais, on nous en parle au début. Ouais parce qu'il y a des histoires de chasse. T'as des histoires de chefs. T'as des histoires qui font que tu te dis « merde, il faut pas que je passe à côté de ça, il faut que je le fasse. Je n'y crois pas, mais j'aurais peur à la fois de passer à côté de choses, puis d'une plainte.

d. Etre defensif

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « être défensif » dans l'entretien 1. {Tableau 4}

Tableau 4 : Propriétés de la catégorie « être défensif » dans l'entretien 1 Conséquences

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « conséquences » dans l'entretien 1. {Tableau 5}

Tableau 5 : Propriétés de la catégorie « conséquences » dans l'entretien 1

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Se fermer à certaines pratiques	Oui, du coup de te fermer une certaine patientèle, enfin du coup, là ce serait plutôt se fermer une certaine pratique, on parlait des urgences. Oui, et puis les certificats médicaux, <i>et caetera</i> J'ai pas trop trop... Pas eu trop trop le cas, mais...
Créer des conséquences en terme de santé publique	Et puis bah à l'inverse, je pense que oui, il y a des trucs qu'on fait peut-être à tort, après j'essaie de faire gaffe, par exemple, on n'en a pas parlé, mais tout ce qui est antibiotique. L'antibiorésistance, <i>et caetera</i> .

e. Bénéfices

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « bénéfiques » dans l'entretien 1. {Tableau 6}

Tableau 6 : Propriétés de la catégorie « bénéfiques » dans l'entretien 1

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Diagnostiquer de manière fortuite	Le caractère positif... Bah du coup j'aurais tendance à être un peu plus exhaustif je pense sur les examens, donc voilà, comme on dit parfois il y a plein de choses dans notre clinique on n'y croit pas et on tombe sur des trucs, puis ça remet en cause le paradigme, <i>et caetera</i> . Donc voilà.
Diagnostiquer de manière fortuite	Ouais le fait de pas passer à côté de certaines choses. Je ne sais pas les autres éléments qu'on pourrait ressortir.

f. Facteurs protecteurs

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 1. {Tableau 7}

Tableau 7 : Propriétés de la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 1

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre altruiste	Après, je me dis pas oui, j'ai peur du coup d'avoir des poursuites, <i>et caetera</i> . J'ai plus peur, tu vois, de passer à côté à côté de quelque chose que d'avoir plus peur d'avoir des poursuites pénales.
Débattre de sa pratique	Ouais, mais pas des discussions sérieuses comme on peut avoir là.
Etre conscient du risque	Et puis, puis voilà, j'accepte le risque parce qu'il existe.
Relativiser	Oui, je pense pas être psychorigide à dire si je fais quelque chose ou si je le fais pas et qu'il arrive un truc, je vais finir en taule, Non, ça va, ça m'empêche pas de dormir, mais j'y pense quand même. Je pense être à peu près mesuré.
Etre sensibilisé au concept de MD	Mais on nous en parle suffisamment. Et puis je crois que dès que tu arrives et que tu fais ton stage dès le début, au stage aux urgences. Cette notion là elle commence à être évoquée.

g. Ce que je fais

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 1. {Tableau 8}

Tableau 8 : Propriétés de la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 1

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Relativiser	Oui, je pense pas être psychorigide a dire si je fais quelque chose ou si je le fais pas et qu'il arrive un truc, je vais finir en taule, Non, ça va, ça m'empêche pas de dormir, mais j'y pense quand même. Je pense être à peu près mesuré.
Revoir le patient	Oui, je fais une pratique de médecine défensive en Saspas. Euh. Je trouve plus l'avantage de pouvoir revoir le patient, et je trouve même que j'étais peut être plus défensif en arrivant en commençant mon stage Saspas.

h. Ce qu'il faudrait faire

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce qu'il faut faire » dans l'entretien 1. {Tableau 9}

Tableau 9 : Propriétés de la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 1

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
S'adapter en médecine générale	En médecine générale, pas que par rapport a la médecine défensive mais par rapport au plateau technique, et ben tu l'aurais pas forcément fait.
Temporiser	Et peut être qu'il y a des trucs que je pourrais peut être plus temporiser maintenant si je devais retourner aux urgences.
Se former / Informer le patient des risques	Pffffff non je pense pas après. À partir du moment où t'es formé et que tu informes le patient. Non, là moi dans ma pratique, j'aimerais faire de la médecine du sport. Plus tard, il y aura des gestes d'infiltration, ça sera plus une question de formation.
Informé le patient des risques	Je le ferais et je sais que c'est un risque, j'informerai le patient.
Parler de la MD entre confrères	Oui, et on en parle du coup dans la sphère un peu privée du secteur médical, <i>et caetera</i> .Est ce que dans les informations <i>et caetera</i> en général on en parle, je trouve peut être un peu moins, mais oui, c'est quelque chose qui est fait.
Médiatiser la MD	Justement ce n'est pas très médiatisé, c'est ce que je veut dire. Je pense que ça pourrait être plus médiatisé parce que c'est un sujet qui est quand même important, n'est pas anodin, je trouve, de faire des examens dans lesquels tu crois pas forcément ou autre. Mais par contre oui, on en parle.

S'adapter en médecine générale	Oui aussi peut être parce que j'avais l'habitude d'avoir un plateau technique assez important et du coup, je voulais peut être directement faire comme ce que j'avais l'habitude de faire comme aux Urgences, alors que finalement...
Instruire le patient / Renforcer sa relation avec le patient	Eh bien oui, je pense. En renforçant le lien qu'il y a entre le patient et le médecin, je pense, ça. Et l'information, renseigner le patient sur des points sur lesquels il doit prêter attention. Et puis qui doit l'amener à consulter pour qu'il soit informé.
Assurer continuité des soins	Je trouve que l'accès est des fois un peu difficile. Tu vois un patient un jour, puis à 48h voilà, tu penses du coup à la suite de ce qui va se passer <i>et caetera</i> . Mais je pense qu'il faudrait que le patient puisse avoir une continuité un peu plus importante. Et puis du coup, que le patient puisse, pas forcément revoir le médecin mais s'il y a un problème, voilà, que tu puisse intervenir rapidement et peut être que ça freinerait ou limiterait un peu la prescription d'examens inadapté ou pas forcément...
Instruire le patient	Oui oui, c'est un peu l'information. Avoir une bonne relation patient médecin, qu'il comprenne bien les choses que tu lui expliques. Quitte du coup à même les noter. Moi c'est quelque chose que je fais aussi souvent sur les ordonnances, les bases et les éléments qui doivent amener à consulter.
Instruire le patient	Je leur explique quoi. Je sais pas, si persistance de la fièvre à 48h avec dégradation de l'état général il faut qu'il consulte. Donc je le fais minimum oralement et je l'écris d'autant plus quand j'ai des patients qui, comprennent pas forcément, ou alors qui n'a pas tout, tout intégré, je l'écris en plus.
Assurer la continuité des soins	Je pense que ça peut aussi surtout résider dans le fait comme je l'ai dit si le patient peut te recontacter. Non pas forcément toi directement, mais tu connais, à *nom de ville* il y a par exemple le système des post-it, <i>et caetera</i> .

Adapter sa prise en charge

Donc oui, c'est un peu dommage parce que en fin de journée, mine de rien, ça prend vite du temps, ça te prend 1 h, c'est pas forcément valorisé, mais des fois ça permet de faire le point sur une situation puis de dire « ça, ça va pas, ça il faut qu'on bouge ».

Pour l'antibiothérapie, on peut temporiser et du coup, limiter la prescription, et limiter la prescription d'examens complémentaires.

Temporiser

Je pourrais dire je temporise, *et caetera* mais... Et puis donc, encore une fois, t'as peur de mal faire. Et puis en même temps, le caractère médico légal si le gamin, il se dégrade.

Limiter ses prescriptions

Je trouve que l'accès est des fois un peu difficile.

Tu vois un patient un jour, puis à 48h voilà, tu penses du coup à la suite de ce qui va se passer *et caetera*. Mais je pense qu'il faudrait que le patient puisse avoir une continuité un peu plus importante. Et puis du coup, que le patient puisse, pas forcément revoir le médecin mais s'il y a un problème, voilà, que tu puisse intervenir rapidement et peut être que ça freinerait ou limiterait un peu la prescription d'examens inadapté ou pas forcément...

i. Pour enfin

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 1. {Tableau 10}

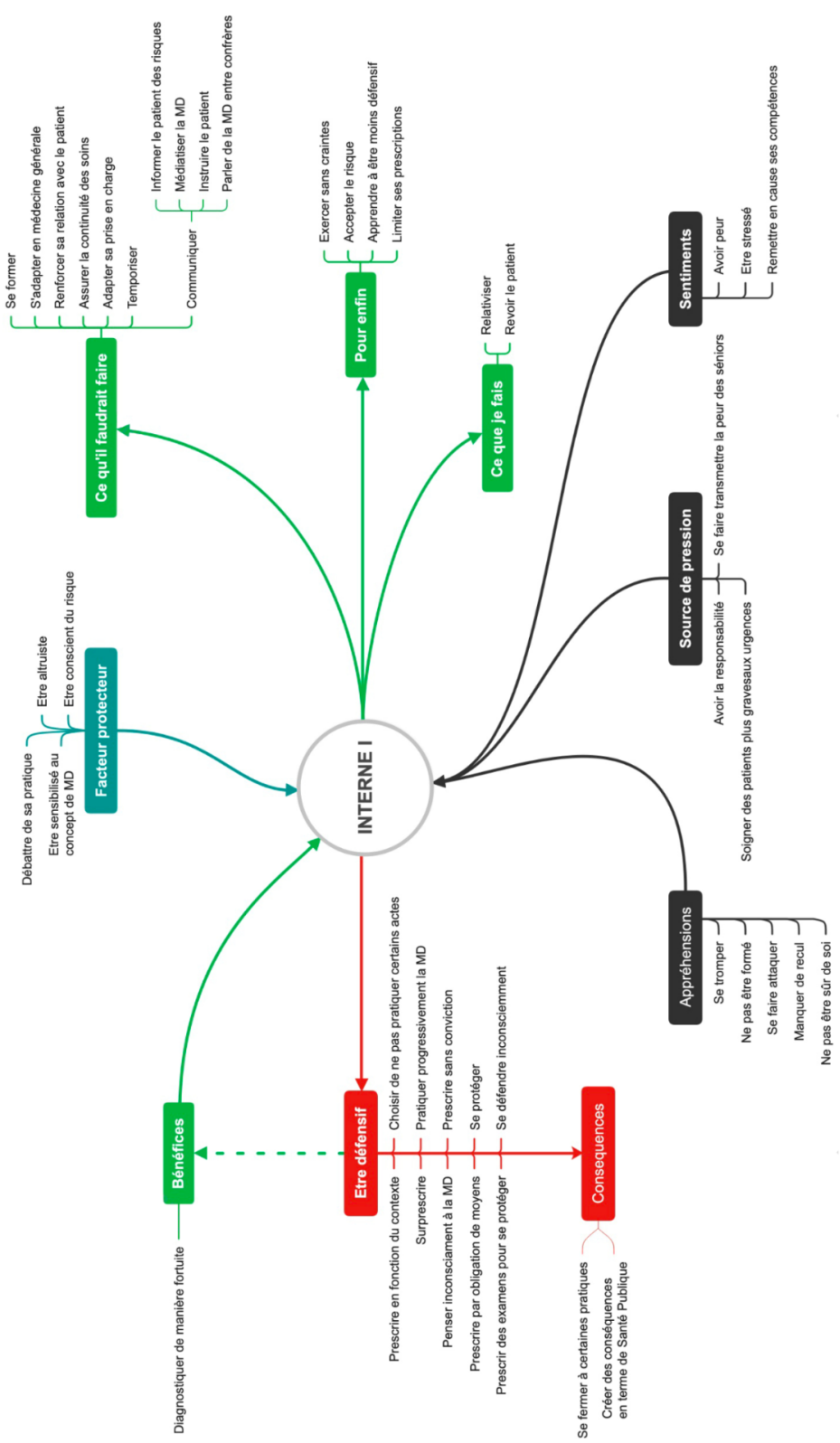
Tableau 10 : Propriétés de la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 1

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Evoluer	Ouais mais je pense que ma pratique a évolué depuis que je suis passé en médecine générale.
Exercer sans crainte	Après ça, ça n'empêchera pas, le côté médico légal ne me fera pas dire non. Je ne vais pas ne pas faire ça parce que j'ai peur de l'arthrite septique, parce que j'ai peur de choses comme ça.
Exercer sans crainte	Et puis, si tu travailles correctement... Enfin voilà en plus ça me plaît. Non, je ne vois pas pourquoi rien que l'aspect médico légal devrait m'interdire de le faire.
Accepter le risque	Et puis, puis voilà, j'accepte le risque parce qu'il existe.
Apprendre à être moins défensif	Oui, je fais une pratique de médecine défensive en Saspas. Euh. Je trouve plus l'avantage de pouvoir revoir le patient, et je trouve même que j'étais peut être plus défensif en arrivant en commençant mon stage Saspas.
Limiter ses prescriptions	Donc oui, c'est un peu dommage parce que en fin de journée, mine de rien, ça prend vite du temps, ça te prend 1 h, c'est pas forcément valorisé, mais des fois ça permet de faire le point sur une situation puis de dire « ça, ça va pas, ça il faut qu'on bouge ». Pour l'antibiothérapie, on peut temporiser et du coup, limiter la prescription, et limiter la prescription d'exams complémentaires.

limiter ses prescriptions

Je trouve que l'accès est des fois un peu difficile.

Tu vois un patient un jour, puis à 48h voilà, tu penses du coup à la suite de ce qui va se passer *et caetera*. Mais je pense qu'il faudrait que le patient puisse avoir une continuité un peu plus importante. Et puis du coup, que le patient puisse, pas forcément revoir le médecin mais s'il y a un problème, voilà, que tu puisse intervenir rapidement et peut être que ça freinerait ou limiterait un peu la prescription d'examens inadapté ou pas forcément...



2. Résultats de l'entretien 2

a. Appréhensions

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 2. {Tableau 11}

Tableau 11 : Propriétés de la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 2

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Manquer d'expérience	Oui, je pense que je prescris trop d'exams complémentaires, tout ce qui est radio et échographie. Mais je pense que c'est par un manque d'expérience et de clinique
N'être que le remplaçant	Après moi vu que je suis remplaçante... Le problème c'est que je n'ai pas de suivi de patient.
Ne pas avoir le droit à l'erreur	Et puis l'erreur, forcément, on y pense quand tu vois les patients d'aujourd'hui, qui sont très exigeants, et le médecin a très peu le droit à l'erreur. A l'erreur ou à l'ignorance on va dire.
Devoir tout savoir	Des fois, quand il faut un diagnostic, il faut quelque chose, donc que le médecin, il faut qu'il sache tout.
N'être que le remplaçant	Donc là aujourd'hui. il faut qu'on fasse attention à tout ce qu'on fait parce qu'ils sont assez sur leurs gardes les patients, et encore plus quand tu es remplaçant.

b. Sources de pression

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 2. {Tableau 12}

Tableau 12 : Propriétés de la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 2

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Devoir diagnostiquer	Après l'hôpital la différence, c'est que t'as accès à tout ce que tu veux. Du coup, le patient il vient, il faut faire, trouver un diagnostic, tu as le moyen donc tu le fais.
Subir la pression du patient	Typiquement par exemple, la prescription d'examens complémentaires quand on pense qu'on n'a pas forcément besoin en réponse à la pression du patient. Ou tout ce qui est à la mode de l'hiver. Les antibiotiques.
Ressentir un manque de confiance du patient	Donc là aujourd'hui. il faut qu'on fasse attention à tout ce qu'on fait parce qu'ils sont assez sur leurs gardes les patients, et encore plus quand tu es remplaçant.
Subir la pression du patient	Oui, je pense que les patients, ils nous mettent cette pression.
Se sentir obligé de prescrire	Ou alors oui, tout ce qui est ordonnance aussi. On a l'impression qu'il faut toujours que le patient sorte avec une ordonnance. Et des fois en fait il n'y a pas forcément besoin.
Se mettre la pression	Oui, après ça, c'est la pression des médecins eux mêmes je pense. Est ce que la vision de la médecine du médecin, c'est de faire absolument une ordonnance ? Peut être. En tout cas, moi ça me dérange pas qu'ils sortent sans ordonnance.

Ressentir de l'exigence de la part du patient	<p>Je trouve l'erreur, on y pense parce qu'ils sont exigeants les patients, très exigeants et que c'est facilement aujourd'hui le « je vais porter plainte » alors que je trouve qu'il n'y a pas eu d'erreur.</p> <p>Il n'y a pas eu de mise en danger du patient mais moi, je trouve les patients exigeants.</p>
Devoir donner des réponses	<p>Oui, oui, mais ça, le patient il ne veut pas entendre</p>
Ressentir de l'exigence de la part du patient	<p>Je pense. C'est que je dis, du coup, toute la patientèle est de plus en plus exigeante et qu'avant, ils avaient beaucoup plus confiance en leur médecin je trouve.</p>
Difficultés d'accéder aux soins	<p>Après, en libéral, il y a le délai qui fait que des fois on se passe de l'examen complémentaire je pense.</p>
Difficultés d'accéder aux soins	<p>Et puis oui, après tu parles de l'endroit aussi en libéral quand t'es par exemple peut être plus en campagne profonde ? Parce que du coup, tu fais peut être d'autres examens aussi, puisque tu envoies moins facilement, peut être aux urgences, parce que l'hôpital est plus loin.</p> <p>Et à *nom de ville*, typiquement à une demi heure 40 minutes pour aller à *nom de ville*, idem pour aller à *nom de ville*.</p> <p>Donc tu réfléchis à deux fois.</p> <p>Par exemple revenez me voir dans 48h avec la prise de sang.</p> <p>Peut être qu'à *nom de ville*, tu enverrais peut être plus facilement aux urgences.</p>

c. Sentiments

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sentiments » dans l'entretien 2. {Tableau 13}

Tableau 13 : Propriétés de la catégorie « sentiments » dans l'entretien 2

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Ressasser	Quand je rentre, ça m'est déjà arrivé, genre truc bête, mais tu repense dans la voiture.
Se sentir critiqué	Parce que pour être remplaçante, j'ai déjà vu des exemples. Je vois les patients du titulaire et c'est souvent des fois qu'ils critiquent le médecin, « ah ben il est passé à côté de ça, et à côté de ça. » Et du coup, je me demande « est ce qu'ils disent pareil en fait de moi, quand je les ai en consultation ? ». Et en même temps, quand on regarde objectivement de façon extérieure. Du coup, la prise en charge que le médecin a fait, oui c'était pas choquant du tout.
Ne plus être écouté	Et qu'avant c'était le médecin de famille, c'était le médecin en qui on avait confiance et tu faisais et tu écoutais tout ce qu'il disait.
Etre en Hypervigilance	Donc là aujourd'hui. il faut qu'on fasse attention à tout ce qu'on fait parce qu'ils sont assez sur leurs gardes les patients, et encore plus quand tu es remplaçant.

d. Etre defensif

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie «être défensif » dans l'entretien 2. {Tableau 14}

Tableau 14 : Propriétés de la catégorie « être défensif » dans l'entretien 2

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Se protéger	Oui, parce que déjà j'avais déjà lu, il me semble, une thèse qui parle de ça. Et puis avec le truc de se dire que c'est en gros tout ce que tu ferais pour justement pas pour pas te retrouver dans une situation désagréable.
Prescrire pour se rassurer	Oui, par exemple, pour se rassurer soi même.
Prescrire pour se rassurer	Après, je trouve que oui. On a peut être vite fait aussi d'avoir la biologie facile.
Prescrire pour se rassurer	Mais après, est ce qu'un adulte du coup, tu réfléchis différemment, parce que peut être que tu te dis que t'as moins peur d'irradier un adulte qu'un enfant ? C'est pour vraiment se rassurer. Parce que la clinique pour une infection pulmonaire au final... Est ce que tu as vraiment besoin de faire une radio pulmonaire ? Pas forcément, si cliniquement, c'est typique.*
Prescrire pour se rassurer	C'est d'ailleurs pour ça que je fais des examens. Ouais, peut être si on se veut rassurer.
Choisir de ne pas pratiquer certains actes	Ah oui alors faire un acte invasif, typiquement oui, je refuserais parce que je préfère ne pas faire ça.
Prescrire pour se protéger	Oui, je pense que je prescrit trop d'examens complémentaires, tout ce qui est radio et échographie. Mais je pense que c'est par un manque d'expérience et de clinique

Prescrire par obligation
de moyen

Après l'hôpital la différence, c'est que t'as accès à tout ce que tu veux.
Du coup, le patient il vient, il faut faire, trouver un diagnostic, tu as le
moyen donc tu le fais.

Prescrire sans conviction
/ Prescrire pour se
protéger

Typiquement par exemple, la prescription d'examens complémentaires
quand on pense qu'on n'a pas forcément besoin en réponse à la
pression du patient.
Ou tout ce qui est à la mode de l'hiver. Les antibiotiques.

e. Conséquences

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « conséquences » dans l'entretien 2. {Tableau 15}

Tableau 15 : Propriétés de la catégorie « conséquences » dans l'entretien 2

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Abandonner	<p>Ou les arrêts de travail par exemple ? Oui, ça, je crois que c'est le pire les arrêts de travail. Ouais, demande d'arrêt typiquement. Bah tu vois le patient là on sort de l'hiver.</p> <p>Donc un syndrome grippal t'en as pour 48h, surtout chez des jeunes, à la fin de la consultation tu te lèves puis il te dit « vous ne mettez pas d'arrêt de travail ? ».</p> <p>Puis j'avoue que non, je n'aurais pas forcément mis. Et tu finis par en mettre.</p>
Diagnostiquer ce qu'on ne cherche pas	<p>J'ai une situation en tête. C'est un patient qui est tout jeune, qui est venu pour troubles de mémoire.</p> <p>Donc c'est un peu vague. Très jeune, à 40 ans.</p> <p>Et dans l'histoire, il y a une IRM cérébrale qui a été faite, et en fait il avait une malformation congénitale mais qui en fait n'expliquait absolument pas ses symptômes.</p> <p>Et après, tu te retrouves avec ça.</p>
Créer de l'angoisse	<p>Oui et du coup le patient est très angoissé. C'est dur de le rassurer en disant qu'il n'y a aucun rapport</p>
Se priver d'une pratique par manque d'expérience	<p>Alors je pense, oui, ça ne m'ai jamais arrivé parce que je suis trop jeune, je pense.</p> <p>Mais après, en discutant par exemple avec des collègues typiquement ça pourrait m'arriver de refuser une prise en charge.</p>

f. Bénéfices

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « bénéfiques » dans l'entretien 2. {Tableau 16}

Tableau 16 : Propriétés de la catégorie « bénéfiques » dans l'entretien 2

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Diagnostiquer de manière fortuite	Oui, je pense que des fois on trouve aussi ce qu'on recherche, quand on cherche on trouve souvent. Du coup, après oui avec le hasard on peut découvrir certaines choses. Oui, tu sais, les prises de sang par exemple. Typiquement, les personnes âgées par exemple, chez qui, elles paraissent plutôt pas trop mal, elles viennent pour une infection, et tu te dis non, ça va aller, puis tu fais une biologie et en fait, tu te rends compte qu'il y a de l'insuffisance rénale, ou de l'hyperkaliémie. Oui, tu vois des trucs comme ça.
Ne pas vouloir refuser de patients	Et puis, après une situation difficile, il y a toujours des pathologies plus difficiles que d'autres. Après, je ne pense pas que ce soit un critère pour refuser le patient, le fait qu'il ait telle pathologie ou qu'il ait des antécédents.

g. Facteurs protecteurs

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 2. {Tableau 17}

Tableau 17 : Propriétés de la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 2

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Ne pas ressentir de la pression en permanence de la part des patients	Non, je pense pas à chaque consultation. Tous les patients ne mettent pas la pression non plus
Se sentir compétent	Après moi je suis passé aux urgences pédiatriques, donc les enfants je suis plutôt à l'aise. Mais par exemple, en discutant d'une situation avec d'autres collègues ils auraient fait RP, prise de sang, alors que du coup, moi je me dis qu'il y a pas forcément besoin, que c'est irradiant. C'est un enfant....
Etre sensibilisé au concept de MD	Oui, parce que déjà j'avais déjà lu, il me semble, une thèse qui parle de ça.

h. Ce que je fais

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 2. {Tableau 18}

Tableau 18 : Propriétés de la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 2

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Savoir ce dont je suis capable / Savoir dire non	Ah oui alors faire un acte invasif, typiquement oui, je refuserais parce que je préfère ne pas faire ça. Genre typiquement là, moi je ne sais pas faire d'infiltration. Et pourtant ceux que je remplace en général en font. Mais je ne le fais pas même si les patients disent oh ben dommage je venais exprès pour ça.
Eviter de nuire	Oui parce que je sais que je vais faire plus de mal au patient.

i. Ce qu'il faudrait faire

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 2. {Tableau 19}

Tableau 19 : Propriétés de la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 2

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Expliquer / Instruire le patient / Se faire comprendre	Après, c'est à nous aussi du coup d'expliquer le pourquoi on ne ferait pas ce que le patient voudrait qu'on fasse. Et quelquefois, même souvent je trouve pour l'instant, les patients ils comprennent quand tu leur expliques.
Instruire le patient	Là, j'ai les antibiotiques en tête, mais pour eux, explique du coup, ils comprennent qu'ils lâchent l'affaire.
Temporiser	Après, est ce qu'il y a vraiment besoin de le faire dans l'urgence ? Je pense pas forcément à l'hôpital.
Reconvoquer le patient	Oui, ça c'est un avantage de pouvoir revoir le patient.
Créer une relation médecin-patient	Alors oui, je pense, parce que si je trouve que dans notre relation, ils viennent à chaque fois, ils m'énervent ou alors que ça se passe mal, je vais me dire dans ma tête que je les prends pas en charge comme un autre patient. Du coup, c'est une perte de chances pour lui. Et oui je leur dirais honnêtement que ça sert à rien de revenir me voir. Parce qu'il faut que notre relation soit saine, pour le patient. Puis, si le collègue a plus de patience que moi, alors pourquoi pas ?
Reconvoquer le patient	Tu repenses et tu rappelles le lendemain le patient, soit pour le revoir, soit revenir la semaine prochaine.

Adresser le patient / Orienter le patient / Demander de l'aide	Mais souvent du coup, je peux les remettre au titulaire. Donc je ne les revois pas forcément d'accord. Mais des fois, ça m'est déjà arrivé de me dire je ne suis pas sûre, donc je préfère qu'il soit revu, peut être par le médecin et reprogrammer un rendez-vous pour qu'il valide ma prise en charge.
Acquérir de l'expérience	Donc tout ça, c'est de l'expérience aussi. Du coup, la clinique, c'est l'expérience, plus les connaissances, les formations je pense.
Pratiquer différemment de nos aînés	Euh bah oui, il y a souvent des médecins un peu plus laxistes. Oui fois tu dis qu'il est chaud de faire comme ça, mais...
Pratiquer différemment de nos aînés	Oui oui. Après, typiquement les vieux médecins, je trouve qu'on n'est pas sur la même page. Les vieux vieux, après je cite encore les antibiotiques parce que je suis très infectio, genre la prise en charge, les antibiotiques. Je trouve que les vieux médecins ils sont complètement pas à jour. Après ça ne met pas en jeu forcément le pronostic du patient qu'il soit traité ou pas par antibiotique, mais c'est juste je trouve qu'on est pas sur la même longueur d'onde
Eduquer le patient	Oui, et puis la confiance avec le patient. Je pense qu'il adhère plus à ta prescription ou à ta non-prescription, quand tu lui dis non. Quand tu lui dis : « non, je suis sûr que ce n'est pas bon pour vous, pas bon pour la prise en charge. »
Rester clinique	Parce que cliniquement, enfin en médecine générale, on est quand même des cliniciens. Je pense qu'avec la clinique ça nous rassurerait de revoir le patient plutôt qu'un examen complémentaire.
Se former	Je pense qu'il faut qu'on continue à se former. Il faut absolument qu'on fasse des formations, qu'on se mette à jour sur les nouvelles recommandations . Oui, se mettre à jour typiquement, enfin pour moi, qu'on se forme, qu'on ai plus de connaissances, qu'on soit des meilleurs cliniciens.

Rester clinique

Après, en libéral, il y a le délai qui fait que des fois on se passe de l'examen complémentaire je pense.

Temporiser

Et puis oui, après tu parles de l'endroit aussi en libéral quand t'es par exemple peut être plus en campagne profonde ? Parce que du coup, tu fais peut être d'autres examens aussi, puisque tu envoies moins facilement, peut être aux urgences, parce que l'hôpital est plus loin.

Et à *nom de ville*, typiquement à une demi heure 40 minutes pour aller à *nom de ville*, idem pour aller à *nom de ville*.

Donc tu réfléchis à deux fois.

Par exemple revenez me voir dans 48h avec la prise de sang.

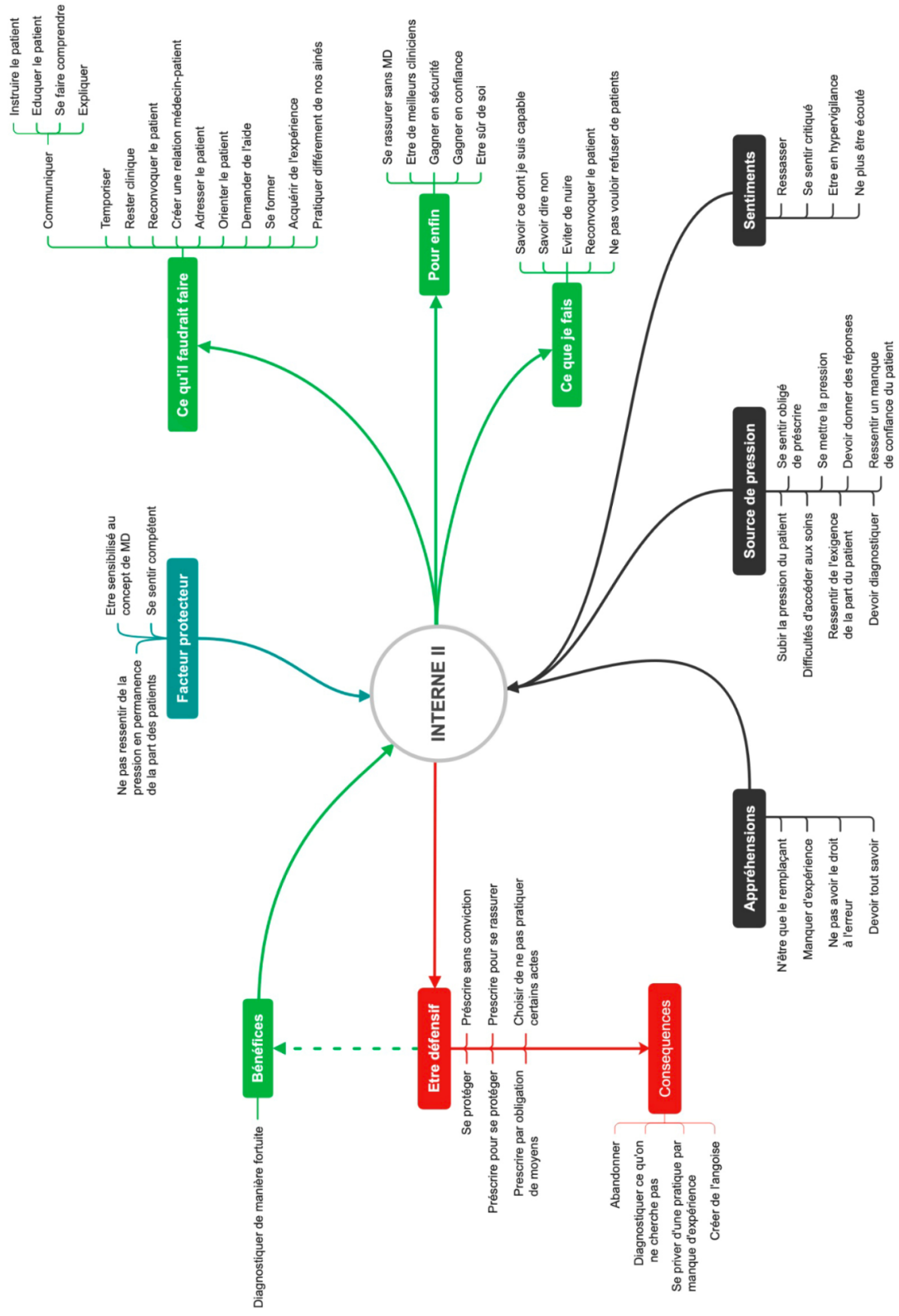
Peut être qu'à *nom de ville*, tu enverrais peut être plus facilement aux urgences.

j. Pour enfin

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 2. {Tableau 20}

Tableau 20 : Propriétés de la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 2

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Se rassurer sans MD	<p>Parce que cliniquement, enfin en médecine générale, on est quand même des cliniciens.</p> <p>Je pense qu'avec la clinique ça nous rassurerait de revoir le patient plutôt qu'un examen complémentaire.</p>
Etre de meilleurs cliniciens	<p>Je pense qu'il faut qu'on continue à se former. Il faut absolument qu'on fasse des formations, qu'on se mette à jour sur les nouvelles recommandations .</p> <p>Oui, se mettre à jour typiquement, enfin pour moi, qu'on se forme, qu'on ai plus de connaissances, qu'on soit des meilleurs cliniciens.</p>
Gagner en sécurité	<p>Oui, oui, ça va diminuer. Après, je ne suis pas sûr, on verra, on en parlera dans vingt ans.</p>
Gagner en confiance / Etre sur de soit	<p>Être plus sûrs de soit, je pense, oui. Je pense que si on arrive à gagner en confiance, si on arrive à gagner en clinique, on est plus sûr de soi même.</p> <p>En gros, ça pourrait permettre, je pense devant la justice, d'avoir des arguments en disant non, j'explique pourquoi j'ai fait ça, alors que si tu ne sais pas exactement si tu te perds, et bien c'est une faille.</p> <p>Le patient, il peut voir que t'es pas sûr de toi.</p>



3. Résultats de l'entretien 3

a. Appréhensions

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 3. {Tableau 21}

Tableau 21 : Propriétés de la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 3

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Penser à l'erreur	Donc oui, j'ai fait une erreur qui aurait pu être dangereuse si mon maitre de stage en Saspas m'avait pas rattrapé donc... Donc oui j'y pense.
Faire une faute / Se tromper	Plutôt plutôt faire une faute, louper un diagnostic
Penser à l'erreur	Et oui même quand on a l'impression d'être un peu plus à l'aise, après, en fait, on se rend compte qu'on fait toujours des erreurs.
Perdre sa relation avec le patient	Bah déjà de blesser la personne, et de perdre, surtout chez le médecin traitant, ben de perdre le côté lien, la confiance etc.
Manquer d'assurance / Manquer d'expérience / Etre conscient qu'il ne faut pas devenir trop confiant	Peut être au début parce qu'avec le manque d'assurance... peut être aussi le manque d'expérience.... Après, avec l'expérience aussi on peut se dire « ça va aller ». Mais ça peut faire aussi faire des erreurs médicales derrière parce qu'on devient trop confiants.

b. Sources de pression

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 3. {Tableau 22}

Tableau 22 : Propriétés de la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 3

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Avoir la responsabilité	<p>Oui, c'est quand même pas les mêmes enjeux.</p> <p>En Saspas il y a ce côté sécurité où on se dit au pire si je sais pas, je demande.</p> <p>Alors qu'en remplacement... Après y a toujours des personnes qui peuvent nous renseigner si on a besoin. Mais on a plus trop quelqu'un au dessus de nous</p>
Avoir fait une erreur	<p>Donc oui, j'ai fait une erreur qui aurait pu être dangereuse si mon maitre de stage en Saspas m'avait pas rattrapé donc... Donc oui j'y pense.</p>
Impacter la vie des patients	<p>Ben oui, parce que c'est vrai que c'est quand même un métier où il peut y avoir des grosses conséquences sur les patients.</p> <p>C'est pas juste je vais ramasser les poubelles.</p> <p>Ouais ça a un impact quand même sur la vie des gens.</p>
Porter la responsabilité	<p>En rempla si, bien plus qu'en Saspas, parce qu'il y a plus personne au dessus de nous.</p> <p>Si, si, je me pose plus de questions.</p>
Subir la pression du patient	<p>Ben oui, quand même. Parce que ça se dit toujours que les gens sont toujours plus procéduriers.</p> <p>Et puis de plus en plus râleur aussi.</p> <p>Enfin... Et oui, il y a quand même une pression, oui il faut qu'on fasse les choses, je sais pas comment dire, je trouve pas le mot comme ça... Oui voilà, ils sont exigeants.</p>

<p>Ressentir de l'exigence de la part des patients</p>	<p>C'est plus serein. C'est plus il y a trois modes de délais, bon bah oui, ben c'est comme ça quoi.</p> <p>Alors qu'en ville, et qu'on dit il y a trois semaines de délai, non, c'est trop long.</p> <p>Ouais, eh bien c'est pas du tout la même exigence.</p> <p>Et les patients ils sont vachement exigeants quoi.</p>
<p>Etre attaqué</p>	<p>Ben plutôt dans le sens juridique ? Les personnes qui portent plainte et tout ça. Là, du coup, ça m'évoque ça, par rapport à l'erreur et tout ça.</p>
<p>Dire non est difficile / Poser des limites</p>	<p>C'est dur quand même. Oui c'est dur.</p> <p>Mais après, quand la limite est vraiment posée, c'est plus simple.</p> <p>Chez des personnes qui abusent franchement, c'est plus simple.</p> <p>Mais si c'est toujours difficile de dire non à quelqu'un.</p>
<p>Faire parce que le sénior nous le demande / Avoir envie de faire moins</p>	<p>Si ça peut arriver par exemple, auprès des séniors.</p> <p>Quand on séniorise on a pas forcément envie de faire, et puis si quelqu'un me dit au dessus « bah si tu fais ça ». Ben..</p> <p>Oui des fois on a envie de faire moins.</p>
<p>Avoir fait une erreur / Etre séniorisé</p>	<p>En fait, c'était une dame, qui avait un antécédent d'allergie à une statine il y a longtemps, et en fait moi j'ai vu des triglycérides haut sur une bio, donc j'ai voulu bien faire.</p> <p>J'ai remis une statine, mais je n'ai pas vu cet antécédent là dans le dossier.</p> <p>Donc elle a fait une réaction avec neutropénie, cytolysse au taquet, donc vraiment catastrophique.</p> <p>Et le pire c'est qu'elle est revenue en consultation pas longtemps après l'introduction du traitement pour un prurit et comme elle avait la peau hyper sèche ben ça m'a pas... Alors que ça aurait du... C'est là qu'on s'est rendu compte que j'avais mis la statine, qu'il ne fallait pas, et que ça a été rattrapé.</p>

c. Sentiments

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sentiments » dans l'entretien 3. {Tableau 23}

Tableau 23 : Propriétés de la catégorie « sentiments » dans l'entretien 3

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre en conflit	En positif, ça permet de se couvrir quand même, parce qu'après c'est la parole du patient contre la notre. Donc oui, si, ça permet de se protéger.
Se dévaloriser	Ben sur le moment, je me suis senti quand même un peu nul.
Se remettre en question	Ouais... c'est quelque chose que j'aurais pu éviter, si j'avais fait mieux attention. Ça aurait pu être évité.
S'en vouloir	Donc je m'en voulais quand même.
Se remettre en question	Ah ben le truc classique, si j'étais faite pour faire médecine

d. Etre defensif

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « être défensif » dans l'entretien 3. {Tableau 24}

Tableau 24 : Propriétés de la catégorie « être défensif » dans l'entretien 3

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Se justifier	<p>Ben oui, ça arrive aussi.</p> <p>Ouais, ils ont envie de faire plein de choses.</p> <p>Alors quand on trouve qu'il y a pas forcément de nécessité, des fois c'est difficile de les raisonner. « Pourquoi vous ne me faites pas ça, et ça ? »</p>
Prescrire par obligation de moyens	<p>Après ça dépend aussi en ville et à la campagne, je trouve que c'est différent aussi.</p> <p>En ville ils sont hyper exigeants parce que c'est plus facile d'avoir, enfin, ils ont les choses sur place quoi.</p> <p>Donc il y a plus de pression, là, à faire les choses.</p>
Se protéger	<p>Ben je sais qu'il faut blinder les dossiers par exemple.</p> <p>Il faut toujours tout noter, tout ce qu'on fait, enfin on nous le rabâche, ça par contre.</p> <p>On nous rabâche, beaucoup, qu'il faut vraiment noter dès qu'un patient refuse quelque chose.</p> <p>Il faut le noter. Ouais, c'est quand même pas mal rapporté ça, pour se protéger justement.</p>
Surprescrire / Surdiagnostiquer / Créer de l'angoisse	<p>Faire trop et découvrir des trucs. Ouais, trouver des trucs que l'on aurait pas forcément besoin de trouver.</p> <p>Pareil chez certaines personnes, chez qui on va aller découvrir un truc, et une fois qu'ils le savent, ils vont faire une fixation dessus, alors qu'en fait c'est rien.</p>

e. Conséquences

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « conséquences » dans l'entretien 3. {Tableau 25}

Tableau 25 : Propriétés de la catégorie « conséquences » dans l'entretien 3

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Surdiagnostiquer / Créer de l'angoisse	Faire trop et découvrir des trucs. Ouais, trouver des trucs que l'on aurait pas forcément besoin de trouver. Pareil chez certaines personnes, chez qui on va aller découvrir un truc, et une fois qu'ils le savent, ils vont faire une fixation dessus, alors qu'en fait c'est rien.

f. Bénéfices

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « bénéfices » dans l'entretien 3. {Tableau 26}

Tableau 26 : Propriétés de la catégorie « bénéfices » dans l'entretien 3

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Se couvrir légalement	En positif, ça permet de se couvrir quand même, parce qu'après c'est la parole du patient contre la notre. Donc oui, si, ça permet de se protéger.

g. Facteurs protecteurs

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 3. {Tableau 27}

Tableau 27 : Propriétés de la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 3

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre conscient qu'il y a des erreurs plus graves que d'autres	Après ça dépend il y a des erreurs moins graves que d'autres et d'autres quand même plus compliquées ou c'est plus grave, avec un incident...
Etre conscient du risque de faire une erreur	Et oui même quand on a l'impression d'être un peu plus à l'aise, après, en fait, on se rend compte qu'on fait toujours des erreurs.
Etre seniorisé	Après, ce qui m'a rassurée, c'est qu'il y avait pas eu de conséquences, enfin, ça a été rattrapé, mais aussi parce qu'il y avait quelqu'un au dessus de moi pour pouvoir le rattraper.
Etre conscient du risque de faire une erreur	Après je sais que ça arrivera toujours, on est jamais 100 % parfait.
Ne pas être envahi par la peur des poursuites	J'y ai déjà penser, mais ce n'est pas quelque chose qui me... Ca ne m'envahit pas plus que ça.
Accepter l'existence du doute	Oui c'est jamais tout blanc ou tout noir.
Etre en sécurité en Saspas / Avoir la responsabilité	Oui, c'est quand même pas les mêmes enjeux. En Saspas il y a ce côté sécurité où on se dit au pire si je sais pas, je demande. Alors qu'en remplacement... Après y a toujours des personnes qui peuvent nous renseigner si on a besoin. Mais on a plus trop quelqu'un au dessus de nous

Etre seniorisé / Avoir fait une erreur / Penser à l'erreur

Donc oui, j'ai fait une erreur qui aurait pu être dangereuse si mon maitre de stage en Saspas m'avait pas rattrapé donc... Donc oui j'y pense.

Etre conscient qu'il ne faut pas devenir trop confiant

Peut être au début parce qu'avec le manque d'assurance... peut être aussi le manque d'expérience....
Après, avec l'expérience aussi on peut se dire « ça va aller ».
Mais ça peut faire aussi faire des erreurs médicales derrière parce qu'on devient trop confiants.

Etre seniorisé

En fait, c'était une dame, qui avait un antécédent d'allergie à une statine il y a longtemps, et en fait moi j'ai vu des triglycérides haut sur une bio, donc j'ai voulu bien faire.
J'ai remis une statine, mais je n'ai pas vu cet antécédent là dans le dossier.
Donc elle a fait une réaction avec neutropénie, cytolyse au taquet, donc vraiment catastrophique.
Et le pire c'est qu'elle est revenue en consultation pas longtemps après l'introduction du traitement pour un prurit et comme elle avait la peau hyper sèche ben ça m'a pas... Alors que ça aurait du... C'est là qu'on s'est rendu compte que j'avais mis la statine, qu'il ne fallait pas, et que ça a été rattrapé.

h. Ce que je fais

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 3. {Tableau 28}

Tableau 28 : Propriétés de la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 3

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre systématique / Etre vigilant	Ben j'essaye quand même d'être vraiment systématique, les antécédents, les allergies... Et je suis plus vigilante qu'avant.
Blinder les dossiers	Non, pas plus que ça. Juste bien blinder son dossier.
Blinder les dossers	Ben je sais qu'il faut blinder les dossiers par exemple. Il faut toujours tout noter, tout ce qu'on fait, enfin on nous le rabâche, ça par contre. On nous rabâche, beaucoup, qu'il faut vraiment noter dès qu'un patient refuse quelque chose. Il faut le noter. Ouais, c'est quand même pas mal rapporté ça, pour se protéger justement.
Avoir envie de faire moins	Si ça peut arriver par exemple, auprès des séniors. Quand on séniorise on a pas forcément envie de faire, et puis si quelqu'un me dit au dessus « bah si tu fais ça ». Ben.. Oui desfois on a envie de faire moins.
Prescrire de manière raisonnée	Ça dépend. Ça dépend peut être des jours aussi. Des fois, je me sens un peu moins... Je sais pas... Non, je trouve que ça va. J'aime pas trop prescrire, mais s'il faut, je le fais.

i. Ce qu'il faudrait faire

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 3. {Tableau 29}

Tableau 29 : Propriétés de la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 3

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Apprendre de son erreur	Ben de reprendre le boulot et de tout façon il faut continuer quoi. Ouais je sais pas... Ça m'a rendu plus attentive
Se confier	J'en ai discuté avec mon maître de stage, elle avait bien vu quand même que ça m'avait impacté et elle m'a rassuré.
Ne pas refuser un patient	J'avoue que je me suis déjà posé la question. Parce que ça arrive en médecine (à l'hôpital), ils voient tellement de patients qu'ils sélectionnent facilement. Après c'est délicat parce qu'en général c'est des patients qui ont besoin d'un médecin... Mais franchement je ne sais pas.
Ne pas refuser un patient	Pasqu'on les entend dire (les PH) « qu'est ce qu'il a comme antécédents, ah bah oui c'est compliqué ». Après je ne sais pas ce qui se passe derrière, si ils les suivent ou pas. Moi personnellement je sais pas, je ne pense pas, parce que je pense que j'aurais aussi ce côté où je me dis « bon ben il faut bien qu'il ait un médecin » Mais tant qu'on n'y est pas confronté, je pense que c'est difficile, c'est dur de se projeter quoi.
Se justifier avec les recos	Oui quand même, parce qu'au moins on peut dire « c'est comme ça qu'il fallait faire » et « j'ai fait comme ça ».
Communiquer / Travailler de manière multidisciplinaire	A la Campagne, évidemment. Avec plusieurs médecins, plusieurs paramédicaux. Oui si on sait pas on sait qu'on peut demander à coté et là c'est quand même plus rassurant.

Se former / Acquérir de l'expérience

Oui. Puis avec les années aussi, force d'en voir et d'en voir.
Mais oui, les formations aussi. Hum.

Raisonner le patient

Ben oui, ça arrive aussi.
Ouais, ils ont envie de faire plein de choses.
Alors quand on trouve qu'il y a pas forcément de nécessité, des fois c'est difficile de les raisonner. « Pourquoi vous ne me faites pas ça, et ça ? »

Poser des limites

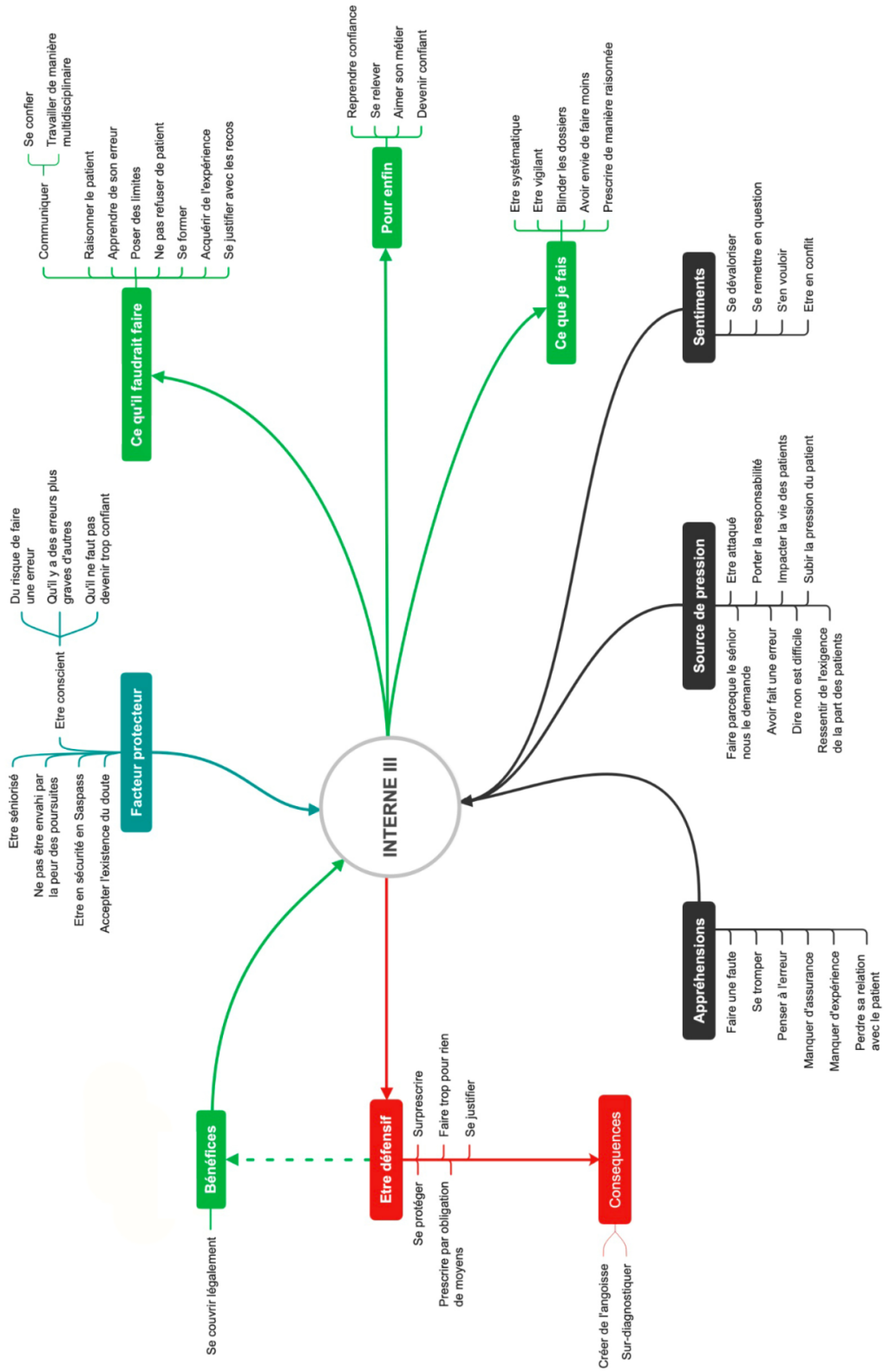
C'est dur quand même. Oui c'est dur.
Mais après, quand la limite est vraiment posée, c'est plus simple.
Chez des personnes qui abusent franchement, c'est plus simple.
Mais si c'est toujours difficile de dire non à quelqu'un.

j. Pour enfin

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 3.
{Tableau 30}

Tableau 30 : Propriétés de la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 3

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Devenir confiant	Oui. Puis avec les années aussi, force d'en voir et d'en voir. Mais oui, les formations aussi. Hum.
Reprendre confiance / Se relever	Non, pas en permanence. Après le coup où j'avais fais une erreur, oui, c'est vrai que j'ai eu du mal à reprendre confiance, mais maintenant ça va.
Aimer son métier / Reprendre confiance	Donc oui, je me suis posé la question. Mais après c'est vrai que les consultations, de voir que ça se passe bien et d'aimer ça, ça fait reprendre confiance.



4. Résultats de l'entretien 4

a. Appréhensions

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 4. {Tableau 31}

Tableau 31 : Propriétés de la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 4

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Se tromper / Se faire attaquer	Peur de se planter, peur des poursuites. Je sais pas lequel prends le plus de place, peut être la peur de se planter quand même.
Avoir peur pour le patient	Mais disons que quand je suis confronté à une situation d'erreur autour de moi, je pense plus aux patients qu'à la poursuite judiciaire.
Penser à l'erreur / Vérifier	Ah oui, j'y pense tout le temps. Je pense que ça va vite. Ouais, ouais, je suis un peu obsessionnel de l'erreur moi. J'aime bien vérifier tout le temps. Et reverifier
Penser à l'erreur /Vérifier	Ben à chaque fois que je prends en charge un patient, tout le temps, il y a au moins une fois dans la prise en charge où je vérifie tout plusieurs fois.
Porter préjudice / Ne pas vouloir commettre d'erreur	Et j'ai pu voir que ça pouvait avoir des conséquences très graves. Donc j'ai pas du tout envie que ça m'arrive.
Faire une erreur	C'est plus stressant. Déjà, on voit beaucoup de patients. J'étais à l'hôpital de *nom de ville* pour les urgences. Du coup on a eu un flux qui était énorme. On voyait beaucoup de patients tout le temps, et je pense que des fois on était automatique, on prescrivait beaucoup et c'est seulement dans d'autres stages que je me suis rendu compte que oui, les erreurs, ça allait vite.

b. Sources de pression

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 4. {Tableau 32}

Tableau 32 : Propriétés de la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 4

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Ne pas avoir accès aux soins	Après j'aimerais bien pouvoir faire de la radio en cabinet. (...) Oui, un peu oui, surtout selon là où on habite. Là où j'ai été l'accès aux soins est quand même compliqué.
Porter la responsabilité morale	Oui peut-être, non mais c'est dur parce qu'en Saspas on a toujours quelqu'un à qui reparler les soirs, donc.. (...) Oui quand même. Je pense que ça nous décharge un petit peu. Même si on parle de ce qu'on veut, donc si on a oublié de dire quelque chose le soir, on l'a pas dit et puis c'est pas pris en compte.
Ne pas vouloir commettre d'erreur	Et j'ai pu voir que ça pouvait avoir des conséquences très graves. Donc j'ai pas du tout envie que ça m'arrive.
Avoir à récupérer l'erreur de quelqu'un d'autre	De vérifier tout le temps ? Parce que j'ai été confronté dans des services à des erreurs d'autres personnes, que je récupère après. Soit des urgences, ou un oubli, ou quoi.
Mal gérer sa peur	Après je pense pas que je la gère très bien.
Etre fatigué	Parfois on est fatigué et ça, moi ça me stresse beaucoup. Quand je suis fatigué, je me dis je vais me planter quelque part, c'est sûr.
Subir la pression du patient	Et puis il y a aussi la pression des patients, je trouve. Des fois, quand ils sont douloureux, on a envie de les soulager tout de suite. Sauf que là, peut être qu'on va pas voir qu'il est épileptique avant de donner de l'Acupan ou quoi.

Ne pas pouvoir surveiller les patients à domicile	<p>Au début c'était difficile je trouve, parce qu'en Saspas les gens ils rentrent chez eux.</p> <p>C'est plus du tout comme en hospitalisation.</p> <p>Et à l'hôpital, on est habitué à blinder les dossiers, s'occuper de tout avant que les gens rentrent chez eux pour que ce soit presque parfait quand ils arrivent à la maison.</p> <p>Alors que dans son cabinet on s'occupe d'un problème ou d'un autre.</p> <p>Et puis les gens rentrent chez eux.</p> <p>Du coup après c'est...</p>
Ne pas perdre la confiance du patient	<p>Oui, peut être. Après c'est plus rassurant et en même temps pas trop parce que les gens ils nous font confiance. Tellement que on se dit que faut pas se tromper quoi.</p>
Eprouver de la culpabilité si je soigne mal mes patients	<p>Donc oui, j'ai envie de faire de la médecine de campagne dans un coin paumé.</p> <p>Donc peut être ce truc au niveau plutôt judiciaire, je l'aurais pas trop.</p> <p>Par contre la culpabilité de bien soigner mes patients et de faire le meilleur pour eux, c'est sûr que je vais l'avoir</p>
Etre sursollicité	<p>C'est plus stressant. Déjà, on voit beaucoup de patients.</p> <p>J'étais à l'hôpital de *nom de ville* pour les urgences. Du coup on a eu un flux qui était énorme.</p> <p>On voyait beaucoup de patients tout le temps, et je pense que des fois on était automatique, on prescrivait beaucoup et c'est seulement dans d'autres stages que je me suis rendu compte que oui, les erreurs, ça allait vite.</p>
Subir la pression du patient et de sa famille	<p>Oui, je crois que c'est ça qui me stresse le plus. Le patient, la famille.</p> <p>Après la poursuite judiciaire, je crois qu'on va tous en avoir une dont je me fais à l'idée.</p>
Travailler en équipe	<p>Ben après je trouve ça un peu stressant parfois ton équipe, parce que bon, on peut pas vérifier tout ce que les autres font tout le temps.</p> <p>Donc ça je trouve que ça peut être un peu stressant.</p>

c. Sentiments

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sentiments » dans l'entretien 4. {Tableau 33}

Tableau 33 : Propriétés de la catégorie « sentiments » dans l'entretien 4

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre obsédé par l'erreur	Ah oui, j'y pense tout le temps. Je pense que ça va vite. Ouais, ouais, je suis un peu obsessionnel de l'erreur moi. J'aime bien vérifier tout le temps. Et reverifier
Etre obsédé par l'erreur	Ben à chaque fois que je prends en charge un patient, tout le temps, il y a au moins une fois dans la prise en charge où je vérifie tout plusieurs fois.
Vouloir être irréprochable	Et j'ai pu voir que ça pouvait avoir des conséquences très graves. Donc j'ai pas du tout envie que ça m'arrive.
Avoir peur en permanence	Elle est toujours un peu là la peur de l'erreur.
Etre traumatisé	Oui, si, je repense juste à une situation où des anticoagulants n'ont pas été reconduits sur une FA. En fait il ont pas été prescrits pour une hospitalisation et la patiente était restée longtemps sur son brancard aux urgences. Du coup quand elle est arrivée dans le service elle a fait un AVC. Et du coup maintenant quand je vois une entrée qui n'a pas eu de traitement anticoagulant je suis hyper stressée. Je vérifie 15 000 fois.
Ressasser	Oh ben oui ! Ouais j'ai déjà rappelé dans le service, en disant « j'ai bien demandé ça ? », « j'ai bien mis l'anticoagulation ? » etc..
Se faire envahir	Après, mais c'est un truc que je me suis déjà dit, c'est que je me suis dit « tu auras beau essayer de ne pas travailler 90h dans ta semaine, si tu culpabilises pour tes patients le soir ou que tu repenses à des choses, que tu as envie de faire au mieux, ça va être chronophage.

d. Etre defensif

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « être défensif » dans l'entretien 4. {Tableau 34}

Tableau 34 : Propriétés de la catégorie « être défensif » dans l'entretien 4

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Prescrire sans conviction	Peut être faire trop d'examens parfois, pour être sûr d'avoir éliminé des diagnostics alors que cliniquement on a pas forcément de point d'appel. Je pense qu'aux urgences ça va vite de faire ça quand on est en garde.
Tomber facilement dans la MD	Je pense que effectivement si c'est ça la médecine défensive alors ça va vite de tomber dedans.
Pratiquer la MD par peur	On a peur je pense.
Pratique la MD dans le futur	Je me suis jamais posé la question. Mais oui, je pense que ça aura quand même la place. Après j'espère que ça ne prendra pas trop, mais oui, je pense que ça va prendre quand même de la place.
Prescrire pour se rassurer	Après j'aimerais bien pouvoir faire de la radio en cabinet. (...) Oui, un peu oui, surtout selon là où on habite. Là où j'ai été l'accès aux soins est quand même compliqué.
Surprescrire des examens	Ben après ça coûte cher.
Prescrire pour se protéger	C'est plus stressant. Déjà, on voit beaucoup de patients. J'étais à l'hôpital de *nom de ville* pour les urgences. Du coup on a eu un flux qui était énorme. On voyait beaucoup de patients tout le temps, et je pense que des fois on était automatique, on prescrivait beaucoup et c'est seulement dans d'autres stages que je me suis rendu compte que oui, les erreurs, ça allait vite.

e. Conséquences

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « conséquences » dans l'entretien 4. {Tableau 35}

Tableau 35 : Propriétés de la catégorie « conséquences » dans l'entretien 4

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Créer de l'angoisse	On peut tomber sur des choses bénignes, stresser les gens pour rien. Alors qu'ils ont pas de symptômes.
Etre iatrogène	Après, en aspects négatifs, si on fait plein de scanners, on va les irradier pour rien.
Etre iatrogène	Au final si on fait une colo pour rien, et qu'il y a une perforation...
Provoquer des dépenses de Santé	Ben après ça coûte cher.
Perdre son raisonnement clinique	C'est plus stressant. Déjà, on voit beaucoup de patients. J'étais à l'hôpital de *nom de ville* pour les urgences. Du coup on a eu un flux qui était énorme. On voyait beaucoup de patients tout le temps, et je pense que des fois on était automatique, on prescrivait beaucoup et c'est seulement dans d'autres stages que je me suis rendu compte que oui, les erreurs, ça allait vite.

f. Bénéfices

Aucun bénéfices n'a été retrouvé pendant l'entretien.

g. Facteurs protecteurs

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 4. {Tableau 37}

Tableau 36 : Propriétés de la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 4

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Utiliser sa peur comme moteur	Après je crois pas qu'elle soit paralysante non plus, ou qu'il y ait des moments où j'arrive plus à faire ce que je dois faire à cause de cette peur. Mais elle est quand même toujours présente, Je pense plutôt positivement.
Ne pas avoir commis d'erreur grave	Je réfléchis. Des petites erreurs si mais pas des erreurs qui ont eu des conséquences graves.
Avoir l'impression d'avoir donné son maximum / Se rassurer sans MD / Cadrer	Je le gère en essayant de cadrer au maximum et en vérifiant, comme ça j'ai l'impression de faire tout mon possible pour pas que ça arrive.
Etre seniorisé / Porter la responsabilité morale	Oui peut-être, non mais c'est dur parce qu'en Saspas on a toujours quelqu'un à qui reparler les soirs, donc.. (...) Oui quand même. Je pense que ça nous décharge un petit peu Même si on parle de ce qu'on veut, donc si on a oublié de dire quelque chose le soir, on l'a pas dit et puis c'est pas pris en compte.
Etre conscient du risque de poursuite	Oui, je crois que c'est ça qui me stresse le plus. Le patient, la famille. Après la poursuite judiciaire, je crois qu'on va tous en avoir une dont je me fais à l'idée.

h. Ce que je fais

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 4. {Tableau 38}

Tableau 37 : Propriétés de la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 4

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Avoir conscience que les recommandations aident mais de manière imparfaite	<p>Je trouve que c'est contenant mais j'ai l'impression des fois que c'est de la fausse...</p> <p>Je sais pas comment dire, mais des fois je me dis « t'es dans les recos », mais des fois au fond de soi, on sent qu'on a beau être dans les recos, il y a un truc qui colle pas quoi. Hum.</p> <p>Donc c'est contenant mais...</p>
Avoir conscience que les recommandations aident mais de manière imparfaite	<p>Oui c'est ça on a beau respecter tous les critères finalement, il y a un petit quelque chose qui nous fait penser que non, donc...</p>
Recontacter les patients	<p>Donc oui c'est pas facile, mais par contre on peut rappeler les gens et ça, une fois qu'on l'a en tête, ça va mieux.</p>
Cadrer	<p>Je le gère en essayant de cadrer au maximum et en vérifiant, comme ça j'ai l'impression de faire tout mon possible pour pas que ça arrive.</p>
Vérifier	<p>Ah oui, j'y pense tout le temps. Je pense que ça va vite.</p> <p>Ouais, ouais, je suis un peu obsessionnel de l'erreur moi. J'aime bien vérifier tout le temps. Et reverifier</p>
Vérifier	<p>Ben à chaque fois que je prends en charge un patient, tout le temps, il y a au moins une fois dans la prise en charge où je vérifie tout plusieurs fois.</p>
Ne pas faire confiance	<p>Ben après je trouve ça un peu stressant parfois ton équipe, parce que bon, on peut pas vérifier tout ce que les autres font tout le temps.</p> <p>Donc ça je trouve que ça peut être un peu stressant. Dédramatiser</p>

i. Ce qu'il faudrait faire

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 4. {Tableau 39}

Tableau 38 : Propriétés de la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 4

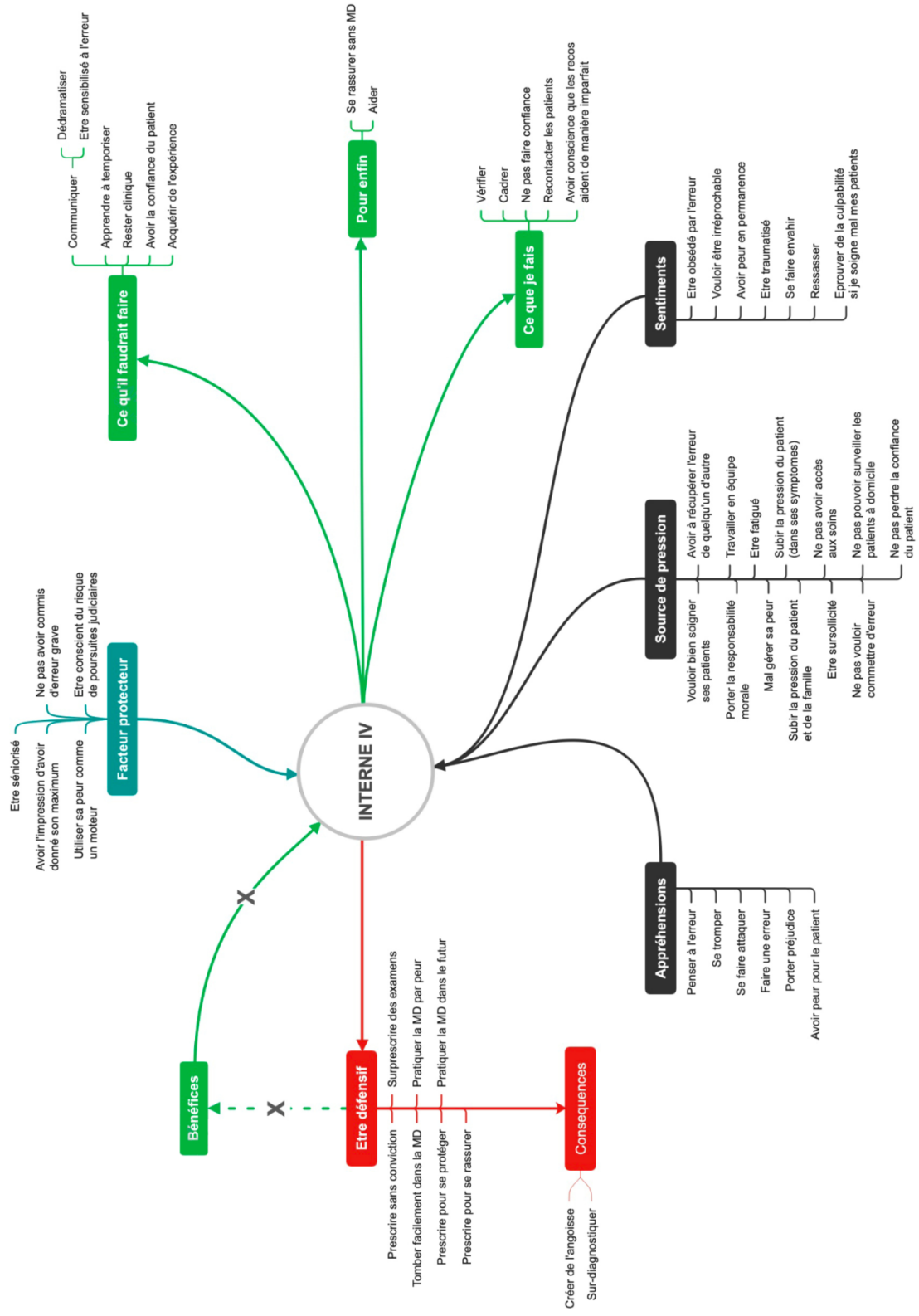
PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Dédramatiser /Etre sensibilisé à l'erreur	<p>Alors j'ai participé à un séminaire sur la gestion de la peur de l'erreur, surtout sur la notion d'erreur, et c'était intéressant. Je suis content de l'avoir eu. Parce qu'avant je pense qu'il y avait effectivement des petites choses qui pouvaient me paralyser parfois.</p> <p>Et juste de dire « bon bah finalement tout le monde fait des erreurs », de sur on va en faire. Ça dédramatise un peu oui. J'aurais bien aimé la voir avant mes urgences, par exemple.</p>
Apprendre à temporiser	<p>Et je pense que d'avoir eu le séminaire, enfin si je l'avais eu avant il y aurait peut être des choses que j'aurais plus fait attendre, ou j'aurais été plus attentive.</p>
Avoir la confiance du patient	<p>Parce que oui, ils ont toute confiance en leur médecin traitant là ou j'étais en stage.</p> <p>Donc c'est vraiment : ils ne vont pas regarder sur internet s'il y a un symptôme qui leur semble bizarre ou quoi.</p> <p>Tout est... Enfin pas tout le monde, mais quand même la plupart des patients c'était comme ça.</p> <p>Ils connaissaient le médecin depuis, ils venaient pas souvent. C'était vraiment..</p>
Acquérir de l'expérience	<p>En solutions ? J'en ai pas trop, à part peut être l'expérience.</p>
Rester clinique	<p>Non, pas trop. Là où j'étais c'était vraiment de la médecine de campagne où c'était bien.</p> <p>On aide les gens quoi, les hôpitaux, ils sont pas tout près. On restait vraiment clinique. et puis c'était pas du tout dans la culture, les plaintes, etc.</p> <p>C'était pas dans la culture des gens qui étaient là-bas.</p>

j. Pour enfin

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 4. {Tableau 40}

Tableau 39 : Propriétés de la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 4

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Aider	<p>Non, pas trop. Là où j'étais c'était vraiment de la médecine de campagne où c'était bien.</p> <p>On aide les gens quoi, les hôpitaux, ils sont pas tout près. On restait vraiment clinique. et puis c'était pas du tout dans la culture, les plaintes, etc.</p> <p>C'était pas dans la culture des gens qui étaient là-bas.</p>
Se rassurer sans MD	<p>Je le gère en essayant de cadrer au maximum et en vérifiant, comme ça j'ai l'impression de faire tout mon possible pour pas que ça arrive.</p>



5. Résultats de l'entretien 5

a. Appréhensions

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 5. {Tableau 41}

Tableau 40 : Propriétés de la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 5

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Mal diagnostiquer / Mal prescrire / Mal orienter / Mal juger la gravité d'une situation	L'erreur médicale c'est être passé à côté d'un diagnostic ou avoir fait un mauvais diagnostic. De se planter dans une ordo. Ou avoir mal orienté le patient et de se planter en disant « c'est un truc bénin » puis au final on apprend qu'il est allé aux urgences ou qu'il a reconsulté le lendemain.
Faire une erreur	J'ai eu une fois, où je suis passé à côté d'une fracture aux urgences, un petit qui avait mal au pied, emmené par sa maman. Bon, comme ça il faisait pas trop douloureux, il marche, on lui donne du Doliprane et on voit avec le senior. Il dit « on réévalue ». On lui donne le Doliprane, le gosse il marchait comme pas deux. On a rien vu de particulier à la radio. Et puis le lendemain ou le surlendemain, relecture par le radiologue, il y avait une fracture qu'on avait pas vu. Du coup, ils ont rappelé le petit pour qu'il soit plâtré.
Perdre la relation	Oui, moi je pense que clairement ça par contre, l'erreur médicale je pense que ça peut être clairement un élément qui fout la zizanie dans une relation médecin patient. Parce que, et je pense qu'on en est témoin tous au cabinet, c'est que tu en as un qui va te trouver : « ah ben je viens chez vous parce que l'autre il a pas su trouver mon diagnostic, il a pas su faire ci, il n'a pas su faire ça »
Perdre la confiance du patient	Sauf que le patient, à ce moment là, il va perdre la confiance qu'il avait pu avoir dans son médecin.

Ne pas être compris par le patient

Et il y en a qui pour lesquels « celui là, il s'est trompé avec moi, je veux pas en entendre parler ».

Perdre la relation

Et clairement, dans la relation médecin patient, plus dans le sens patient vers le médecin, je pense que ça a une influence, mais je sais que ça peut en avoir aussi dans certains cas dans le sens médecin patient parce qu'il y en a ou dès qu'ils ont fait une erreur, bah ils se mettent en mode tout petit dans leurs souliers et ils osent plus affronter leur patient et du coup derrière ça influe trop leur prise en charge aussi. Parce qu'ils se sentent redevables ou responsables de leurs erreurs et ça influe complètement leur relation avec leur patient. Pour le coup, moi ça m'est pas arrivé, mais j'en ai été témoin, en échangeant avec les confrères.

Perdre la confiance du patient / Etre seul

Je pense que c'est un élément qui est hyper important dans nos relations, dans notre métier, la confiance, que ça soit avec nos collègues, nos patients, et que je pense qu'on a la trouille de casser ce lien et de se retrouver seul.

Se faire attaquer

Ça peut être aussi les patients, puisqu'on a des patients qui sont très revendicateurs et qui viennent en course avec leur liste. Mais il y en a aussi qui vont nous mettre la pression en disant « si vous passez à travers ou si vous n'avez pas le bon diagnostic, que vous m'avez pas pris au sérieux, je vous attaquerai ».

b. Sources de pression

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 5. {Tableau 42}

Tableau 41 : Propriétés de la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 5

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Subir la pression de la hiérarchie	<p>Ah ben des sources de pression on en a de toute façon. Dans notre mode d'exercer, ça peut être aussi si on a une hiérarchie, suivant la hiérarchie qu'on a au dessus de nous, la pression qu'elle peut nous mettre, ou l'institution.</p> <p>Quand c'est pas les chefs, ça peut être l'hôpital, la direction qui nous parle de chiffres, de trucs comme ça.</p>
Subir la pression de manière général	<p>Je pense qu'il y a toutes les sources de pression qui sont extérieures.</p>
Se mettre la pression soit-même	<p>Après, je pense qu'il y en a qui peuvent se la mettre intérieurement en répondant à la question que tu as dit avant, et ça influe aussi leur pratique pour le coup.</p> <p>Moi non, c'est pas une pression que je me mets personnellement, si je dois avoir une pression que je dois ressentir, ça sera forcément un truc extérieur.</p>
Subir la pression du patient	<p>Ça peut être aussi les patients, puisqu'on a des patients qui sont très revendicateurs et qui viennent en course avec leur liste.</p> <p>Mais il y en a aussi qui vont nous mettre la pression en disant « si vous passez à travers ou si vous n'avez pas le bon diagnostic, que vous m'avez pas pris au sérieux, je vous attaquerai ».</p>

c. Sentiments

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sentiments » dans l'entretien 5. {Tableau 43}

Tableau 42 : Propriétés de la catégorie « sentiments » dans l'entretien 5

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Ne plus s'y retrouver	<p>Et du coup ben c'est là que tu vas tomber dans ce que j'ai pu voir, certaines fois en stage, dans la prescription où tu vois une douleur abdo, ben douleurs abdo et tu te mets à doser des trops des D-dimères et à faire des scanners à tout le monde.</p> <p>Et derrière bah tu te retrouves plus dans ce que tu fais, ton patient il part dans tous les sens.</p>
Etre menacé	<p>J'ai eu le cas une fois avec un chef, une patiente qui vient avec des symptômes neuro qui ressemblaient à rien et qui dit « si je fais un AVC ici, ce sera votre faute, on vous mettra au tribunal », bon voilà...</p>
Etre menacé	<p>La plupart du temps ça se passe bien et après les plus revendicateurs c'est ceux qui vont commencer à dire « ouais bah vous avez une obligation, je vous emmène en justice derrière » bon bah voilà...</p>
Ressentir de la honte	<p>Mais c'est clair que c'est un tabou aujourd'hui et c'est dur de dire pour un médecin, t'as l'impression que ça fait mal de dire « je me suis trompé » quoi, il y en a, tu sens que ouais non, faut pas le dire ou il faut se cacher.</p>
Créer un tabou	<p>Il m'a été utile dans le sens pour mettre un mot sur la médecine défensive et mettre des mots sur ce concept. Plus pour voir que... Voilà, qu'en effet c'est un tabou.</p>

Créer un tabou / Refuser
l'erreur / Ressentir de la
honte

Non parce que je pense que dans notre façon d'exercer en France, c'est clairement un tabou aujourd'hui.

Je pense qu'on refuse l'erreur aujourd'hui ou en tout cas on refuse de l'admettre.

Je pense que c'est quelque chose, quand on la sait, on la passe sous silence.

Avoir peur / Se
dévaloriser / Perdre
confiance

Parce que je pense qu'on a peur. Ça touche notre ego je pense.

Et puis on a peur du regard des autres, des collègues, du patient.

Appréhensions de se sentir dévalorisé, nul, et de perdre justement de la confiance.

Se dévaloriser / Remettre
en question le sens de
son métier

Et voilà. Et de se faire reprocher et de se le reprocher et que ça casse le lien.

Je pense qu'il y en a certains même qui ont peur de perdre le sens de leur métier aussi en se disant ouais je me suis trompé, j'ai pas la droite de me tromper, pourquoi je fais ça quoi.

Se renfermer dans son
erreur / Déprimer /
Refuser l'erreur /
Ressentir de la honte /
Pratiquer dans la peur

Que même les meilleurs médecins y sont exposés et que c'est un truc qui a du mal à être validé et accepté par les personnes même, et que ça peut être source de honte et des fois pire de dérives où bah du coup les médecins s'enferment et tombent dans des spirales négatives et ça vire dans de l'anxio-dépression, des trucs comme ça.

Et comment ça peut influencer les pratiques.

Ressentir du doute /

Clairement, vraiment... ça fait que je me répète pas mal un peu tout à l'heure, mais c'est

pas du tout un truc qui me... Ouais, nan à un moment, je pense qu'il y a des situations qui peuvent faire douter, mais à partir du moment où on a décidé de prendre la décision je pense qu'il faut qu'on aille au bout des choses.

Se renfermer dans son
erreur / Pratiquer dans la
peur

Mais ça je suis complètement d'accord pour le coup. Moi je pense que c'est mon tempérament qui fait que j'ai pas peur, et de mes expériences autour de la médecine qui font que je pense que du coup j'ai moins cette appréhension là. Par contre, pour l'avoir vécu, enfin pour le voir avec mes co-internes quand je suis en stage avec eux autrement, on sent qu'il y en a, pour eux c'est quelque chose qui est un vrai frein dans leur pratique et qui ont tout le temps besoin d'avoir un garde fou, d'être réassuré là dedans, à se dire « p...., si je me suis planté, qu'est ce que ça va être ? » ou qui sont traumatisés par une situation où ils se sont planté dans une douleur tho.

Et du coup ils vont être, tu le sens, systématiquement, ils tombent dans la sur-prescription où ils se renferment dans l'erreur qu'ils ont pu faire une fois.

Et du coup, plutôt que d'en tirer des enseignements et dire « bon bah voilà, je suis tombé sur cette situation et bon, il faudra peut être que je fasse mieux et que je fasse différemment la prochaine fois », ils tombent plus dans la peur et à se dire « ah bah non bon faut que je me couvre » et ils balancent, ils balancent, ils balancent, ils balancent.

Et d'ailleurs quand on parle en séminaire avec eux, ils vont dire « ah bah maintenant je fais ça pour me couvrir » et on perd le sens du raisonnement là dessus.

Etre menacé

Ça peut être aussi les patients, puisqu'on a des patients qui sont très revendicateurs et qui viennent en course avec leur liste.

Mais il y en a aussi qui vont nous mettre la pression en disant « si vous passez à travers ou si vous n'avez pas le bon diagnostic, que vous m'avez pas pris au sérieux, je vous attaquerai ».

d. Etre defensif

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « être défensif » dans l'entretien 5. {Tableau 44}

Tableau 43 : Propriétés de la catégorie « être défensif » dans l'entretien 5

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Tomber dans la dérive / Sur prescrire	<p>Et quand je te dis la douleur abdo qu'on voit dans l'hôpital où j'ai fait mes urg, ou la cheffe pareil, elle a été confrontée une fois à une situation qui s'est mal passé.</p> <p>Et depuis, c'est tout, tout, tout, elle envoie des trop, bilan hépatique, tout, la totale.</p> <p>Et tu te retrouver tout le temps avec des Ddimères positifs que t'envoyait à l'angioscan et que tu retrouvait rien, où tu retrouves celle qui venait pour une douleur fosse iliaque gauche, elle se retrouvait avec une EP distale, ou tu appelais les cardio qui ne savait pas quoi en faire et au final on tombait dans de la dérive complète.</p>
Se protéger	<p>Parce que c'est de la médecine défensive où on envoie pour se protéger quoi.</p>
Surprescrire	<p>Et du coup ben c'est là que tu vas tomber dans ce que j'ai pu voir, certaines fois en stage, dans la prescription où tu vois une douleur abdo, ben douleurs abdo et tu te mets à doser des trops des D-dimères et à faire des scanners à tout le monde.</p> <p>Et derrière bah tu te retrouves plus dans ce que tu fais, ton patient il part dans tous les sens.</p>

Surprescrire / Se protéger

Mais ça je suis complètement d'accord pour le coup. Moi je pense que c'est mon tempérament qui fait que j'ai pas peur, et de mes expériences autour de la médecine qui font que je pense que du coup j'ai moins cette appréhension là. Par contre, pour l'avoir vécu, enfin pour le voir avec mes co-internes quand je suis en stage avec eux autrement, on sent qu'il y en a, pour eux c'est quelque chose qui est un vrai frein dans leur pratique et qui ont tout le temps besoin d'avoir un garde fou, d'être réassuré là dedans, à se dire « p...., si je me suis planté, qu'est ce que ça va être ? » ou qui sont traumatisés par une situation où ils se sont planté dans une douleur tho.

Et du coup ils vont être, tu le sens, systématiquement, ils tombent dans la sur-prescription où ils se renferment dans l'erreur qu'ils ont pu faire une fois.

Et du coup, plutôt que d'en tirer des enseignements et dire « bon bah voilà, je suis tombé sur cette situation et bon, il faudra peut être que je fasse mieux et que je fasse différemment la prochaine fois », ils tombent plus dans la peur et à se dire « ah bah non bon faut que je me couvre » et ils balancent, ils balancent, ils balancent, ils balancent.

Et d'ailleurs quand on parle en séminaire avec eux, ils vont dire « ah bah maintenant je fais ça pour me couvrir » et on perd le sens du raisonnement là dessus.

e. Conséquences

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « conséquences » dans l'entretien 5. {Tableau 45}

Tableau 44 : Propriétés de la catégorie « conséquences » dans l'entretien 5

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Provoquer des dépenses de santé	Et puis si tu dépends d'une structure, bah tu augmentes des coûts qu'il ne devrait pas y avoir.
Faire bénéficier du diagnostic fortuit à l'échelle individuelle mais en pâtir à l'échelle collective	<p>Donc elle va voir le positif sur une situation, mais sur une situation sur combien ?</p> <p>C'est à dire que, au final, oui, forcément, il y a un jour, en étant sur mode là, tu vas tomber sur l'EP massive que tu cherchais pas, tu vas tomber sur l'AVC que tu cherchais pas.</p> <p>Mais pour autant pour tout ce que t'auras fait à côté, est ce que le jeu en vaut la chandelle ?</p> <p>Je ne suis pas sûr. Donc oui, dans cette situation on va dire « ah ben tu vois, j'ai fait ça », « ah ouais, si je l'avais pas fait, je serais pas tombé dessus ».</p> <p>Mais sauf que pour combien de situations à côté où t'as fait des trucs à outrance ?</p> <p>Je ne suis pas sûr que quand tu fais la balance bénéfice risque, de mon point de vue, qu'on retombe sur nos pattes à faire de la médecine défensive à outrance.</p>

Créer un mur

Je ne suis pas convaincu. Je pense que ceux qui ont un certain niveau d'éducation peuvent le comprendre, parce que du coup je pense qu'ils sont au fait de l'erreur médicale et du coup du rôle du médecin.

Après c'est pas pour faire de dessin ou faire des catégories, mais je pense que ceux qui ont un niveau d'éducation moindre et qui ont moins de connaissance du système de santé et du travail de médecin, ben eux pour eux ouais, je pense que ça c'est un truc qu'ils ne conceptualisent pas du tout et qu'ils peuvent pas comprendre que le médecin puisse ressentir ça et qui eux peuvent pas comprendre pourquoi le médecin s'est trompé et du coup clairement ça... Mais je pense que ça peut créer un mur assez important. Et pour autant des gens cortiqués et avec un niveau d'éducation élevé aussi peuvent être compréhensifs comme d'autres dire « ah ben non quand même, c'est pas justifié, pourquoi vous m'avez pas fait l'IRM là, pourquoi vous avez pas fait ci », parce qu'ils sont au fait du système et du coup ben ils connaissent les ficelles et ils peuvent aussi se servir de ce moyen de pression là.

Perdre sa capacité de jugement

Et du coup ben c'est là que tu vas tomber dans ce que j'ai pu voir, certaines fois en stage, dans la prescription où tu vois une douleur abdo, ben douleurs abdo et tu te mets à doser des trrops des D-dimères et à faire des scanners à tout le monde.

Et derrière bah tu te retrouves plus dans ce que tu fais, ton patient il part dans tous les sens.

Perdre sa capacité de jugement

Non ben je pense que j'arrive à garder mon libre arbitre par rapport à ça.

Et je pense à mon sens, dans mon exercice, c'est juste un truc qui est primordial, parce que je me dis que le jour où tu commences à te faire bouffer par tout ce qui est autour, et bien au final tu fais plus ta médecine.

Tu perds ton libre arbitre, tu perds ton... Tu perds ton jugement quoi, qui te permet de te faire ton avis sur une situation.

Perdre sa capacité de jugement

Mais ça je suis complètement d'accord pour le coup. Moi je pense que c'est mon tempérament qui fait que j'ai pas peur, et de mes expériences autour de la médecine qui font que je pense que du coup j'ai moins cette appréhension là. Par contre, pour l'avoir vécu, enfin pour le voir avec mes co-internes quand je suis en stage avec eux autrement, on sent qu'il y en a, pour eux c'est quelque chose qui est un vrai frein dans leur pratique et qui ont tout le temps besoin d'avoir un garde fou, d'être réassuré là dedans, à se dire « p...., si je me suis planté, qu'est ce que ça va être ? » ou qui sont traumatisés par une situation où ils se sont planté dans une douleur tho.

Et du coup ils vont être, tu le sens, systématiquement, ils tombent dans la sur-prescription où ils se renferment dans l'erreur qu'ils ont pu faire une fois.

Et du coup, plutôt que d'en tirer des enseignements et dire « bon bah voilà, je suis tombé sur cette situation et bon, il faudra peut être que je fasse mieux et que je fasse différemment la prochaine fois », ils tombent plus dans la peur et à se dire « ah bah non bon faut que je me couvre » et ils balancent, ils balancent, ils balancent, ils balancent.

Et d'ailleurs quand on parle en séminaire avec eux, ils vont dire « ah bah maintenant je fais ça pour me couvrir » et on perd le sens du raisonnement là dessus.

f. Bénéfices

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « bénéfices » dans l'entretien 5. {Tableau 46}

Tableau 45 : Propriétés de la catégorie « bénéfices » dans l'entretien 5

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Diagnostiquer de manière fortuite	Alors je pense qu'elle peut avoir des côtés positifs parce que je pense que certaines fois du coup, la médecine défensive, elle va pouvoir... elle va permettre de diagnostiquer des trucs sur lesquels on ne serait pas tomber si on n'avait pas fait toute cette panoplie d'examen.

g. Facteurs protecteurs

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 5. {Tableau 47}

Tableau 46 : Propriétés de la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 5

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre seniorisé / Ne pas porter la responsabilité	<p>Ou j'ai ressenti le besoin de me défendre ?</p> <p>Ça peut être typiquement l'exemple que je t'ai dit.</p> <p>L'autre coup de celle qui venait avec un tableau neuro qui ressemble à rien et qui dit « ben si vous ne faites pas l'IRM je vous attaque ».</p> <p>Mais tu lui expliques qu'il n'y a rien, de toute façon tu l'as pas à ce moment là l'IRM et que ses symptômes ça colle pas avec ça.</p> <p>Et à ce moment là, ouais, je me suis retrouvé... tu te retrouves un peu acculé à ce moment là</p> <p>quand même, quoi. Où tu te dis « bon, qu'est ce que je fais ? ».</p> <p>Et puis bon bah après voilà, j'a vais la chance d'avoir le sénior à ce moment, mais sinon.</p>
Etre conscient du risque d'erreur et vivre avec	<p>Non, pas spécialement.</p> <p>Pas spécialement parce que je pense que ça fait partie de nos études et de notre métier qu'on ne peut pas être à 100 %.</p> <p>Donc forcément qu'on va en faire.</p>
Etre seniorisé / Ne pas porter la responsabilité	<p>Après les fois où ça m'est arrivé ça j'avais le garde fou du Senior.</p>
Etre soutenu	<p>Au final, non... Non, je pense pas que c'est quelque chose... là ça a été un soutien et ça m'a permis de le faire parce que j'avais la possibilité de discuter. Après, si j'avais été seul, ma prise en charge n'aurait pas été différente.</p>
Etre conscient du concept de MD	<p>Oui, complètement. La médecine défensive est... Non seulement je n'en ai entendu parler, mais j'en ai vu.</p>

Etre conscient du concept de MD	<p>J'en avais entendu parler, et pour avoir échangé un peu avec... Je pense que le terme médecine défensive même, je l'ai pas entendu, j'en ai été témoin avant de connaître le mot. Du coup, dans mon semestre aux urgences.</p>
Etre conscient du concept de MD	<p>Et du coup, ça m'a permis plus de de mettre des mots plus justes sur le concept et pas seulement dire dire « ah ouais elle fait ça pour se couvrir ». A la base je le disais, mais je savais pas, je n'allais pas lui dire « ouais, tu fais de la médecine défensive quoi ». Donc ça a permis plus de cerner le concept.</p>
Se protéger avec les recommandations	<p>Parce que moi du coup, dans les situations où je suis pas sûr de moi, où je vais me retourner ça va être les recos. Et je vais me fier à leur diagnostic. Je vais suivre l'arbre, ou je vais voir ce que me disent les Spé en fonction de leur reco et je me fier à ça. Et ça pour le coup, oui, je pense que ça, ça, pour le coup, ça va être un peu mon garde fou quoi.</p>
Etre compris par le patient	<p>Et il y en a qui comprennent que l'erreur médicale, ça fait partie de notre métier.</p>
Etre conscient du concept de MD	<p>Moi je pense que c'est clairement quelque chose qui peut avoir vraiment sa place, parce que c'est pas parce que j'en ai pas peur que c'est pas un sujet sur lequel je peux échanger ou quoi.</p>
Rattraper son erreur / Ne pas mal vivre son erreur	<p>Non... Non, ça a été juste... Voilà, je me suis dis dans la garde c'est passé dans la passoire. Mais on a pu rattraper parce qu'on a eu une garde de fou avec le radiologue. Mais sinon je l'ai pas mal vécu non plus quoi.</p>

Mettre en lien la MD avec des situations que j'avais déjà vu

Et je crois que je l'avais entendu... Je l'ai entendu, c'est sur un séminaire, je crois, où on avait abordé... justement c'était le séminaire sur l'erreur médicale en France et il nous avait montré une vidéo d'un speech, tu sais, la vidéo c'est un.... (...) Oui les TED, la conférence TED d'un canadien qui avait fait son speech sur l'erreur médicale.

Et c'est là que du coup j'avais mis le mot sur le concept duquel j'avais été témoin

et je me suis dit « non mais en fait c'est ça la médecine défensive ».

C'est comme ça qu'elle fonctionnait la cheffe que j'avais eue, ou que j'ai pu voir ailleurs.

Et je me suis dit c'est ça.

h. Ce que je fais

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 5. {Tableau 48}

Tableau 47 : Propriétés de la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 5

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre dans l'échange avec le patient / Expliquer à mon patient	Avec mes patients je suis dans l'échange, et la plupart arrivent à comprendre quand je me justifie en leur disant, en leur expliquant le pourquoi je vais pas faire un scanner, pourquoi j'ai pas fait une IRM, pourquoi je vais pas partir dans tous les sens.
Faire des concessions / Ne pas céder à tout	Je peux faire des concessions, je pense que j'en fais certaines fois en consultation, mais c'est après avoir échanger, argumenter et sentit une vraie inquiétude du patient qui n'est pas motivé par derrière par des représailles quoi. A ce moment là, je vais pouvoir concéder une partie, mais jamais je vais tomber dans le dans le « je veux ça, ça et ça » alors « je vous le donne ».
Rationaliser	Moi directement, non. Après, quand on a échangé avec le sénior, c'est vrai qu'au début on a dit «ah p.... Oui et puis si au final elle le fait... ». Mais en fait on s'est posé la question et on a repris, on a repris la situation, on s'est dit « mais si elle fait son AVC ça sera pas pour les symptômes qu'elle a, pour lesquelles elle a consulté, c'est qu'entre temps elle aura fait un truc mais qu'on pouvait pas anticiper ».
Instruire le patient	Et quand c'est comme ça, souvent, même si je peux avoir un doute, je laisse la porte ouverte à mes patients et je leur dis «ben écoutez, si d'ici deux ou trois jours vous n'avez pas d'amélioration ou s'il y a quelque chose qui vous alarme, vous hésitez pas, vous me recontacter ». On discute.

Rester accessible	Ouais voilà, je vais plus être... Par contre je vais pas me fermer puis tirer le rideau et dire «non bah j'ai dit que c'est comme ça, c'est comme ça et vous me rappelez pas » et puis et puis me cacher quoi.
Instruire le patient	Je leur dis bien si il y a une situation où j'ai un peu de doute, où je me dis que ça peut bouger, je leur dit « si il y a l moindre souci, vous rappelez le cab » ou je leur donne les motifs de consultation aux urgences. Ça vraiment c'est un truc que je fais systématiquement dans mes consults de med gé ou je peux avoir un petit doute qui plane, à ce moment là, je leur dis si il y a le moindre doute, si ça vient à évoluer dans le mauvais sens : « ou vous me contacter, ou vous allez directement aux urgences ».
Suivre les recommandations	Oui. Est ce que ça peut être en gros un refuge à dire j'ai suivi les recos, donc c'est bon ? Oui je pense que oui.
Instruire le patient avec les recommandations	Et comme des patients vont de poser des questions, je vais leur dire « bah écoutez les recommandations, les études scientifiques ont montré que ça, c'est ça qu'on doit faire dans votre situation ». Donc, oui, ça va être un outil pour moi les reco.
Instruire le patient avec les recommandations	: Bah complètement ! Ça arrive aussi, des fois quand je suis au cab je tourne l'écran et je leur montre aux gens, « voilà pourquoi on fait ça. Voilà pourquoi quand tu as un nodule thyroïdien, je vais leur dire voilà pourquoi on fait une échographie et pas une ponction. Parce que les recommandations des endocrinologues disent qu'il faut faire ça et ça ». Donc oui, si par contre ça les reco, pour moi c'est clairement un outil sur lequel je peux m'appuyer.
Savoir se remettre en question / Suivre sa ligne directrice	Ça ne veut pas dire dire que notre patient a eu tort ou que je reviendrai pas sur ce que j'ai dit, mais que sur le moment je suis convaincu malgré tout de ma prise en charge.

Instruire le patient

Où j'ai ressenti le besoin de me défendre ?

Ça peut être typiquement l'exemple que je t'ai dit.

L'autre coup de celle qui venait avec un tableau neuro qui ressemble à rien et qui dit « ben si vous ne faites pas l'IRM je vous attaque ».

Mais tu lui expliques qu'il n'y a rien, de toute façon tu l'as pas à ce moment là l'IRM et que ses symptômes ça colle pas avec ça.

Et à ce moment là, ouais, je me suis retrouvé... tu te retrouves un peu acculé à ce moment là

quand même, quoi. Où tu te dis « bon, qu'est ce que je fais ? ».

Et puis bon bah après voilà, j'a vais la chance d'avoir le sénior à ce moment, mais sinon.

Donner sons maximum / Rationaliser

Non, non, ce n'est pas quelque chose qui influe dans ma prise en charge.

Je me dis pas « putain, faut pas que je me plante », je sais que je vais donner le max de ce que je peux donner en me disant « bah moi je pense que c'est ça que je dois faire ».

Après je me dis pas « putain je peut être qu'il faut que je fasse ça, que je fasse ça » et puis au final tomber dans la sur prescription ou un truc comme ça.

Et je me dis « non, voila » il faut... C'est pas du tout quelque chose qui m'effraie.

Suivre sa ligne directrice

Clairement, vraiment... ça fait que je me répète pas mal un peu tout à l'heure, mais c'est

pas du tout un truc qui me... Ouais, nan à un moment, je pense qu'il y a des situations qui peuvent faire douter, mais à partir du moment où on a décidé de prendre la décision je pense qu'il faut qu'on aille au bout des choses.

i. Ce qu'il faudrait faire

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 5. {Tableau 49}

Tableau 48 : Propriétés de la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 5

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Echanger entre confrères	Complètement. En fait en communiquant aussi, je pense que l'on continue de se former aussi, parce qu'en échangeant du coup on va peut être échanger avec le collègue qui aura lu un papier sur ça ou qui se sera documenté sur ça, plutôt que des fois avoir tout le temps la formation professionnelle continue.
Echanger entre confrères / Sensibiliser sur l'erreur / Créer une culture positive de l'erreur	Moi je pense que c'est clairement de la sensibilisation, mais je pense que voilà que... Alors moi je suis pas un pro des réunions, des groupes de parole parce que je trouve qu'on fait déjà des patacaisses de tout ça, on fait des réunions pour rien dire tout le temps. Par contre pour autant, le fait de parler des erreurs médicales, je pense que quand on est dans une MSP ou à l'hôpital, de se faire une bouffe tous les six mois, on se dit vas y, on parle des situations qu'on a trouvé complexes, où on s'est planté, et qu'on échange juste comme ça, mais pas dans une ambiance un peu lourde, pesante, où on a l'impression qu'on est évalué truc comme ça. Juste un petit groupe dans un moment sympa et où on échange et à ce moment là, parler. Je pense que c'est un truc qui peut être cool, ou en fait pour un peu déstigmatiser aussi cette erreur. Et plutôt que d'être tous autour d'une table avec nos feuille à gratter, ça peut être... ça peut être bien aussi, mais qu'il y ai un truc qui dédramatise aussi l'erreur là au milieu, qui soit un travail, mais où on n'en fait pas aussi des tonnes quoi.

Echanger entre confrères
/ Tirer des
enseignements de notre
erreur

Plutôt que de le garder pour toi et puis dire « p.... mais j'ai fais une erreur, faut surtout pas que je le dise, j'essaierai de pas y penser la prochaine fois », mais au final, la prochaine fois l'autre il va être comme ça à trembler et puis il va repenser, ressasser, ressasser, ressasser, il a échangé avec personne, il a pas avancé et tu crées une situation qui s'enlise.

Donc oui pour moi c'est de la com', on y revient tout le temps au final. C'est juste d'échanger et je pense qu'il n'y a pas besoin de faire des réunions de 3h en fait.

Donc ça peut être autour d'une bouffe, mais ça peut être dix minutes à la fin de la journée ou à la fin d'une semaine.

Tu vas vers ton chef, vers ton collègue, tu dis « écoute, j'ai été confronté à ça, t'en penses quoi toi ? », et ça démystifie l'erreur et basta.

On avance quoi.

Sécuriser par la
communication

Donc voilà, pour moi c'est quand même la communication, c'est le pivot central pour ces situations quoi.

Echanger entre confrères

Et du coup on a pu en parler en plus avec mon sénior et aussi l'autre sénior qui était là ce soir là, et on n'était plusieurs à aller dans ce sens là.

Donc d'avoir pu échanger avec mon sénior, d'être plusieurs à pouvoir échanger sur le sujet à ce moment là, je pense que ça a aidé.

Echanger entre confrères

Si j'avais été tout seul dans mon cabinet, je pense que j'aurais finalement eu le même raisonnement... mais peut être que j'aurais eu besoin de dire avec un collègue, si j'étais en MSP ou quoi, de lui dire « bon bah voila j'ai eu cette patiente » et peut être d'en reparler un coup le soir pour avoir l'aval d'un confrère, qui dit « non mais t'as bien fait », et d'avoir besoin d'échanger à ce moment là.

Tirer des enseignements
de nos erreurs

La faire sur certaines situations quand ça va nous remémorer la situation qui nous a entraîné là dessus et qu'on dit « ah tiens, ça me rappelle ces douleurs abdo que j'avais vu, ah ben je vais faire ça » là, on se met en mode défensif parce que on se rappelle, alors oui là je pense qu'elle peut avoir du positif.

S'adapter	Par contre si après tu la dérive à toutes les douleurs abdo, là je prends mon exemple de douleur abdo, là à ce moment là, je pense que non, le positif en vaut pas le coup.
Faire corps dans la profession	Alors que si on avait été à la place de notre confrère, c'est souvent ce que je leur dis, ben dans la situation dans laquelle il a fait, il a fait les choses comme il l'a fait, il est passé au travers à ce moment là, ou il pouvait pas détecter, ça arrive. J'ai dit « ça arrive à mon confrère, ça peut arriver à moi ».
Echanger sur l'erreur	Mais après il y a toute les RCP, les trucs, ou les concertations après erreur médicale. Mais je pense que c'est des réunions, en comparaison du nombre d'erreurs qui peuvent être faites, on pisse dans un violon, c'est minime à côté de toutes les erreurs médicales qu'on pourrait analyser et sur lesquelles on pourrait faire des feedback.
Sensibiliser à la MD	Et au contraire, je pense qu'il faut qu'on nous sensibilise tous à ça.
Sensibiliser à la MD	Et notamment moi je me dis tu vois, aujourd'hui je fais mon Saspas, je me dis si un jour je dois accueillir des étudiants, c'est peut être un des premiers trucs que j'oserai aborder avec eux l'erreur médicale et tout ça, la médecine défensive, le concept et de pouvoir en parler parce que justement j'aurais peut être moi aimé à un moment donné qu'on m'en parle.
Créer une culture positive de l'erreur	Parce que je trouve que c'est quelque chose dans notre cursus dès la première année, en fait, on a tendance à mettre de la honte autour de l'erreur ou à plus à te montrer que tu sais pas par exemple, plutôt que de valoriser tes erreurs et valoriser ce que tu sais. Tout au long de notre cursus, que ce soit quand on coche les QCM ou les trucs comme ça, on a toujours peur du regard des autres parce qu'on a toujours peur de se tromper. Alors que pour autant, ben c'est c'est quand on va se tromper aussi qu'on va apprendre.

Créer une culture positive de l'erreur

Si je ne m'étais trompé sur ce gosse, peut être que j'aurais continué de regarder mes radios à la va vite.

Et si je m'étais pas trompé dans d'autres trucs ?

Ben moi je sais que c'est ça. C'est sur le terrain, en apprenant, en me plantant, en échangeant, que j'apprends.

Et pour moi, c'est vraiment central dans notre formation et dans notre exercice.

Et je pense qu'aujourd'hui c'est l'erreur doit plus être valorisée que dénigrée.

Etre sensibilisé pendant la formation /

Et je crois que je l'avais entendu... Je l'ai entendu, c'est sur un séminaire, je crois, où on avait abordé... justement c'était le séminaire sur l'erreur médicale en France et il nous avait montré une vidéo d'un speech, tu sais, la vidéo c'est un.... (...) Oui les TED, la conférence TED d'un canadien qui avait fait son speech sur l'erreur médicale.

Et c'est là que du coup j'avais mis le mot sur le concept duquel j'avais été témoin

et je me suis dit « non mais en fait c'est ça la médecine défensive ».

C'est comme ça qu'elle fonctionnait la cheffe que j'avais eue, ou que j'ai pu voir ailleurs.

Et je me suis dit c'est ça.

Tirer des enseignements de nos erreurs

Genre typiquement moi mon exemple aux urgences, le gosse que j'ai vu, soulagé par Doliprane et de la radio qui a été relu par la radiologue, la prochaine fois que je vais voir un gosse, que je vais voir arriver une boiterie mais qui est soulagée par le paracétamol, et bien la radio je vais la regarder la première fois avant le Doliprane et plus la deuxième fois je vais aller la regarder.

Et je pense que dans ce sens là, je vais être en mode un peu défensif parce que je vais relire la radio, je vais aller la regarder deux fois, mais d'un côté je sais pourquoi je vais le faire en me rappelant cette histoire là.

Par contre je ne vais pas le faire à chaque fois que je vais avoir un gosse comme ça non plus quoi.

Ou je ne vais immédiatement me dire « oh l'autre coup j'avais loupé la radio » et puis je vais scanner tous les gosses qu'on une boiterie quoi.

Echanger sur l'erreur

Parce que aujourd'hui, c'est quelque chose en France qu'on n'arrive pas à...

Oui, je pense que c'est carrément juste quelque chose qu'on n'arrive pas à accepter.

A se dire « Ouais, je me suis trompé, et pourquoi je me suis trompé » et d'en parler ouvertement.

Créer une relation Medecin-Patient

Quand tu cèdes pas, mais quand t'es pas non plus dans le « non mais c'est bon »... enfin des fois faut leur dire « c'est moi le médecin »... mais il faut comprendre qu'il y a un lien entre les deux et que eux ont leur place dans la situation et que moi, tant que je n'ai pas l'adhésion du patient, pour n'importe quoi, jamais j'irai.

Parce que quelle que soit la situation, si ils adhèrent pas à ton projet, t'iras nulle part, en bien ou en mal.

Sécuriser par la communication

Ouais, clairement, moi c'est la com, l'échange par rapport à ça. Et je trouve que ça décante quand même pas mal de situations.

Tirer des enseignements de notre erreur

Mais ça je suis complètement d'accord pour le coup. Moi je pense que c'est mon tempérament qui fait que j'ai pas peur, et de mes expériences autour de la médecine qui font que je pense que du coup j'ai moins cette appréhension là. Par contre, pour l'avoir vécu, enfin pour le voir avec mes co-internes quand je suis en stage avec eux autrement, on sent qu'il y en a, pour eux c'est quelque chose qui est un vrai frein dans leur pratique et qui ont tout le temps besoin d'avoir un garde fou, d'être réassuré là dedans, à se dire « p...., si je me suis planté, qu'est ce que ça va être ? » ou qui sont traumatisés par une situation où ils se sont planté dans une douleur tho.

Et du coup ils vont être, tu le sens, systématiquement, ils tombent dans la sur-prescription où ils se renferment dans l'erreur qu'ils ont pu faire une fois.

Et du coup, plutôt que d'en tirer des enseignements et dire « bon bah voilà, je suis tombé sur cette situation et bon, il faudra peut être que je fasse mieux et que je fasse différemment la prochaine fois », ils tombent plus dans la peur et à se dire « ah bah non bon faut que je me couvre » et ils balancent, ils balancent, ils balancent, ils balancent.

Et d'ailleurs quand on parle en séminaire avec eux, ils vont dire « ah bah maintenant je fais ça pour me couvrir » et on perd le sens du raisonnement là dessus.

j. Pour enfin

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 5. {Tableau 50}

Tableau 49 : Propriétés de la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 5

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Accepter l'erreur	<p>Moi je pense que c'est clairement de la sensibilisation, mais je pense que voilà que...</p> <p>Alors moi je suis pas un pro des réunions, des groupes de parole parce que je trouve qu'on fait déjà des patacaille de tout ça, on fait des réunions pour rien dire tout le temps.</p> <p>Par contre pour autant, le fait de parler des erreurs médicales, je pense que quand on est dans une MSP ou à l'hôpital, de se faire une bouffe tous les six mois, on se dit vas y, on parle des situations qu'on a trouvé complexes, où on s'est planté, et qu'on échange juste comme ça, mais pas dans une ambiance un peu lourde, pesante, où on a l'impression qu'on est évalué truc comme ça.</p> <p>Juste un petit groupe dans un moment sympa et où on échange et à ce moment là, parler.</p> <p>Je pense que c'est un truc qui peut être cool, ou en fait pour un peu déstigmatiser aussi cette erreur.</p> <p>Et plutôt que d'être tous autour d'une table avec nos feuille à gratter, ça peut être... ça peut être bien aussi, mais qu'il y ai un truc qui dédramatise aussi l'erreur là au milieu, qui ç soit travail, mais où on n'en fait pas aussi des tonnes quoi.</p>

Avancer

Plutôt que de le garder pour toi et puis dire « p.... mais j'ai fais une erreur, faut surtout pas que je le dise, j'essaierai de pas y penser la prochaine fois », mais au final, la prochaine fois l'autre il va être comme ça à trembler et puis il va repenser, ressasser, ressasser, ressasser, il a échangé avec personne, il a pas avancé et tu crées une situation qui s'enlise.

Donc oui pour moi c'est de la com', on y revient tout le temps au final. C'est juste d'échanger et je pense qu'il n'y a pas besoin de faire des réunions de 3h en fait.

Donc ça peut être autour d'une bouffe, mais ça peut être dix minutes à la fin de la journée ou à la fin d'une semaine.

Tu vas vers ton chef, vers ton collègue, tu dis « écoute, j'ai été confronté à ça, t'en penses quoi toi ? », et ça démystifie l'erreur et basta.

On avance quoi.

Ne pas tomber dans l'excès

Genre typiquement moi mon exemple aux urgences, le gosse que j'ai vu, soulagé par Doliprane et de la radio qui a été relu par le radiologue, la prochaine fois que je vais voir un gosse, que je vais voir arriver une boiterie mais qui est soulagée par le paracétamol, et bien la radio je vais la regarder la première fois avant le Doliprane et plus la deuxième fois je vais aller la regarder.

Et je pense que dans ce sens là, je vais être en mode un peu défensif parce que je vais relire la radio, je vais aller la regarder deux fois, mais d'un côté je sais pourquoi je vais le faire en me rappelant cette histoire là.

Par contre je ne vais pas le faire à chaque fois que je vais avoir un gosse comme ça non plus quoi.

Ou je ne vais immédiatement me dire « oh l'autre coup j'avais loupé la radio » et puis je vais scanner tous les gosses qu'on une boiterie quoi.

Accepter l'erreur

Parce que aujourd'hui, c'est quelque chose en France qu'on n'arrive pas à...

Oui, je pense que c'est carrément juste quelque chose qu'on n'arrive pas à accepter.

A se dire « Ouais, je me suis trompé, et pourquoi je me suis trompé » et d'en parler ouvertement.

Ne pas mal vivre son erreur	<p>Non... Non, ça a été juste... Voilà, je me suis dis dans la garde c'est passé dans la passoire.</p> <p>Mais on a pu rattraper parce qu'on a eu une garde de fou avec le radiologue.</p> <p>Mais sinon je l'ai pas mal vécu non plus quoi.</p>
Ne pas céder à la pression	<p>Parce que ça arrive aux urgences, c'est pas arrivé très souvent et du coup bon bah voilà, c'est un échange que j'ai avec mon sénior, mais si c'était moi en tant que tel, je pense que je céderais pas à la pression.</p>
Se Rassurer sans MD	<p>Mais c'est pas un truc qui m'a effrayé où je me suis dit « ouais, si elle claque son AVC je me sentirai fautif » parce que non, vraiment, ça ressemblait à rien et ce qu'elle avait.</p>
Apprendre de ses erreurs	<p>Celui celui qui se plante et qui apprend, derrière son erreur il la fera plus, ou il abordera complètement différemment, sans se mettre en mode défense ou quoi.</p> <p>Alors que celui qui fait l'erreur, qu'ose pas en parler, sur lequel on n'échange pas, bah oui, c'est clair qu'il va se braquer et derrière il va tout envoyer et il va se mettre en mode défensif à fond.</p>
Briser le tabou	<p>Complètement. Je pense que si on en parle plus, comme tout le monde en fait,</p> <p>si on en parle plus, on en fait moins un tabou et on apprend plus.</p> <p>Et bien voilà même si à la fin de la journée tu te dis « p.... m..., je me suis planté ce matin », tu en parles avec ton collègue, il dit « ouais bah non mais t'inquiète, je l'ai déjà fait aussi »</p> <p>ou au final t'as fait ce que tu pensais sur le coup, bah peut être le prochain coup tu feras ça.</p> <p>Voilà, en fait c'était une conversation juste à la fin de ton service ou t'aura pris cinq dix minutes pour débriefer d'une situation et après c'est passé.</p> <p>Et puis tu en parle plus.</p>

Devenir meilleurs

On est tout le temps à des réunions aussi qui sont répétitives, mais au final, s'il y en a un qui est allé à une FMC et l'autre à un autre et puis d'échanger, et bien ça nous fait de la formation continue au final.

Voilà, dialoguer sur nos connaissances, sur nos situations, c'est tous des éléments qui se croisent et qui font que l'on devient meilleurs.

Faire adhérer le patient

Quand tu cèdes pas, mais quand t'es pas non plus dans le « non mais c'est bon »... enfin des fois faut leur dire « c'est moi le médecin »... mais il faut comprendre qu'il y a un lien entre les deux et que eux ont leur place dans la situation et que moi, tant que je n'ai pas l'adhésion du patient, pour n'importe quoi, jamais j'irai.

Parce que quelle que soit la situation, si ils adhèrent pas à ton projet, t'iras nulle part, en bien ou en mal.

Ne pas se laisser influencer par la peur / Ne pas tomber dans la surprescription

Non, non, ce n'est pas quelque chose qui influe dans ma prise en charge.

Je me dis pas « putain, faut pas que je me plante », je sais que je vais donner le max de ce que je peux donner en me disant « bah moi je pense que c'est ça que je dois faire ».

Après je me dis pas « putain je peut être qu'il faut que je fasse ça, que je fasse ça » et puis au final tomber dans la sur prescription ou un truc comme ça.

Et je me dis « non, voilà » il faut... C'est pas du tout quelque chose qui m'effraie.

Garder son libre arbitre

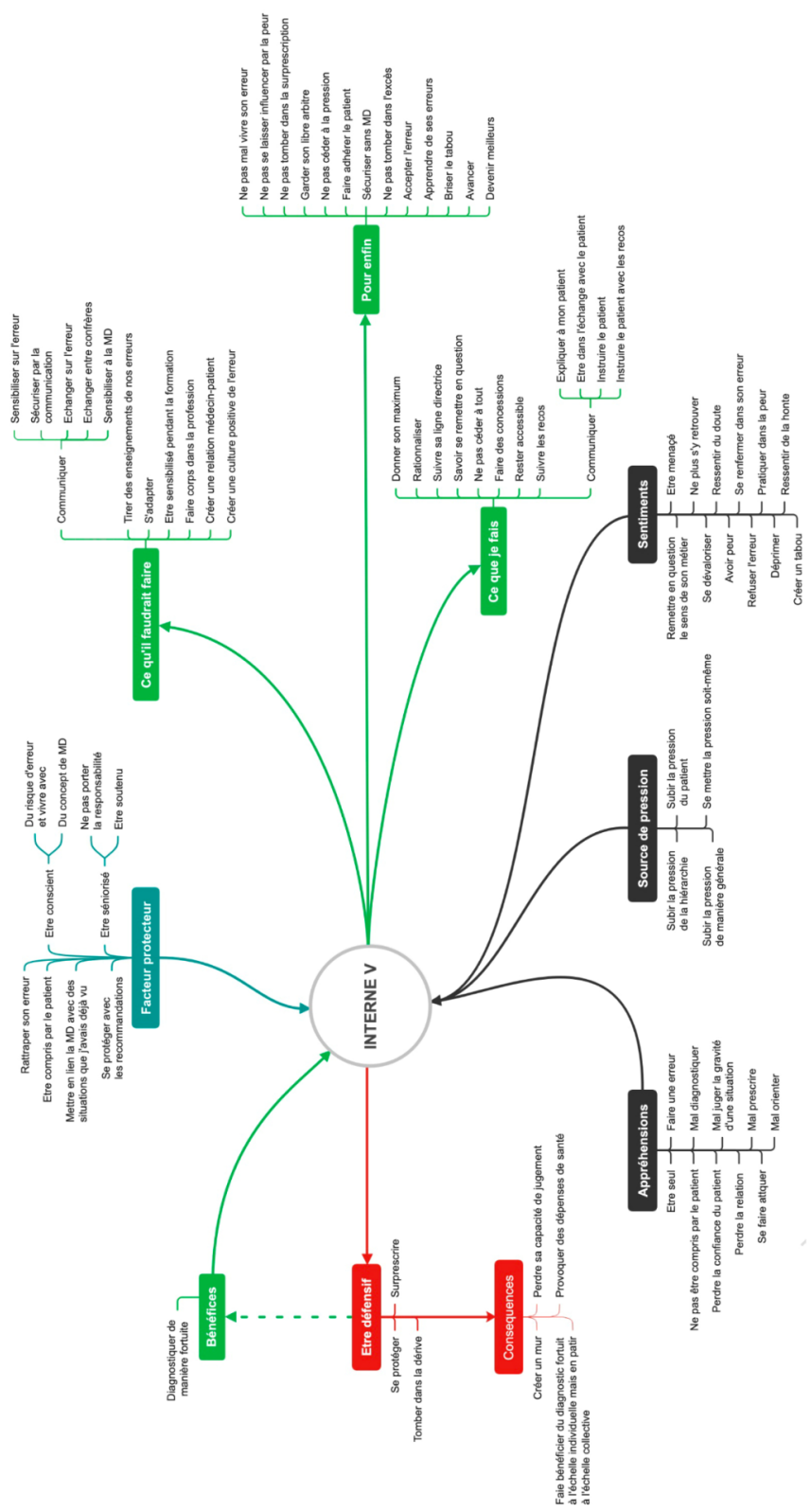
Non ben je pense que j'arrive à garder mon libre arbitre par rapport à ça.

Et je pense à mon sens, dans mon exercice, c'est juste un truc qui est primordial, parce que je me dis que le jour où tu commences à te faire bouffer par tout ce qui est autour, et bien au final tu fais plus ta médecine.

Tu perds ton libre arbitre, tu perds ton... Tu perds ton jugement quoi, qui te permet de te faire ton avis sur une situation.

Sécuriser sans MD

Ouais, clairement, moi c'est la com, l'échange par rapport à ça. Et je trouve que ça décante quand même pas mal de situations.



6. Résultats de l'entretien 6

a. Appréhensions

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 6. {Tableau 51}

Tableau 50 : Propriétés de la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 6

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Manquer de confiance en soit	Et bien déjà le coût que ça engendre, je pense que ça fait partie des côtés négatifs, Même si on n'y pense pas vraiment parce que on a pas le côté financier. Et puis la sur-prescription, j'imagine que ça peut aussi bloquer des créneaux qui n'auraient pas lieu si on le faisait pas, si on se faisait un peu plus confiance aussi.
Etre seul	Oui mais surtout en cabinet de médecine général, on se retrouve un peu seul.
Ne pas être préparé	Non non non, on nous prépare pas au potentiel fait qu'on peut faire une erreur. Et puis comment faut se défendre derrière. Ou alors comment il faut anticiper les choses. Oui, oui totalement.
Débuter / Manquer de confiance en soit	Oui, moi oui, parce que j'ai peur de cette erreur. Et puis, peut être parce que je suis au début de ma carrière aussi et que du coup je n'ai pas encore assez confiance pour le moment.
Se faire attaquer	Oui, oui, parce que j'ai eu un co-interne contre lequel il y a eu des poursuites. Donc du coup... (...) J'y pensais déjà avant.

Se faire attaquer

Je pense que oui, parce qu'on a l'impression que tous les patients savent bien se défendre ou alors se défendre peut-être de façon plus facile.

Et ça fait partie des... peut être pas des menaces, mais on sent que... en tout cas, en cabinet de médecine générale, j'ai l'impression d'avoir rencontré beaucoup de patients procéduriers et parfois oui, ça fait peur. Donc pour se protéger soi oui, je pense que ça fera partie... oui dans le futur c'est possible que ça développe.

Se faire attaquer

Des sources de pression ? Oui, quand même. Bah déjà peur de faire des erreurs.

Après, il y a la pression d'avoir un chef au dessus de soi parce qu'on est interne.

Et puis oui, peur de faire une erreur et qu'ensuite il suffit de tomber sur un patient un peu trop procédurier et que ça engendre des poursuites, des choses comme ça.

b. Sources de pression

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 6. {Tableau 52}

Tableau 51 : Propriétés de la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 6

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Se faire transmettre la peur de quelqu'un d'autre	Oui, oui, parce que j'ai eu un co-interne contre lequel il y a eu des poursuites. Donc du coup... (...) J'y pensais déjà avant.
Apprendre seul à gérer la peur	Je me souvient des cours où on nous présente les différentes poursuites, mais c'est juste on te balance ça sans vraiment dire comment on peut gérer le truc.
Faire parce que le sénior nous le demande	Et puis parfois comme tout est très protocolisé dans la médecine, parce que j'ai un chef au dessus de moi pour être sûr de faire les choses de façon... enfin de bien faire les choses.
Ne pas savoir si les patient ont conscience qu'on se défend	Je sais pas s'ils en ont conscience. Je ne sais pas trop ça, je t'avoue. Non, je ne sais pas s'ils en ont conscience.
Se mettre la pression / Subir la pression de la hiérarchie / Subir la pression des poursuites judiciaires	Des sources de pression ? Oui, quand même. Bah déjà peur de faire des erreurs. Après, il y a la pression d'avoir un chef au dessus de soi parce qu'on est interne. Et puis oui, peur de faire une erreur et qu'ensuite il suffit de tomber sur un patient un peu trop procédurier et que ça engendre des poursuites, des choses comme ça.
Impacter la vie des patients	Ce que ça m'évoque ? Quelque chose qui aurait pu avoir causer des dommages chez les patients. Quelque chose de grave en tout cas. En tout cas, moi je l'aurais vécu comme ça.

Subir la pression du patient

Oui, ça dépend des patients je dirais. Il y a des patients très procéduriers auxquels j'aurais tendance plus à prescrire des choses, parce qu'ils sont très questionneurs, ou alors parce qu'ils insistent. Et puis des fois j'ai pas envie de me battre plus et voilà. Donc oui, c'est souvent quand je suis face à un patient.

c. Sentiments

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sentiments » dans l'entretien 6. {Tableau 53}

Tableau 52 : Propriétés de la catégorie « sentiments » dans l'entretien 6

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre menacé	Je pense que oui, parce qu'on a l'impression que tous les patients savent bien se défendre ou alors se défendre peut-être de façon plus facile. Et ça fait partie des... peut être pas des menaces, mais on sent que... en tout cas, en cabinet de médecine générale, j'ai l'impression d'avoir rencontré beaucoup de patients procéduriers et parfois oui, ça fait peur. Donc pour se protéger soi oui, je pense que ça fera partie... oui dans le futur c'est possible que ça développe.
Devoir se justifier	Ben non. Oui, puis c'est vrai que des fois on justifie, on justifie beaucoup avec la médecine, mais on ne dit pas « je vous prescris ça parce que vous m'avez demandé, même si je sais qu'il n'y a rien ». En tout cas j'ai jamais dit ça. Je me dis surtout je le prescris pour éliminer ça, même si je fais plus...
Avoir peur constamment de faire une erreur	Oui, constamment.
Mal vivre l'erreur	Ce que ça m'évoque ? Quelque chose qui aurait pu avoir causer des dommages chez les patients. Quelque chose de grave en tout cas. En tout cas, moi je l'aurais vécu comme ça.
Etre fatigué de se battre	Oui, ça dépend des patients je dirais. Il y a des patients très procéduriers auxquels j'aurais tendance plus à prescrire des choses, parce qu'ils sont très questionneurs, ou alors parce qu'ils insistent. Et puis des fois j'ai pas envie de me battre plus et voilà. Donc oui, c'est souvent quand je suis face à un patient.

d. Etre defensif

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « être défensif » dans l'entretien 6. {Tableau 54}

Tableau 53 : Propriétés de la catégorie « être défensif » dans l'entretien 6

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Se défendre	Ben les côtés positifs, c'est qu'on aurait tendance à aller plus loin dans les choses. Et puis ça nous permettrait eh bien d'être sûrs. Enfin, quand on a un diagnostic précis en tête et qu'on prescrit un examen complémentaire, ça nous permet d'être sûr qu'on écarte des diagnostics. Enfin je sais pas je m'exprime peut-être mal, mais on écarte des diagnostics de façon formelle. Parfois on a juste un autre savoir, on est sûr d'un diagnostic et puis on veut pas aller plus loin, et puis de vouloir se défendre, de vouloir être sur, enfin de sur-diagnostiquer, de diagnostiquer quelque chose en plus, ça nous permettrait d'éliminer de façon formelle. D'être sur. (...) Oui, oui, un meilleur suivi, et peut-être un meilleur diagnostic aussi.
Prescrire par peur	En fait c'est une base dont on doit se servir. Mais faut savoir adapter quoi.. on peut pas... si on mettait tous les protocoles pour des douleurs thoraciques à chacun, on s'en sort pas, même si on le fait beaucoup aux urgences parce qu'on a peur, pour se défendre, on a peur, alors que des fois quand on tombe sur un jeune avec une douleur thoracique, on lance le bilan complet, parfois on sait que c'est exagéré quoi.
Se protéger / Sur-prescrire	Oui, oui, parfois même je pense que je sur-prescrit .
Sur-prescrire	Ca peut faire partie des choses qu'on fait, comme je te disais, des prescriptions que je peux faire pour éviter ce genre de choses.

<p>Se protéger / Prescrire pour se rassurer / Prescrire sans conviction</p>	<p>Eh bien j'ai tendance peut être sur par exemple des diagnostics où tu es quasiment sûr d'avoir trouvé, pour éviter une erreur j'aurais tendance peut être à sur-prescrire ou prescrire des examens complémentaires dont je sais qu'ils reviendront normaux quoi.</p>
<p>Prescrire pour se rassurer</p>	<p>Est ce que ce serait le fait de prescrire pour soi même, enfin, pour s'éviter des soucis ?</p>
<p>Prescrire par obligation de moyens</p>	<p>Ouais. Peut être plus quand je travaille en milieu hospitalier qu'en médecine générale. Ou alors il y a plus d'obligation de moyens aussi quand on travaille aux urgences, par exemple que quand on est en cabinet de médecine générale où on a juste la clinique. Et puis des fois on a tendance à plus temporiser un peu aussi. Mais oui, en milieux hospitalier oui...</p>
<p>Prescrire par obligation de moyens</p>	<p>Euh oui oui, moi j'aurais beaucoup plus tendance à prescrire à l'hôpital parce qu'il y a une obligation de moyens, il y a tout à disposition. En médecine générale je temporise quand même beaucoup plus.</p>
<p>Pratiquer la MD dans le futur</p>	<p>Je pense que oui, parce qu'on a l'impression que tous les patients savent bien se défendre ou alors se défendre peut-être de façon plus facile. Et ça fait partie des... peut être pas des menaces, mais on sent que... en tout cas, en cabinet de médecine générale, j'ai l'impression d'avoir rencontré beaucoup de patients procéduriers et parfois oui, ça fait peur. Donc pour se protéger soi oui, je pense que ça fera partie... oui dans le futur c'est possible que ça développe.</p>
<p>Prescrire sans conviction</p>	<p>Ben non. Oui, puis c'est vrai que des fois on justifie, on justifie beaucoup avec la médecine, mais on ne dit pas « je vous prescris ça parce que vous m'avez demandé, même si je sais qu'il n'y a rien ». En tout cas j'ai jamais dit ça. Je me dis surtout je le prescris pour éliminer ça, même si je fais plus...</p>

Se défendre

Oui, ça dépend des patients je dirais. Il y a des patients très procéduriers auxquels j'aurais tendance plus à prescrire des choses, parce qu'ils sont très questionneurs, ou alors parce qu'ils insistent. Et puis des fois j'ai pas envie de me battre plus et voilà. Donc oui, c'est souvent quand je suis face à un patient.

e. Conséquences

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « conséquences » dans l'entretien 6. {Tableau 55}

Tableau 54 : Propriétés de la catégorie « conséquences » dans l'entretien 6

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre dans l'excès	En fait c'est une base dont on doit se servir. Mais faut savoir adapter quoi.. on peut pas... si on mettait tous les protocoles pour des douleurs thoraciques à chacun, on s'en sort pas, même si on le fait beaucoup aux urgences parce qu'on a peur, pour se défendre, on a peur, alors que des fois quand on tombe sur un jeune avec une douleur thoracique, on lance le bilan complet, parfois on sait que c'est exagéré quoi.
Provoquer des dépenses de Santé / Entraîner une perte de chance	Et bien déjà le coût que ça engendre, je pense que ça fait partie des côtés négatifs, Même si on n'y pense pas vraiment parce que on a pas le côté financier. Et puis la sur-prescription, j'imagine que ça peut aussi bloquer des créneaux qui n'aurait pas lieu si on le faisait pas, si on se faisait un peu plus confiance aussi.

f. Bénéfices

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « bénéfices » dans l'entretien 6. {Tableau 56}

Tableau 55 : Propriétés de la catégorie « bénéfices » dans l'entretien 6

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Contenter le patient	Non. Enfin, je ne vois pas comment. Comment ça pourrait... Au contraire je pense que dans l'esprit des patients, plus tu prescrites, plus tu t'intéresses à lui, puis tu as envie de chercher plus. Des fois c'est thérapeutique pour eux aussi. Donc je ne sais pas... sauf si on veut leur expliquer les choses, mais...
Etre certain du diagnostic	Ben les côtés positifs, c'est qu'on aurait tendance à aller plus loin dans les choses. Et puis ça nous permettrait eh bien d'être sûrs. Enfin, quand on a un diagnostic précis en tête et qu'on prescrit un examen complémentaire, ça nous permet d'être sûr qu'on écarte des diagnostics. Enfin je sais pas je m'exprime peut-être ma, mais on écarte des diagnostics de façon formelle. Parfois on a juste un autre savoir, on est sûr d'un diagnostic et puis on veut pas aller plus loin, et puis de vouloir se défendre, de vouloir être sûr, enfin de sur-diagnostiquer, de diagnostiquer quelque chose en plus, ça nous permettrait d'éliminer de façon formelle. D'être sûr. (...) Oui, oui, un meilleur suivi, et peut-être un meilleur diagnostic aussi.

g. Facteurs protecteurs

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 6. {Tableau 57}

Tableau 56 : Propriétés de la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 6

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre conscient de faire de la MD	Oui. Moi j'en ai conscience.
Les recommandations permettent d'être systématique / Les recommandations permettent de ne rien oublier	Oui, oui, parce que ça permet de faire les choses de façon... de ne pas oublier des choses. C'est surtout ça. De suivre des choses qui sont moins... qui sont écrites et parfois oui... Après je pense qu'il faut s'adapter au cas par cas.

h. Ce que je fais

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 6. {Tableau 58}

Tableau 57 : Propriétés de la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 6

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Temporiser	Ouais. Peux être plus quand je travaille en milieu hospitalier qu'en médecine générale. Ou alors il y a plus d'obligation de moyens aussi quand on travaille aux urgences, par exemple que quand on est en cabinet de médecine générale où on a juste la clinique. Et puis des fois on a tendance à plus temporiser un peu aussi. Mais oui, en milieux hospitalier oui...
Temporiser	Euh oui oui, moi j'aurais beaucoup plus tendance à prescrire à l'hôpital parce qu'il y a une obligation de moyens, il y a tout à disposition. En médecine générale je temporise quand même beaucoup plus.

i. Ce qu'il faudrait faire

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 6. {Tableau 59}

Tableau 58 : Propriétés de la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 6

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Acquérir de l'expérience / Communiquer / Instruire le patient / Sortir de la théorie pure	Alors je sais pas si l'expérience fera que je reprendrai peut être un peu plus confiance et que du coup je serai un peu moins dans cette médecine défensive. Mais je pense qu'il faut déjà en parler aux patients, leur expliquer que peut être qu'on ne leur parle pas assez. On reste trop en « médecine, médecine, procédures ». Déjà en parler aux patients. Et puis... parce que ça du coup, c'est vraiment un terme que déjà moi je connaissais pas vraiment et donc j'imagine que les patients pas du tout. Oui, je pense que communiquer là dessus, et puis peut être un peu moins se servir des protocoles, ou je sais pas...
Eduquer le patient	Non... Non et puis je pense que c'est une question d'éducation aussi. Comme je te dis, les patients plus tu leur fais des examens, plus ils sont contents, plus ils voient que tu cherches. Alors que si tu es sûr d'un diagnostic et il se passe... enfin t'as pas plus d'examens à leur fournir, là ils se questionnent plus quoi. Et puis c'est là que ça peut être source d'incompréhension quand même.
S'adapter	En fait c'est une base dont on doit se servir. Mais faut savoir adapter quoi.. on peut pas... si on mettait tous les protocoles pour des douleurs thoraciques à chacun, on s'en sort pas, même si on le fait beaucoup aux urgences parce qu'on a peur, pour se défendre, on a peur, alors que des fois quand on tombe sur un jeune avec une douleur thoracique, on lance le bilan complet, parfois on sait que c'est exagéré quoi.
Reconvoquer le patient / Explorer secondairement	Oui on peut reconvoquer le patient, ça fait partie des consignes, si ça ne va pas, vous revenez et puis on va un peu plus loin quoi. En tout cas, en première prescription, enfin en première consultation, je prescris pas forcément des bilans biologiques, alors qu'aux urgences j'aurais tendance à le faire.

Rester clinique

Ouais. Peut être plus quand je travaille en milieu hospitalier qu'en médecine générale. Ou alors il y a plus d'obligation de moyens aussi quand on travaille aux urgences, par exemple que quand on est en cabinet de médecine générale où on a juste la clinique. Et puis des fois on a tendance à plus temporiser un peu aussi. Mais oui, en milieux hospitalier oui...

S'adapter

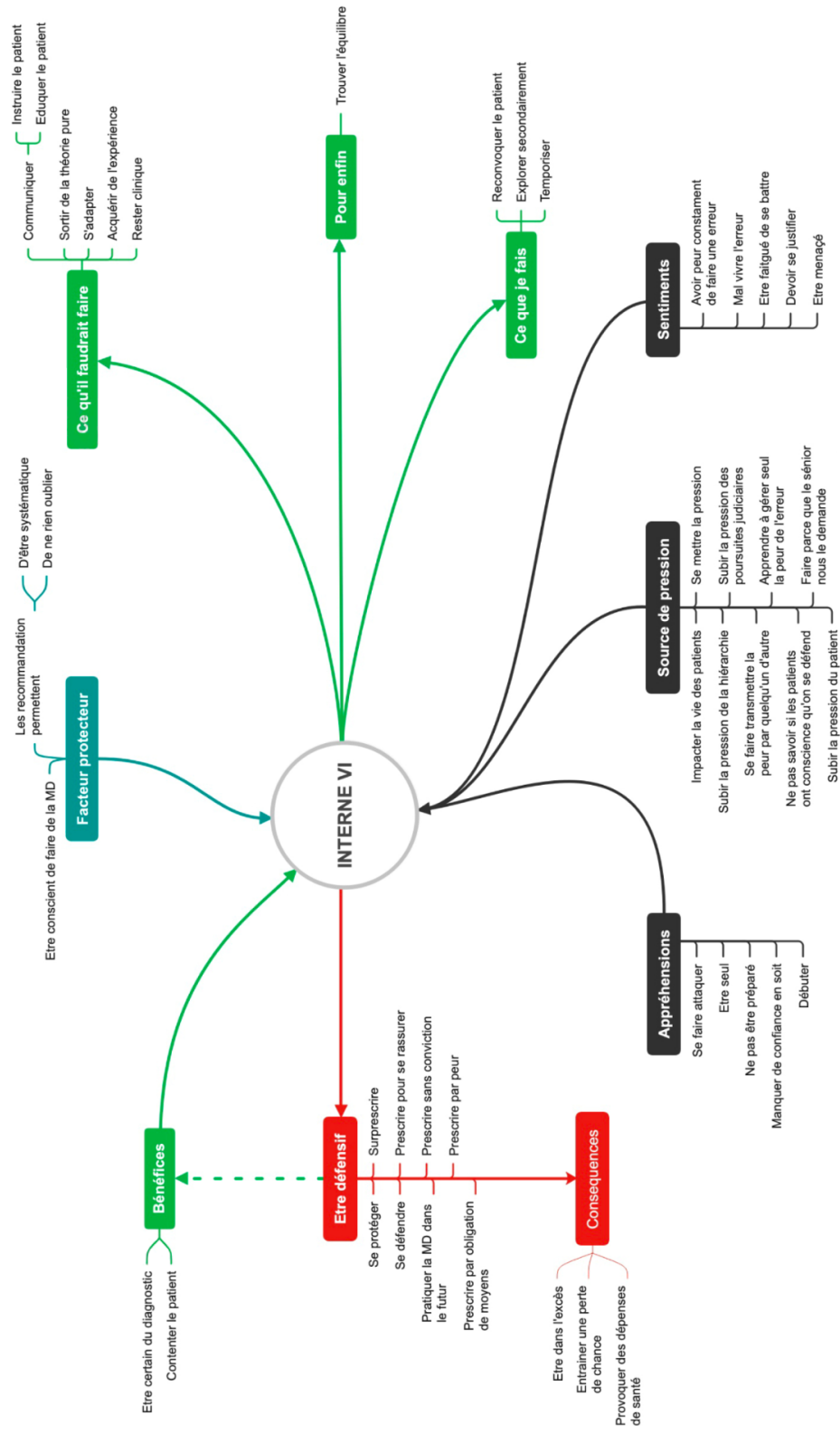
Oui, oui, parce que ça permet de faire les choses de façon... de ne pas oublier des choses. C'est surtout ça. De suivre des choses qui sont moins... qui sont écrites et parfois oui... Après je pense qu'il faut s'adapter au cas par cas.

j. Pour enfin

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 6. {Tableau 6}

Tableau 59 : Propriétés de la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 6

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Trouver l'équilibre	Se détacher un peu des protocoles et puis de faire les choses au cas par cas. Mais est ce que ce sera plus source d'erreurs aussi ? C'est un équilibre à avoir.



7. Résultats de l'entretien 7

a. Appréhensions

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 7. {Tableau 61}

Tableau 60 : Propriétés de la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 7

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Se faire attaquer	Oui, oui, il y a vraiment les deux versants quoi. Après on pense forcément peut être un peu plus sur le coup... enfin moi erreur médical de prime abord, je pense tout de suite aux répercussions que ça peut avoir sur moi quoi. Genre le patient qui porte plainte, ou alors ce que ça peut engendrer après. Et oui bien sûr, l'erreur sur le patient, si c'est un truc grave.
Se faire attaquer	Ouais, enfin maintenant que tu m'expliques. Oui, oui, bien sûr. Oui, oui, oui. Et je pense qu'effectivement oui, on peut avoir tendance des fois à faire les choses dans le but de d'anticiper sur le fait qu'on pourrait nous attaquer par derrière.
Se faire attaquer	Mais par contre, je pense quand même que je vais avoir souvent en arrière pensée le côté un peu procédurier des patients qui pourraient me faire... me faire payer entre guillemets les choses que j'ai fait ou pas fait.
Manquer d'information / Manquer de recul	Je suis archi d'accord. C'est vrai que même à la fac, on nous parle très peu des erreurs médicales... enfin si on a des cours, mais c'est... on nous balance des informations, on nous explique pas. Et puis on est trop jeune je pense pour se rendre compte de ce que ça implique. Ça devrait intervenir plus tard. Pendant l'internat on m'en a jamais parlé. Enfin je ne crois pas qu'on ait des trucs sur les erreurs médicales... non, je ne crois pas en vrai. Et ça je pense que c'est quelque chose qui manque et qu'on devrait nous en parler plus. Parce que ça nous arrivera forcément je pense dans notre carrière et c'est pas sans conséquences selon ce que c'est. Donc oui, c'est vrai qu'on en parle pas.

Faire une faute / Se faire
attaquer

Ça m'évoque... Une mauvaise prise en charge pour laquelle il y a des répercussions, qui peuvent nous mettre en porte à faux quoi. Et du coup, bah le risque après.. ce qu'on risque, ce qu'on encourt, nous, par rapport à la profession. Et puis là aussi, le versant patient, est ce que ça craint pour le patient ou pas ?

Etre remplaçant

C'est vrai que là, nous, au final, on a connu le statut de remplaçant et le statut de remplaçant, les gens viennent, ils te connaissent pas, t'as tout à prouver en quinze minutes. Donc oui, je pense que pour le coup ça change quand t'es med gé de tes patients depuis des années. Ouais c'est vrai.

Manquer d'expérience

Ouais, quand même, je pense oui, oui, oui. Ben à mon avis ça s'atténue avec l'expérience, mais je pense qu'au début on a quand même un peu... pas quelque chose à prouver... mais si quand même, à montrer que oui, on est là parce qu'on veut bien faire les choses et que... si si, je pense que je me la mets quand même...

Subir des repercussions

Ouais c'est ça ! Je pense qu'ils se rendent pas compte que ça nous met la pression, des répercussions que ça peut avoir, et du fait que nous, on on y engage notre responsabilité aussi et que vraiment on peut avoir des répercussions si on fait des choses qui ne sont pas... qui ne rentrent pas dans l'ordre des choses, quoi. Oui, vraiment je pense que ce n'est pas toujours volontaire de la part du patient.

Manquer d'experience

Oui oui, franchement oui. Et je pense que j'ai même tendance des fois... après c'est peut être parce que je suis encore tôt dans le cursus, mais je pense que des fois j'ai même tendance à... je sais pas genre peut-être un peu sur-prescrire du style les imageries parce qu'on ne veut pas, on a peur de passer à côté de quelque chose ou de manquer un truc ou que le patient après nous le fasse un peu payer quoi.

b. Sources de pression

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 7. {Tableau 62}

Tableau 61 : Propriétés de la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 7

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Ressentir l'exigence du patient	Ouais moi je trouve que les gens sont chiants, ah ah. Et pour en avoir discuté avec des vieux médecins... Après, il y a aussi le fait que la relation médecin patient, ça a vachement évolué. Avant voilà le médecin te disait et tu faisais. Maintenant les gens prennent part à leur soins et franchement tant mieux. Mais du coup ils sont plus exigeants je pense quand même. Ils sont plus dans l'attente. En fait ils viennent et ils savent déjà ce qu'ils veulent souvent.
Lutter contre internet	Du coup, fatalement, tu n'es pas... Il faut déconstruire pas mal d'idées reçues parce qu'ils sont aller voir sur internet, parce qu'ils savent déjà ce qu'ils veulent et du coup, ça oui, je trouve qu'ils sont exigeants et les gens.
Devoir prescrire	Oui, si c'est vrai. Déjà en France on sort d'une consult avec une ordonnance et ça c'est quand même ancré dans la tête des gens. Il y a des gens pour un rhume, on va leur prescrire... je sais pas si ils tousse oui on va leur prescrire un sirop, mais moi quand je suis malade je prends pas de sirop. Et des fois je leur dis aux gens « mais en fait là, le sirop, vous pouvez essayer, mais ça ne fait pas non plus grand chose. Moi, je ne l'aurais pas pris » donc... Donc les gens ont quand même des attentes par rapport à ça
Subir la pression du patient	Ah oui, oui. Ben moi je fais ma thèse sur la pression de prescription, donc les sources de pression, oui, oui, quand même des pressions pour... ben je trouve que ce qui revient, enfin moi en tout cas, de mon expérience à moi, je trouve que ce qui revient souvent, c'est des demandes d'antibios ou d'arrêt de travail. Moi c'est ce qu'en tant qu'interne j'ai eu le plus pendant mes remplas... oui antibiotiques et arrêts de travail je pense.

Ressentir un manque de confiance des patients

Ah ben urgences c'est archi médecine défensive quand même. Oui, les urgences c'est quand même un autre monde, c'est là vraiment... Et pour le coup, les gens dans la société, sont plutôt remontés contre les urgences de manière globale. Donc là on justifie tout, on fait des imageries à tout le monde, on fait des bios à tout le monde pour des trucs qu'en cab on ferait pas forcément.

Impacter la vie des patients

Ça m'évoque... Une mauvaise prise en charge pour laquelle il y a des répercussions, qui peuvent nous mettre en porte à faux quoi. Et du coup, bah le risque après.. ce qu'on risque, ce qu'on encourt, nous, par rapport à la profession. Et puis là aussi, le versant patient, est ce que ça craint pour le patient ou pas ?

Ne pas savoir si les patients ont conscience qu'on se défend

Je ne suis pas certaine... je ne pense pas parce que... je pense qu'il y en a qui savent très bien ce qu'ils font, qui sont très malins, mais il y en a d'autres je pense qu'ils ne se rendent pas compte. Et pour eux la médecine c'est un peu un dû parce que c'est leur santé et du coup ils viennent en disant « ah ben voilà, moi j'ai besoin de ça, je veux ça » et pour eux, là, on va leur faire parce qu'on leur fait quoi, c'est comme ça. Je pense pas qu'ils en aient toujours conscience. Ouais, je ne crois pas non.

Ressentir l'exigence du patient

Ah oui. Ben c'est tout, tout de suite maintenant, tout leur est dû. Moi je trouve que c'est... (...) Ah bah oui oui oui, clairement. Je trouve que les médecins sont un peu devenus... surtout les médecins généralistes, c'est un peu les épiciers quoi. Ils arrivent, ils ont fait leur liste de courses, on leur donne ce qu'ils veulent et s'ils ne sont pas contents, ils s'énervent parce qu'ils ne comprennent pas, parce qu'ils payent, parce qu'ils sont là, que. Et oui, ils peuvent s'énervent... après si ils ne sont pas contents, ils vont voir ailleurs. Ah ah !

Ressentir un manque de confiance des patients

Sur la médecine défensive, je ne sais pas.. Parce que j'ai l'impression que les gens font un peu plus confiance aux spécialistes, mais après c'est peut être qu'une impression. Franchement, je sais pas trop, mais... C'est vrai que je ne sais pas si sur la médecine défensive après par exemple les chirurgiens, je pense que médecine défensive, ils sont blindés doit faire archi attention. Après les autres spé...

Se mettre la pression

Ouais, quand même, je pense oui, oui, oui. Ben à mon avis ça s'atténue avec l'expérience, mais je pense qu'au début on a quand même un peu... pas quelque chose à prouver... mais si quand même, à montrer que oui, on est là parce qu'on veut bien faire les choses et que... si si, je pense que je me la mets quand même...

Porter la responsabilité /
Se mettre la pression

Ouais c'est ça ! Je pense qu'ils se rendent pas compte que ça nous met la pression, des répercussions que ça peut avoir, et du fait que nous, on on y engage notre responsabilité aussi et que vraiment on peut avoir des répercussions si on fait des choses qui ne sont pas... qui ne rentrent pas dans l'ordre des choses, quoi. Oui, vraiment je pense que ce n'est pas toujours volontaire de la part du patient.

Subir des reproches /
Passer a coté de quelque
chose

Oui oui, franchement oui. Et je pense que j'ai même tendance des fois... après c'est peut être parce que je suis encore tôt dans le cursus, mais je pense que des fois j'ai même tendance à... je sais pas genre peut-être un peu sur-prescrire du style les imageries parce qu'on ne veut pas, on a peur de passer à côté de quelque chose ou de manquer un truc ou que le patient après nous le fasse un peu payer quoi.

c. Sentiments

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sentiments » dans l'entretien 7. {Tableau 63}

Tableau 62 : Propriétés de la catégorie « sentiments » dans l'entretien 7

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Devoir se justifier en permanence	Après on a un point négatif... c'est pas non plus top de dire oui à tout au patient je trouve. Et puis on n'a pas non plus à se justifier, c'est pas normal d'avoir à tout justifier. Voilà, on devrait pouvoir faire en disant ben non, c'est bon je sais ce que je fais quoi, donc je le fais parce que...
Etre fatigué de se battre	Et donc c'est vrai que nous, peut être que, plutôt que de discuter avec le patient et dire « bah voilà, non c'est pas adapté parce qu'il vaudrait mieux faire ça ou attendre que ça passe, etc. » On va faire « ok, je vous le fais », on discute pas, je réfléchis pas et c'est machinalement que les choses sont faites quoi. Oui c'est vrai que je pense que ça peut mettre de la distance.
Etre en conflit	Oui, je trouve vraiment qu'il y a des gens quand même... tu sais, les gens où tu te dis « ouais, je vais lui faire parce que sinon il va m'emmerder. »
Etre en conflit	Bah... Ouais, après je pense quand même... après je trouve que quand même ça dépend tout le temps de qui tu as en face de toi. Il y a des gens qui viennent et qui savent, enfin qui te font confiance et qui voilà... il a des connaissances, je lui fais confiance. Mais il y a des gens où tu es... tu as besoin de dire « bah écoutez, non, en fait je vous le ferez pas, parce que c'est comme ça » et oui, si quand même, c'est une forme de défense.
Devoir faire ses preuves	C'est vrai que là, nous, au final, on a connu le statut de remplaçant et le statut de remplaçant, les gens viennent, ils te connaissent pas, t'as tout à prouver en quinze minutes. Donc oui, je pense que pour le coup ça change quand t'es med gé de tes patients depuis des années. Ouais c'est vrai.

Se sentir menacé

Non, franchement non. Je veux pas dire beaucoup, mais j'y pense quand les patients sont un peu chiants. Enfin, tu sais, ce genre de patients, où tu sais qu'il va chercher un truc ou qu'il vient avec l'idée de vouloir ça et que si tu lui fais pas et que toi tu passes à côté de quelque chose, tu sais qu'il va pas te louper quoi.

Avoir peur d'avouer son erreur / Avoir honte

Non, pas du tout. Et puis même, comme tu disais, en général tu fais une connerie, tu n'oses pas trop en parler quoi. Alors qu'on devrait pouvoir dire « ah bah j'ai fait ça là, je suis pas sûr de ça. Est ce que tu aurais fait ça ? »

Etre stressé

J'espère pas ah ah. En tout cas moi j'aimerais essayer de ne pas trop être là dedans parce que je pense que tu te bouffes le moral et la santé. C'est trop stressant de penser tout le temps à ça.

Devoir faire ses preuves

Ouais, quand même, je pense oui, oui, oui. Ben à mon avis ça s'atténue avec l'expérience, mais je pense qu'au début on a quand même un peu... pas quelque chose à prouver... mais si quand même, à montrer que oui, on est là parce qu'on veut bien faire les choses et que... si si, je pense que je me la mets quand même...

d. Etre defensif

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « être défensif » dans l'entretien 7. {Tableau 64}

Tableau 63 : Propriétés de la catégorie « être défensif » dans l'entretien 7

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Prescrire pour se protéger	Ben heu je te dis, les antibiotiques moi c'est plutôt ça je trouve.
Prescrire sous pression	Ah oui, oui, mais du coup, pour moi ça vient de la pression du patient quoi, c'est la pression de « fait moi ça ». Sinon... oui par exemple le mec qui vient, qui tousse, ça fait 4 jours qu'il tousse et il veut ses antibios, tu te dis « bon...un patient lambda tu lui prescrirais pas, voilà revenez consulter si besoin », mais le mec qui dit « ouais, si ça me tombe dans les bronches et que je fais une pneumonie et que machin », ben voilà, c'est sur nous que ça retombera quoi.
Prescrire pour se protéger	Ouais, c'est genre « j'ai fait ça pour pas qu'on m'attaque derrière quoi ».
Faire parce que le patient me le demande	Ou alors qu'est ce que ça pourrait être d'autre ? Ou les certificats aussi, par exemple. Des fois c'est pas bien, mais des fois on fait un peu les certificats de complaisance alors que... on le fait pour dire que, alors qu'en vrai de vrai, on sait qu'il y en a pas besoin donc voilà. Mais tu te dis bon les gens, peut être qu'après par derrière...
Se protéger / Surprescrire	Oui quand même, Oui, franchement. Pas avec tous les patients, mais sur les situations un peu bancales où tu sais pas trop pour l'instant, j'ai quand même tendance à me protéger moi. Il y a peut être un peu trop prescrire pour pas qu'il y ai de soucis après quoi.
Prescrire pour se protéger	Oui, je trouve vraiment qu'il y a des gens quand même... tu sais, les gens où tu te dis « ouais, je vais lui faire parce que sinon il va m'emmerder. »

- Prescrire sous pression** Ah oui, oui. Ben moi je fais ma thèse sur la pression de prescription, donc les sources de pression, oui, oui, quand même des pressions pour... ben je trouve que ce qui revient, enfin moi en tout cas, de mon expérience à moi, je trouve que ce qui revient souvent, c'est des demandes d'antibios ou d'arrêt de travail. Moi c'est ce qu'en tant qu'interne j'ai eu le plus pendant mes remplacements... oui antibiotiques et arrêts de travail je pense.
- Prescrire par obligation de moyens** Ah ben urgences c'est archi médecine défensive quand même. Oui, les urgences c'est quand même un autre monde, c'est là vraiment... Et pour le coup, les gens dans la société, sont plutôt remontés contre les urgences de manière globale. Donc là on justifie tout, on fait des imageries à tout le monde, on fait des bio à tout le monde pour des trucs qu'en cabinet on ferait pas forcément.
- Se protéger** Ouais, enfin maintenant que tu m'expliques. Oui, oui, bien sûr. Oui, oui, oui. Et je pense qu'effectivement oui, on peut avoir tendance des fois à faire les choses dans le but de d'anticiper sur le fait qu'on pourrait nous attaquer par derrière.
- Surprescrire** Oui oui, franchement oui. Et je pense que j'ai même tendance des fois... après c'est peut être parce que je suis encore tôt dans le cursus, mais je pense que des fois j'ai même tendance à... je sais pas genre peut-être un peu sur-prescrire du style les imageries parce qu'on ne veut pas, on a peur de passer à côté de quelque chose ou de manquer un truc ou que le patient après nous le fasse un peu payer quoi.

e. Conséquences

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « conséquences » dans l'entretien 7. {Tableau 65}

Tableau 64 : Propriétés de la catégorie « conséquences » dans l'entretien 7

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Entrainer des dépenses de santé	Et bien je pense que le coût, le surcoût, c'est un gros point négatif. Parce que oui, effectivement, je pense que tu vois, quand on prescrit des imageries, en plus c'est pour « au cas ou machin » ou les antibiotiques et tout, ouai je pense que déjà c'est un coût pour la sécu qui est énorme.
Perdre du temps	Ah ouais, ouais. Ah oui, clairement, je pense que ça, pour le coup, c'est hyper chronophage parce qu'il faut tout expliquer, il faut machin, tu prends le temps en consult de dire au patient « normalement ça ne se passe pas comme ça », puis au final tu le fais parce que voilà, tu te défends. Et puis oui, c'est vrai le temps, oui c'est vrai que c'est un facteur important.
Trop concéder	Après on a un point négatif... c'est pas non plus top de dire oui à tout au patient je trouve. Et puis on n'a pas non plus à se justifier, c'est pas normal d'avoir à tout justifier. Voilà, on devrait pouvoir faire en disant ben non, c'est bon je sais ce que je fais quoi, donc je le fais parce que...
Mettre de la distance / Ne plus communiquer	Et donc c'est vrai que nous, peut être que, plutôt que de discuter avec le patient et dire « bah voilà, non c'est pas adapté parce qu'il vaudrait mieux faire ça ou attendre que ça passe, etc. » On va faire « ok, je vous le fais », on discute pas, je réfléchis pas et c'est machinalement que les choses sont faites quoi. Oui c'est vrai que je pense que ça peut mettre de la distance.

f. Bénéfices

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « bénéfiques » dans l'entretien 7. {Tableau 66}

Tableau 65 : Propriétés de la catégorie « bénéfiques » dans l'entretien 7

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Renforcer la relation / Mieux soigner les gens	Ben pour le côté positif je pense que pour la relation avec son patient, ça va la renforcer parce que le patient il est content. Enfin, en général, si on se protège de quelque chose, c'est que en face il y a une demande qui est un peu pas trop justifiée et qu'on va quand même répondre à la demande. Et du coup, je pense que le patient est content, et qu'en ce sens là, ça soude un peu le lien. Après il y a aussi peut être que du coup, comme on sur-prescrit, peut être que du coup bah oui, fatalement on peut être mieux soigné, je sais pas.
Etre consciencieux dans l'examen clinique	Oui, c'est vrai, oui, c'est vrai. Oui tu vas l'ausculter complètement oui c'est vrai.

g. Facteurs protecteurs

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 7. {Tableau 67}

Tableau 66 : Propriétés de la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 7

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre conscient du concept de MD sans connaitre le mot	Ouais, enfin maintenant que tu m'expliques. Oui, oui, bien sûr. Oui, oui, oui. Et je pense qu'effectivement oui, on peut avoir tendance des fois à faire les choses dans le but de d'anticiper sur le fait qu'on pourrait nous attaquer par derrière.
Etre conscient du risque d'erreur	Je suis archi d'accord. C'est vrai que même à la fac, on nous parle très peu des erreurs médicales... enfin si on a des cours, mais c'est... on nous balance des informations, on nous explique pas. Et puis on est trop jeune je pense pour se rendre compte de ce que ça implique. Ça devrait intervenir plus tard. Pendant l'internat on m'en a jamais parlé. Enfin je ne crois pas qu'on ait des trucs sur les erreurs médicales... non, je ne crois pas en vrai. Et ça je pense que c'est quelque chose qui manque et qu'on devrait nous en parler plus. Parce que ça nous arrivera forcément je pense dans notre carrière et c'est pas sans conséquences selon ce que c'est. Donc oui, c'est vrai qu'on en parle pas.
Ne pas vouloir être en mode défensif	J'espère pas ah ah. En tout cas moi j'aimerais essayer de ne pas trop être là dedans parce que je pense que tu te bouffes le moral et la santé. C'est trop stressant de penser tout le temps à ça.
Etre conscient que je vais pratiquer la MD au début	Ouais donc il y en aura quand même de la médecine défensive je pense, au moins au début.

h. Ce que je fais

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 7. {Tableau 68}

Tableau 67 : Propriétés de la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 7

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Tout écrire / Etre en capacité de se justifier	Et puis alors je sais pas si ça rentre dans le truc aussi, mais peut être que sur les dossiers on se justifie beaucoup maintenant. Enfin en tout cas moi je sais que j'écris toujours « pas de ceci, pas de cela », « consignes données », « reconsulter si machin machin ». C'est peut être pas vraiment la médecine défensive même, mais je pense que c'est une conséquence quand même de ça. (...) Ah oui, oui, et à toujours justifier tout ce qu'on fait, tout noter, tout tracer.
Penser d'abord à soit / Penser au patient si c'est grave	Oui, oui, il y a vraiment les deux versants quoi. Après on pense forcément peut être un peu plus sur le coup... enfin moi erreur médical de prime abord, je pense tout de suite aux répercussions que ça peut avoir sur moi quoi. Genre le patient qui porte plainte, ou alors ce que ça peut engendrer après. Et oui bien sûr, l'erreur sur le patient, si c'est un truc grave.
Vouloir bien faire	Ouais, quand même, je pense oui, oui, oui. Ben à mon avis ça s'atténue avec l'expérience, mais je pense qu'au début on a quand même un peu... pas quelque chose à prouver... mais si quand même, à montrer que oui, on est là parce qu'on veut bien faire les choses et que... si si, je pense que je me la mets quand même...

i. Ce qu'il faudrait faire

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 7. {Tableau 69}

Tableau 68 : Propriétés de la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 7

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre sensibilisé	Peut être qu'on n'ait plus conscience de ça, qu'on nous explique aussi vers qui on peut se tourner s'il y a un souci parce qu'on est pas trop accompagné là dedans.
Etre sensibilisé	Et puis nous en parler un peu plus parce qu'en fait on part de rien. Donc...
Apprendre à dire non	Peut être aussi nous former un peu plus à dire non aux patients... on ne sait pas dire non, on ne nous apprend pas trop à dire non alors qu'en vrai ça arrive tous les jours des gens qui viennent « je veux ça ».
Apprendre à communiquer	Ouai c'est vrai... oui, et avec ce qu'on voit de leur façon de faire à eux. Et c'est vrai, on pioche dans ce qu'on voit chez les gens avec qui on bosse. Mais sinon on n'en sait rien quoi.
Acquérir de l'expérience / Apprendre à dire non	Après, c'est le temps de prendre de l'assurance sûrement, mais j'aimerais réussir à dire facilement aux gens non en fait, « je vous ferai pas ça parce que j'ai pas envie » et j'ai pas envie de me défendre tout le temps.
Acquérir de l'expérience	Ah oui je pense que ça joue vraiment l'expérience aussi. Au final plus t'avances dans ta carrière... déjà je pense que plus tu es... enfin plus tu relativises sur les choses et puis plus tu dis « ben non en fait ça se passe comme ça et c'est comme ça ». Et puis oui je pense que tu relativises plus à force.

Changer de paradigme dans la relation médecin patient / Déconstruire les idées reçues

Ouais moi je trouve que les gens sont chiant, ah ah. Et pour en avoir discuté avec des vieux médecins... Après, il y a aussi le fait que la relation médecin patient, ça a vachement évolué. Avant voilà le médecin te disait et tu faisais. Maintenant les gens prennent part à leur soins et franchement tant mieux. Mais du coup ils sont plus exigeants je pense quand même. Ils sont plus dans l'attente. En fait ils viennent et ils savent déjà ce qu'ils veulent souvent.

Déconstruire les idées reçues / Eduquer les patients

Du coup, fatalement, tu n'es pas... Il faut déconstruire pas mal d'idées reçues parce qu'ils sont aller voir sur internet, parce qu'ils savent déjà ce qu'ils veulent et du coup, ça oui, je trouve qu'ils sont exigeants et les gens.

Etre sensibilisé

Je pense qu'on devrait nous former plus à savoir ce qu'on risque vraiment sur des situations un peu plus concrètes que nous dire « ah bah je sais pas prescrire un arrêt de travail de complaisance c'est tant d'amendes, et machin et tout ».

Etre sensibilisé

Je suis archi d'accord. C'est vrai que même à la fac, on nous parle très peu des erreurs médicales... enfin si on a des cours, mais c'est... on nous balance des informations, on nous explique pas. Et puis on est trop jeune je pense pour se rendre compte de ce que ça implique. Ça devrait intervenir plus tard. Pendant l'internat on m'en a jamais parlé. Enfin je ne crois pas qu'on ait des trucs sur les erreurs médicales... non, je ne crois pas en vrai. Et ça je pense que c'est quelque chose qui manque et qu'on devrait nous en parler plus. Parce que ça nous arrivera forcément je pense dans notre carrière et c'est pas sans conséquences selon ce que c'est. Donc oui, c'est vrai qu'on en parle pas.

Etablir une relation de confiance

Bah... Ouais, après je pense quand même... après je trouve que quand même ça dépend tout le temps de qui tu as en face de toi. Il y a des gens qui viennent et qui savent, enfin qui te font confiance et qui voilà... il a des connaissances, je lui fais confiance. Mais il y a des gens où tu es... tu as besoin de dire « bah écoutez, non, en fait je vous le ferez pas, parce que c'est comme ça » et oui, si quand même, c'est une forme de défense.

Connaitre ses patients

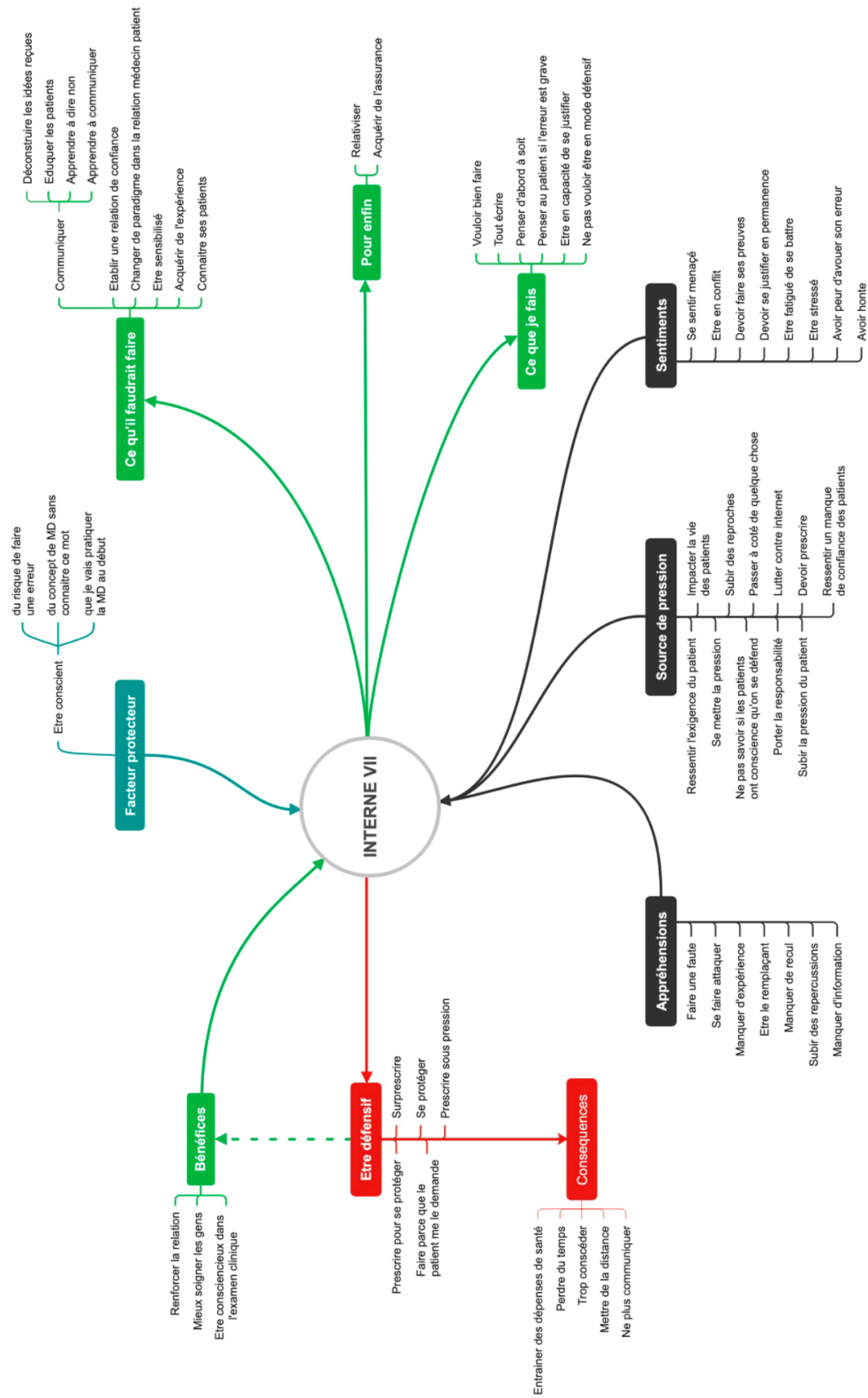
C'est vrai que là, nous, au final, on a connu le statut de remplaçant et le statut de remplaçant, les gens viennent, ils te connaissent pas, t'as tout a prouver en quinze minutes. Donc oui, je pense que pour le coup ça change quand t'es med gé de tes patients depuis des années. Ouais c'est vrai.

j. Pour enfin

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 7. {Tableau 70}

Tableau 69 : Propriétés de la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 7

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Acquérir de l'assurance /	Après, c'est le temps de prendre de l'assurance sûrement, mais j'aimerais réussir à dire facilement aux gens non en fait, « je vous ferai pas ça parce que j'ai pas envie » et j'ai pas envie de me défendre tout le temps.
Acquérir de l'assurance / Relativiser	Ah oui je pense que ça joue vraiment l'expérience aussi. Au final plus t'avances dans ta carrière... déjà je pense que plus tu es... enfin plus tu relativises sur les choses et puis plus tu dis « ben non en fait ça se passe comme ça et c'est comme ça ». Et puis oui je pense que tu relativises plus à force.



8. Résultats de l'entretien 8

a. Appréhensions

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 8. {Tableau 71}

Tableau 70 : Propriétés de la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 8

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Se tromper / Ne pas Faire attention	Ben ça pourrait être déjà une erreur de prescription en premier. Donc après dans la prescription, la posologie, la classe du médicament, il y a aussi les interactions je pense, interactions médicamenteuses. Voilà, si on ne fait pas forcément attention.
Ne pas tout savoir / Manquer d'expérience	En plus, nous en étant jeune, on sait que... de toute façon on sait qu'on sait jamais tout, mais on sait que ça peut... voilà, ça peut arriver à tout moment.
Manquer de recul	Non. Je trouve qu'en médecine générale... Voilà, je sais, ça fait que deux mois ou trois mois de Saspas, donc j'ai pas assez de recul, et puis j'ai pas eu encore vraiment d'expérience où j'ai pu faire une erreur. Des fois tu le sais pas forcément. En fait, ça peut être une erreur, mais on est pas forcément au courant. Donc je sais pas pour le moment j'ai pas encore eu d'expérience comme ça, de mauvaises expériences où j'ai été en faute. J'espère qu'il y en aura le moins possible. Mais non j'ai pas encore été vraiment confronté...
Manquer de recul	Non, c'est ça, c'est trouver vraiment le juste milieu après voilà, je débute donc ça fait que trois mois les consultations tout seul donc c'est... mais c'est un travail de fond, c'est un peu un travail à faire. Après aussi, ça dépend du caractère de chacun.

b. Sources de pression

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 8. {Tableau 72}

Tableau 71 : Propriétés de la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 8

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Traiter des patients plus graves aux urgences	Aux urgences c'est surtout la bas qu'on le voit quand même. Aux urgences c'est un peu le mode de fonctionnement. En médecine générale un peu moins. Mais après aux urgences, de toute façon les gens qui y vont sont quand même plus... il y a des fois de l'inquiétude, ou il y a des fois on ne sait pas trop, donc les examens complémentaires sont fait quand même...
Porter la responsabilité morale	Là, pour le moment, on est encore en temps que Saspas. On est encore un peu seniorisé, mais même si au final, la responsabilité, on va dire que c'est peut être le maître de stage qui va la prendre, mais dans tous les cas moralement c'est quand même nous qui l'avons fait, qui sommes... enfin juridiquement on est peut-être moins inquieté mais quand même, pour après la suite de la période c'est quand même pas évident.
Ne pas vouloir se retrouver dans des situations désagréables	Mais plus tard je pense que j'essaierai de faire vraiment au mieux... enfin ne pas le faire, mais dans la mesure du possible, sans me mettre non plus trop en difficulté... sur des situations pour que ça dégénère pas. Mais voilà, si il y a des situations où tu te sens trop trop sous pression, c'est vrai que des fois tu peut adopter de la médecine défensive. Tant que c'est pas pour trop de patients. Si pour une situation, pourquoi pas, ça t'enlève cette charge, tu te dis « ok, comme ça, ils sont contents, ils ont, ils ont leur ordonnance, ils ont leur truc et puis voilà ».
Prescrire sous pression	On peut avoir la pression de prescription. Je sais pas, avant, je ne sais pas comment c'était, mais là c'est vrai qu'il y a quand même souvent la pression de prescription.

Subir la pression du patient

Plutôt de la part des patients, c'est quand même quelque chose... après, je pense que c'est vraiment dans les études, tout ça, c'est quand même très très français. Mais moi, cette pression de prescription, pas forcément en plus des médicaments très... enfin voilà des choses très banal, mais moi je le ressent quand même. Voilà, si c'est pas prescrit, il y a des gens qui ont du mal à quand même accepter de partir sans une ordonnance, même s'ils n'en ont pas besoin. Alors que là on repart avec le papier, ça je trouve ça un peu un peu pénible.

Etre sursollicité / Subir l'impatience des patients

Après il ya aussi une pression globale, je sais pas comment l'expliquer, mais c'est la pression un peu des patients aussi par rapport aux délais. Voilà c'est nouveau avec la situation actuelle, mais la pression d'être vu rapidement. Voilà, on essaie de faire au mieux, mais c'est quand même assez compliqué la sur sollicitation des patients.

Subir l'egoïsme des patients

Ouais, c'est un peu plus exigeant, ils veulent être vu tout de suite, enfin, très rapidement, pour des choses pas forcément, toujours très urgentes, il y a un manque de relativisation. Mais bon, c'est un peu ça, c'est un peu la situation actuelle qui veut que, mais il y a une pression un peu quand même globale aussi du côté des patients.

Eduquer et traiter une patientèle qui n'est pas la notre.

Après en Saspas c'est plus compliqué parce que c'est pas mes patients, c'est les patients du médecin. J'ai pas envie de trop me mettre en porte à faux. Ils ont eu leur éducation aussi avec, du coup ils comprennent pas toujours pourquoi moi je le fais pas alors que le médecin il le fait tout le temps, il met tout le temps ci, il met tout le temps ça. J'essaie d'expliquer, mais il y a des fois en fait, quand tu expliques 20 fois les mêmes choses à des personnes qui ne sont pas tes patients, et que tu vas plus voir après, je me casse plus trop la tête. J'essaie de faire quand même au mieux, si ils comprennent tant mieux, sinon je leur dis de revoir plus tard avec le médecin vu que moi je le fais pas et puis voilà.

Subir l'egoïsme des patients

Je pense pas du tout. Pas du tout, du tout. Je pense que les gens ils... j'ai vraiment pas l'impression en fait... Après c'est pareil, c'est vraiment, c'est avec la santé, c'est les gens c'est... et puis c'est normal, ils adoptent un comportement quand même assez égoïste quoi. Tout le monde veut avoir son... il a sa douleur, il veut savoir pourquoi, il a envie d'avoir son imagerie, il a envie d'avoir... Oui il y a un égoïsme, en fait avec la santé de chacun.

Manquer de temps

Ben ce que je remarque beaucoup c'est aussi un peu le manque de temps. En fait, les gens vont avoir tendance à... vu que c'est plus compliqué avec la surcharge de travail, c'est quand même plus compliqué de les revoir. Ils vont plus à avoir tendance à mettre un petit peu tout dès le début, et éventuellement expliquer à l'oral ce qu'il faut faire mais sans pour autant s'assurer que les patients le suivent derrière. Mais je pense qu'il y a déjà ça, déjà la surcharge de travail qui fait qu'on peut pas toujours bien revoir les patients, donc on a vite tendance à prescrire. Et voilà peut être un peu de sur-prescrire et puis en se disant « bon bah comme ça ce sera fait, au pire si il y a quelque chose bah... »

c. Sentiments

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sentiments » dans l'entretien 8. {Tableau 73}

Tableau 72 : Propriétés de la catégorie « sentiments » dans l'entretien 8

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre inquiet	Aux urgences c'est surtout la bas qu'on le voit quand même. Aux urgences c'est un peu le mode de fonctionnement. En médecine générale un peu moins. Mais après aux urgences, de toute façon les gens qui y vont sont quand même plus... il y a des fois de l'inquiétude, ou il y a des fois on ne sait pas trop, donc les examens complémentaires sont fait quand même...
Avoir peur	Oui, oui forcément. C'est quelque chose de... je trouve qu'en médecine aussi c'est ça qui fait peur en fait. L'erreur, la peur de l'erreur.
Se sentir plus menacé aux urgences	Et oui, c'est effectivement surtout aux urgences, alors qu'en médecine générale c'est moins fait à part qu'en fait ça va plus être patient dépendant, quand on sent que la personne peut éventuellement être très procédurière. Oui mais après plutôt aux urgences.
Ne pas avouer la peur de l'erreur	Après, je pense que c'est un peu mis de côté en fait, c'est ça.
Se remettre en question	Si on commence à se faire envahir, on fait rien... Après voila t'as toujours quand même ce petit stress, « est ce que j'ai bien fait ? est ce que j'aurais dû faire autrement ? »

Etre fatigué de se battre

Justement, j'aimerais pas. J'ai pas du tout envie de fonctionner comme ça, mais après je pense que c'est toujours... enfin je l'ai déjà fait ça c'est sûr. Il y a des fois où la pression en fait, oui, le patient est hyper insistant, t'es la t'es en retard. Il te soule pour avoir son truc, c'est pas du tout justifié, voilà, c'est des fois ça, des fois tu dis bon allez, je le mets et puis comme ça il me fait pas chier. Mais après c'est vrai que c'est compliqué, mais ce que je veux c'est vraiment limiter au maximum.

Devoir donner des réponses

Je pense pas du tout. Pas du tout, du tout. Je pense que les gens ils... j'ai vraiment pas l'impression en fait... Après c'est pareil, c'est vraiment, c'est avec la santé, c'est les gens c'est... et puis c'est normal, ils adoptent un comportement quand même assez égoïste quoi. Tout le monde veut avoir son... il a sa douleur, il veut savoir pourquoi, il a envie d'avoir son imagerie, il a envie d'avoir... Oui il y a un égoïsme, en fait avec la santé de chacun.

Etre surchargé

Ben ce que je remarque beaucoup c'est aussi un peu le manque de temps. En fait, les gens vont avoir tendance à... vu que c'est plus compliqué avec la surcharge de travail, c'est quand même plus compliqué de les revoir. Ils vont plus à avoir tendance à mettre un petit peu tout dès le début, et éventuellement expliquer à l'oral ce qu'il faut faire mais sans pour autant s'assurer que les patients le suivent derrière. Mais je pense qu'il y a déjà ça, déjà la surcharge de travail qui fait qu'on peut pas toujours bien revoir les patients, donc on a vite tendance à prescrire. Et voilà peut être un peu de sur-prescrire et puis en se disant « bon bah comme ça ce sera fait, au pire si il y a quelque chose bah... »

d. Etre defensif

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « être défensif » dans l'entretien 8. {Tableau 74}

Tableau 73 : Propriétés de la catégorie « être défensif » dans l'entretien 8

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Tenir ses dossiers / Tout tracer / Se protéger	Oui, c'est vrai que je n'y ai pas pensé, mais j'ai pas encore eu affaire à ça aussi donc c'est pour ça que ce ne m'est pas venu tout de suite... mais oui c'est vrai qu'il y a la pression en fait de bien cadrer les dossiers, tout noter. Oui de se mettre en sécurité, de sécuriser au maximum ses prises en charges, de tout tracer.
En faire trop / Prescrire pour se rassurer	Ouais ben en fait c'est faire plus... en fait plus voir peut être même en faire trop, même si c'est pas forcément utile. C'est pour au final se rassurer plus soi que.... ou a essayer des fois de sur diagnostiqués, ou vouloir en faire trop en fait pour se rassurer, pour se dire qu'on a fait le maximum. Enfin moi je vois ça comme ça.
Prescrire de manière systématique aux urgences	Ouais en listing, c'est fait un peu à la chaîne à part certains justement qui adoptent, enfin qui refusent d'adopter cette pratique. Mais voilà, je pense surtout à tout ce qui est... quand on parle des circuits courts d'urgences... enfin dans les circuits longs il y a aussi les scanners qui sont faits un peu pour tout et n'importe quoi. Mais des fois c'est vrai qu'on trouve des trucs, des fois y'a rien. Les radios et les radios qui sont faites de manière systématique ça c'est de la médecine défensive. Chaque personne qui rentre a sa radio comme ça ça va, tout le monde est content, on évite les problèmes des... Mais ouais, surtout au plus aux urgences.
Fonctionner de manière défensive aux urgences	Aux urgences c'est surtout la bas qu'on le voit quand même. Aux urgences c'est un peu le mode de fonctionnement. En médecine générale un peu moins. Mais après aux urgences, de toute façon les gens qui y vont sont quand même plus... il y a des fois de l'inquiétude, ou il y a des fois on ne sait pas trop, donc les examens complémentaires sont fait quand même...

Prescrire tout par
manque de temps pour
revoir le patient

Ben ce que je remarque beaucoup c'est aussi un peu le manque de temps. En fait, les gens vont avoir tendance à... vu que c'est plus compliqué avec la surcharge de travail, c'est quand même plus compliqué de les revoir. Ils vont plus à avoir tendance à mettre un petit peu tout dès le début, et éventuellement expliquer à l'oral ce qu'il faut faire mais sans pour autant s'assurer que les patients le suivent derrière. Mais je pense qu'il y a déjà ça, déjà la surcharge de travail qui fait qu'on peut pas toujours bien revoir les patients, donc on a vite tendance à prescrire. Et voilà peut être un peu de sur-prescrire et puis en se disant « bon bah comme ça ce sera fait, au pire si il y a quelque chose bah... »

e. Conséquences

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « conséquences » dans l'entretien 8. {Tableau 75}

Tableau 74 : Propriétés de la catégorie « conséquences » dans l'entretien 8

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Entrainer une perte de chance	Non, non, non, non, pas envie d'être là dedans. Non et surtout je me dis que c'est une perte de chance pour les autres patients. Si t'envoies dix personnes faire un scanner alors que même toi tu sais qu'il n'y a rien, enfin que t'es très peu... c'est toujours une histoire de probabilité, voilà de clinique de tout. Mais si t'as très peu d'arguments, voilà et que tu les envoies faire un scanner, ben la personne qui elle est suspecte de cancer ça va retarder de une, deux ou trois semaines. C'est surtout des choses comme ça. Je me dis si toi tu envoies, si toi tu surcharges, je me dit qu'il ne faut pas créer de perte de chance. Parce que toi t'es bien content si ton patient tu suspectes un truc grave et qu'il a son rendez vous très rapidement, et que ce ne soit pas embolisé par du scanner abusif injustifié.

Refuser certaines pratiques

Après moi je vois, je sais déjà qu'il y a un truc que je voudrai pas, et que je ferai pas c'est de la gynéco. Ouais, déjà la gynéco en tant que mec, j'aime pas trop ça et je sens que c'est un truc, c'est source de problèmes. En plus, en tant que mec, les femmes elles vont avoir moins tendance à venir. Je me suis moi déjà... moi-même me sens pas trop à l'aise avec ça. C'est pas que je me sens pas à l'aise, mais je préfère laisser ça à des gens qui maîtrisent. Et puis aussi, c'est peut être... je trouve que depuis le début des études, très souvent en fait on a jamais été vraiment intégré, je trouve, à la formation gynéco... à part à l'hôpital, on y était un peu... enfin les femmes sont un peu.. pas obligées, elles sont jamais obligées, mais on est quand même beaucoup plus semi imposés on va dire. Mais sinon, en médecine générale, en Prat niveau un, ou même avant en stage d'externe, en fait, je me suis jamais sentis intégré dans la prise en charge gynéco, même les examens juste pour voir comment on fait, c'est vrai que c'est quelque chose de pas évident. Donc je me suis toujours dit je ferai pas de gynéco de toute façon je suis pas à l'aise. Et puis mon stage en gynéco me l'a quand même confirmé, ça reste sympa, mais je pense que moi c'est source de problèmes.

Refuser certaines pratiques

Oui, oui, ne pas faire certaines choses pour éviter toute source de problèmes comme ça.

Créer de l'inquiétude

Moi je ne trouve pas non. Ça amène plus d'inquiétude de sur-diagnostic. Par exemple sur les scanners abdos ils vont trouver des kystes, des machins, des trucs qui au final on s'en fout. Et les gens, ça les inquiète. Et en fait ça apporte plus de stress, pour eux, pour après. Ouais, je pense que ce que ça apporte... enfin ce qu'on gagne par exemple, à diagnostiquer peut être une fois sur... enfin à faire 10 scanner entre guillemets « pas justifiés », puis découvrir de manière fortuite un truc, enfin un gros truc et puis tout plein de petites choses, je pense que l'apport est pas forcément...

Faire bénéficier du diagnostic fortuit à l'échelle individuelle mais en pâtir à l'échelle collective / Créer des dépenses de Santé

Le ratio pour une personne, forcément ça va être top, parce que voilà, il n'y aura pas de retard de prise en charge. Mais c'est vrai qu'après, si on réfléchit... Enfin de manière individuelle, la personne pour elle, ça va être super bien. Mais en fait, si on prend vraiment de manière plus globale en mode santé publique, c'est vrai que toute façon on ne peut pas s'en sortir si on fait... voilà si on fait dans l'excès.

Mal éduquer les patients / Entraîner des abus en offrant rapidement les examens aux urgences

Ben oui, ça rajoute... déjà dans l'éducation à la santé, c'est un peu catastrophique parce que ça donne l'image que voilà, si on veut... c'est pareil, c'est toujours avec la situation actuelle, mais par exemple des gens qui savent... ça peut faire dévier certains comportements, là, des gens qui attendent une imagerie, et puis c'est dans le bouche à oreille, ils savent que voilà, aux urgences, ils peuvent éventuellement avoir l'imagerie plus rapidement. Et puis eux ils y vont, et ils l'ont bien plus tôt et puis voilà... Ça peut entraîner des abus.

Donner des messages contradictoires / Demander de moins consulter puis tout offrir immédiatement

Oui, ça peut participer aussi à ça. Mais encore une fois sur l'éducation à la santé c'est pas bon, ça donne pas une bonne... Voilà si d'un côté on essaie de dire « il faut éviter de consulter », et puis de l'autre coté on y va, on a ce qu'on veut et puis on rentre. C'est plus sur ce coté là... je pense que ça apporte à personne.

Régresser / Ne plus raisonner

Et même pour soit en fait, tout ce qu'on a appris, on en tient pas compte en fait, on fait on envoie et puis un peu à la chaîne. Oui, et puis la médecine un peu à la chaîne.

Etre excessif

Après c'est pareil, c'est aussi... chacun a sa... enfin comment dit... (...) Oui, sa façon de pratiquer, ses arguments, son ressenti si la personne le sent pas, mais dans le cas de la médecine défensive, je pense que c'est vraiment un peu excessif quoi, sur le « on sait jamais, on sait jamais, on sait jamais ».

Régresser

Non, non, non, non. Et puis après c'est même pas stimulant quoi. Tu ne fais pas de la médecine, tu ne te poses pas de questions en fait, tu ne réfléchis pas. Et puis en fait je trouve que c'est du négatif vraiment pour tout, même pour le patient. Enfin seul truc de positif, parce qu'il aura eu ce qu'il voulait, il sera content, voilà, il aura eu son truc, mais derrière voilà ça peut se...

Ne plus raisonner

Ouais en listing, c'est fait un peu à la chaîne à part certains justement qui adoptent, enfin qui refusent d'adopter cette pratique. Mais voilà, je pense surtout à tout ce qui est... quand on parle des circuits court d'urgences... enfin dans les circuits longs il y a aussi les scanners qui sont faits un peu pour tout et n'importe quoi. Mais des fois c'est vrai qu'on trouve des trucs, des fois y'a rien. Les radios et les radios qui sont faites de manière systématique ça c'est de la médecine défensive. Chaque personne qui rentre a sa radio comme ça ça va, tout le monde est content, on évite les problèmes des... Mais ouais, surtout au plus aux urgences.

f. Bénéfices

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « bénéfiques » dans l'entretien 8. {Tableau 76}

Tableau 75 : Propriétés de la catégorie « bénéfiques » dans l'entretien 8

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Diagnostiquer fortuitement	Ouais en listing, c'est fait un peu à la chaîne à part certains justement qui adoptent, enfin qui refusent d'adopter cette pratique. Mais voilà, je pense surtout à tout ce qui est... quand on parle des circuits court d'urgences... enfin dans les circuits longs il y a aussi les scanners qui sont faits un peu pour tout et n'importe quoi. Mais des fois c'est vrai qu'on trouve des trucs, des fois y'a rien. Les radios et les radios qui sont faites de manière systématique ça c'est de la médecine défensive. Chaque personne qui rentre a sa radio comme ça ça va, tout le monde est content, on évite les problèmes des... Mais ouais, surtout au plus aux urgences.

g. Facteurs protecteurs

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 8. {Tableau 77}

Tableau 76 : Propriétés de la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 8

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre optimiste / Etre conscient du risque d'erreur	C'est même pas une histoire de confiance parce que tu sais que ça peut arriver à tout moment, mais oui, en fait c'est plus je me dis que je me mets dans un état d'esprit positif en fait plutôt que négatif. J'y vais pas en me disant « il ne faut pas que je fasse d'erreurs », je me dis « voilà, je vais faire au mieux et puis on verra »
Etre optimiste	Mais oui, c'est vraiment ça de garder cet état d'esprit parce que sinon, si en commençant, on est déjà en train de se bouffer avec le risque...
Etre conscient du risque d'erreur	Après, dans l'erreur médicale, il peut y avoir je pense deux types, celui où l'on pouvait l'éviter et d'autres en fait, où ça n'est pas forcément de notre ressort. En fait, il y a une erreur, mais soit... voilà en fait par exemple, pour une erreur de prescription, une interaction, par exemple le patient, on a cherché, mais le patient nous l'a pas dit. Voilà, lui ne savait pas. Et du coup ça c'est plus des erreurs au final, où on ne peut pas grand chose. On peut toujours essayer de creuser, de faire au mieux, mais...moi je vois surtout ça.
Etre seniorisé / Ne pas porter la responsabilité juridique	Là, pour le moment, on est encore en temps que Saspas. On est encore un peu seniorisé, mais même si au final, la responsabilité, on va dire que c'est peut être le maître de stage qui va la prendre, mais dans tous les cas moralement c'est quand même nous qui l'avons fait, qui sommes... enfin juridiquement on est peut-être moins inquieté mais quand même, pour après la suite de la période c'est quand même pas évident.
Se faire Aider	Oui c'est ça il y a de l'aide. Et voilà moi ça me permet de relativiser. et puis je ne suis pas bouffé par l'angoisse de faire une erreur.

h. Ce que je fais

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 8. {Tableau 78}

Tableau 77 : Propriétés de la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 8

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Orienter	Je vais essayer de tout bien expliquer aux gens. Si je sais pas, j'oriente. C'est vraiment ça en fait. C'est vraiment rester à sa place.
Relativiser / Donner son maximum	Hmmm non, franchement ça va, j'essaie de relativiser. Puis toute façon je me dis « je vais essayer de faire au mieux », même si bon, on sait que ça peut arriver.
Ne pas se stresser	Mais non, franchement pas trop... ça reste toujours dans un coin de la tête, mais si on fait que de penser à ça après on part au taf avec la boule au ventre.
Etre sérieux / Donner son maximum	J'essaie de me mettre dans un état d'esprit où voilà, j'essaie de faire au mieux, d'être vraiment attentif, sérieux, le plus rigoureux possible et voilà
Demander de l'aide / Relativiser / Donner son maximum	Je trouve après que par rapport à ça le fait de passer dans des stages d'urgence... c'est quand même plus rassurant la médecine générale, on a quand même moins ce côté vraiment urgence vitale. Et toute façon, si jamais il y a une urgence vitale, on adresse parce que nous on sait qu'on est pas en capacité de... En fait l'objectif c'est quand même de donner le max, et je me dis tant qu'on donne le max, même si ça se termine mal, faut pas regretter. Donc c'est pour ça, moi j'essaie de relativiser un peu par rapport à ça. Je me dis « tant que tu donnes le maximum » que tu essaies de faire au mieux pour les patients, il n'y a pas besoin de se mettre vraiment trop la pression par rapport à ça. Et puis après on est quand même entouré si il y a besoin, si il y a une urgence

Essayer de faire de son mieux

Après, dans l'erreur médicale, il peut y avoir je pense deux types, celui où l'on pouvait l'éviter et d'autres en fait, où ça n'est pas forcément de notre ressort. En fait, il y a une erreur, mais soit... voilà en fait par exemple, pour une erreur de prescription, une interaction, par exemple le patient, on a cherché, mais le patient nous l'a pas dit. Voilà, lui ne savait pas. Et du coup ça c'est plus des erreurs au final, où on ne peut pas grand chose. On peut toujours essayer de creuser, de faire au mieux, mais...moi je vois surtout ça.

i. Ce qu'il faudrait faire

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 8. {Tableau 79}

Tableau 78 : Propriétés de la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 8

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Eduquer les patients	Moi, je trouve qu'il y a quand même un manque d'éducation à la santé en France.
Eduquer les patients	Mais en fait, oui, un manque d'éducation à la santé sur toutes les choses un peu du quotidien. Les gens sont très demandeurs de soins. On le voit, avec les motifs de consultation. Moi, l'exemple qui va... qui me choque, c'est qu'en fait des personnes, mais c'est très souvent, mais ils vont consulter tous les ans au même moment par exemple l'hiver ils vont tous consulter pour la même chose et en fait il n'y a pas d'enregistrements. Par exemple, je peux comparer ça à l'école, par exemple quand on t'apprend un truc après, du coup, t'as pas besoin de le voir 50 fois. Là, ils vont venir l'hiver pour quelque chose, on va avoir la même chose l'hiver d'après et puis en fait, ils vont quand même revenir consulter alors qu'ils savent qu'il y a eu la même chose avant et on leur redit la même chose. Et en fait c'est ça, il y a une énorme consommation de soins et les gens j'ai l'impression qu'ils n'apprennent pas forcément... En fait le patient il consomme du soin, plutôt que dire « ah voilà la dernière fois il m'a dit que c'était ça, là ça y ressemble, il y a pas forcément besoin de consulter ».
Eduquer les patients	Oui et ils reviennent. Parce que ça, je pense que ça libérait énormément de temps si il y avait une certaine forme d'apprentissage. Après il y a de l'inquiétude, il y a plein de choses, des personnes ça peut se comprendre aussi qui ont besoin d'être rassuré. Mais après c'est un truc, je me suis fait la réflexion, en fait tous les ans nous du côté médical on considère que... on se dit ouais on va voir tous les tous les virus de l'hiver et machin mais en fait, est ce que c'est normal entre guillemets ? Alors que voilà, ces personnes elles ont déjà eu ça une fois, voilà elles devraient savoir que ça peut revenir.

Anticiper par la communication / Instruire le patient

Et puis je pense que la base aussi c'est la communication. Parce que voilà, tu peux faire une erreur, mais si les gens en fait, il n'ya rien qui leur est expliqué, je pense que tu peux vite te retrouver toi dans la merde. Alors que si tu communique avec eux, tu leur expliques ta démarche, pourquoi tu fais ci, pourquoi tu fais ça, pourquoi tu mets tel médicament... Imaginons qu'il fasse une réaction allergique, ou qu'il y ai une interaction, un truc, quelque chose de rare, si rien n'a été expliqué il va dire « le médecin il m'a mis ça, il a fait n'importe quoi ». Alors que si ça a été expliqué et que même le risque d'erreur, le risque d'interaction, ça été expliqué au patient, ça peut adoucir au moins les choses.

Eduquer le patient / Faire relativiser le patient

Et c'est pour ça que des fois la communication c'est essentiel, pour justement essayer de recentrer un peu les gens sur tout ce qui est... recentrer sur la gravité des choses. Voilà une douleur, c'est pas quelque chose de forcément grave ... C'est pénible, mais ouais, essayer de vraiment les recentrés sur les choses. Parce que effectivement, quand on a quelque chose, on a envie de savoir, d'être pris en charge tout de suite, que ça aille le plus vite possible, mais peut être que le voisin aussi il a ça, et ça peut être un truc plus grave, et il faut parfois prendre son mal en patience parce que c'est pas toujours évident.

Expliquer au patient

Oui oui, dans ce sens là, effectivement, des choses que toi tu peux pas faire, enfin que tu ne veux pas faire. Ouais, là dessus ça peut jouer. Après c'est pareil en expliquant en fait, il n'y a pas forcément vraiment de tabou, en expliquant simplement je pense que les gens comprennent sans soucis.

Ne pas se reposer
uniquement sur les
recommandations /
Communiquer et
sécuriser grâce aux
recos

Faut venir en tenir compte mais après faut il faut pas que ce soit trop... on est pas dans un truc, on est pas dans des maths, donc pas dans une science vraiment purement théorique. Il y a pas une situation... enfin il y a des situations qui se ressemblent, mais c'est jamais... c'est jamais vraiment exactement la même chose. Il y a plein de choses, plein d'autres paramètres à prendre en compte. Donc les recos bien sûr, c'est un peu la Bible quoi et c'est ça qui nous permet de savoir quand même quoi faire. Et on peut peut-être se cacher derrière, enfin on s'y fit, et puis même des fois pouvoir l'expliquer aussi aux patients parce qu'ils ne sont pas forcément au courant. Voilà, ils ont chacun aussi chacun leur manière de voir, enfin d'imaginer un peu la médecine, comment ça fonctionne, sur quoi on se base. Mais oui, effectivement leur expliquer que la Haute autorité de santé, ils disent qu'il faut faire ça, ça, ça, en leur expliquant que eux ils sont dans telle situation, on leur montre l'algorithme, ils disent... voilà parce que des fois qu'on sorte pas un truc du chapeau, des fois ça peut aussi... pas les convaincre mais... (...) Ouais ben oui, effectivement, ils nous ont dit ça... après il y a des gens qui sont plus ou moins sceptiques, mais bon, moi je pense que c'est bien. C'est bien, mais c'est pareil, il faut tout prendre en compte.

Eduquer à l'échelle
individuelle

Après sinon l'idée que l'éducation, on en revient toujours au même point avec l'éducation à la santé, des campagnes nationale... enfin c'est pareil c'est toujours beau de mettre des messages à la télé, ça marque un petit peu, mais les gens c'est pareil quand ça touche à la santé... enfin, ça a beau être dit à la télé, ils ont des représentations, ils ont des expériences passées, ils ont des histoires de famille, plein de trucs et en fait voilà, des sources d'angoisse et souvent ils veulent un truc. On a essayé, on peut toujours essayer, mais ça prend du temps. Il faut que chaque médecin fasse ce boulot là. Et c'est sûr que maintenant, avec la surcharge, en cinq minutes, cinq ou dix minutes, ou encore un quart d'heure, des fois c'est pas évident. En fait, ça peut vite prendre vingt minutes pour argumenter. T : Et puis si ça marche pas, c'est vrai qu'on a vite tendance à... enfin pour nous aussi ça reste une grosse... une journée où à toujours expliquer la même chose c'est vrai que c'est une charge assez lourde et surtout si c'est pas enregistré. Mais je pense que c'est ça qu'il faut faire. Après l'éducation à la santé, c'est vrai que c'est une bonne approche

Eduquer le patient	C'est le point, c'est le truc principal. Je pense, c'est qu'en plus c'est vrai que les gens, enfin j'ai remarqué un petit peu, les gens y sont quand même réceptifs. Ils disent « ah ouais ça on me l'a jamais dit, ah ok très bien je saurai » Et des fois c'est des petites choses, pour nous ça nous paraît hyper logique et en fait pour eux pas du tout. Et des fois ça prend même très peu de temps. Mais je pense que si tout le monde fait un peu ce boulot là, que effectivement on a des campagnes un petit peu plus... ouais expliquer aux gens
Expliquer au patient	Parce que la médecine nous on l'apprend, c'est quand même compliqué, c'est beaucoup d'études, mais il y a énormément de choses en fait qui sont... moi j'aime bien expliquer un peu le fonctionnement des choses.
Faire adhérer le patient	Parce que des fois, les gens, ils sont habitués, ils disent je prends ça, par exemple le sirop pour la toux, tout le monde en demande, le médecin il met le sirop, et en fait quand on leur demande si ça fonctionne ils disent tous que non mais ils le veulent quand même. Et même le fonctionnement, voilà, je leur explique que le sirop il va pas du tout par l'endroit où il respire. Donc quand tu leur explique un peu le mécanisme, il se dit « ah oui, c'est vrai que ça sert à rien, vous avez raison »;
Etre sensibilisé à la communication	Je pense que maintenant, les jeunes, la jeune génération, c'est un peu plus... peut être qu'on communique plus, on est plus sensibilisés à ça.
Faire de la prévention	Ouais j'espère. Rien que tu sais, avec les histoires d'antibio. Voilà y'a eu les campagnes et puis effectivement, les jeunes on est beaucoup plus sensibilisés à ça. On pense à tout ce qui est antibio-résistance, mais parce que on nous le rabâche, nous le rabâche et au final tout ça, ben enfin ça rentre et du coup ben voilà, on essaie de faire attention.
Pratiquer différemment de nos aînées	Et puis ouais je pense que ça petit à petit, là... enfin oui les vieilles générations ils ont plus tendance à envoyer les antibio
Instruire le patient	Je vais essayer de tout bien expliquer aux gens. Si je sais pas, j'oriente. C'est vraiment ça en fait. C'est vraiment rester à sa place.

Ne pas sur-prescrire

Non, non, non, non, pas envie d'être là dedans. Non et surtout je me dis que c'est une perte de chance pour les autres patients. Si t'envoies dix personnes faire un scanner alors que même toi tu sais qu'il n'y a rien, enfin que t'es très peu... c'est toujours une histoire de probabilité, voilà de clinique de tout. Mais si t'as très peu d'arguments, voilà et que tu les envoies faire un scanner, ben la personne qui elle est suspecte de cancer ça va retarder de une, deux ou trois semaines. C'est surtout des choses comme ça. Je me dis si toi tu envoies, si toi tu surcharges, je me dit qu'il ne faut pas créer de perte de chance. Parce que toi t'es bien content si ton patient tu suspectes un truc grave et qu'il a son rendez vous très rapidement, et que ce ne soit pas embolisé par du scanner abusif injustifié.

Communiquer pour
réduire les
conséquences /
Convaincre / Faire
adhérer le patient

Oui, c'est ça le plus, la communication, je pense pour réduire les conséquences. Après voilà, comme toujours il y a des exceptions, tu as beau communiquer, tu as beau dire... c'est pour ça que je pense que des fois il faut tracer, mais j'ai remarqué ça avec les gens en général, quand la démarche est expliquée la plupart du temps quand même ça se passe plutôt bien. Et puis on arrive quand même à convaincre. Après c'est le principe de l'alliance thérapeutique avec le patient.

Instruire les patients

Mais tout des petites choses comme ça, juste le fonctionnement très simple, un peu du corps, de différents mécanismes, les gens sont assez réceptifs et puis ça les intéresse en fait. C'est pour ça que je me dis le savoir aussi... nous on sait des choses, mais c'est bien j'aime bien essayer de leur expliquer aux gens comment ça fonctionne pour que eux après ça... oui essayé de les stimuler un peu et puis pas que ce soit une consultation comme au supermarché. Je viens chercher mon ordo et puis je repars avec.

S'adapter

Mais plus tard je pense que j'essaierai de faire vraiment au mieux... enfin ne pas le faire, mais dans la mesure du possible, sans me mettre non plus trop en difficulté... sur des situations pour que ça dégénère pas. Mais voilà, si il y a des situations où tu te sens trop trop sous pression, c'est vrai que des fois tu peut adopter de la médecine défensive. Tant que c'est pas pour trop de patients. Si pour une situation, pourquoi pas, ça t'enlève cette charge, tu te dis « ok, comme ça, ils sont contents, ils ont, ils ont leur ordonnance, ils ont leur truc et puis voilà ».

j. Pour enfin

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 8. {Tableau 80}

Tableau 79 : Propriétés de la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 8

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Créer une alliance avec le patient	Oui, c'est ça le plus, la communication, je pense pour réduire les conséquences. Après voilà, comme toujours il y a des exceptions, tu as beau communiquer, tu as beau dire... c'est pour ça que je pense que des fois il faut tracer, mais j'ai remarqué ça avec les gens en général, quand la démarche est expliquée la plupart du temps quand même ça se passe plutôt bien. Et puis on arrive quand même à convaincre. Après c'est le principe de l'alliance thérapeutique avec le patient.
Inclure le patient dans sa prise en charge	Mais tout des petites choses comme ça, juste le fonctionnement très simple, un peu du corps, de différents mécanismes, les gens sont assez réceptifs et puis ça les intéresse en fait. C'est pour ça que je me dis le savoir aussi... nous on sait des choses, mais c'est bien j'aime bien essayer de leur expliquer aux gens comment ça fonctionne pour que eux après ça... oui essayé de les stimuler un peu et puis pas que ce soit une consultation comme au supermarché. Je viens chercher mon ordo et puis je repars avec.
Ne pas regretter	Je trouve après que par rapport à ça le fait de passer dans des stages d'urgence... c'est quand même plus rassurant la médecine générale, on a quand même moins ce côté vraiment urgence vitale. Et toute façon, si jamais il y a une urgence vitale, on adresse parce que nous on sait qu'on est pas en capacité de... En fait l'objectif c'est quand même de donner le max, et je me dis tant qu'on donne le max, même si ça se termine mal, faut pas regretter. Donc c'est pour ça, moi j'essaie de relativiser un peu par rapport à ça. Je me dis « tant que tu donnes le maximum » que tu essaies de faire au mieux pour les patients, il n'y a pas besoin de se mettre vraiment trop la pression par rapport à ça. Et puis après on est quand même entourés si il y a un besoin, si il y a une urgence

Ne pas être envahi par l'angoisse

Oui c'est ça il y a de l'aide. Et voilà moi ça me permet de relativiser. et puis je ne suis pas bouffé par l'angoisse de faire une erreur.

Déconstruire et reconstruire les modes de pensée

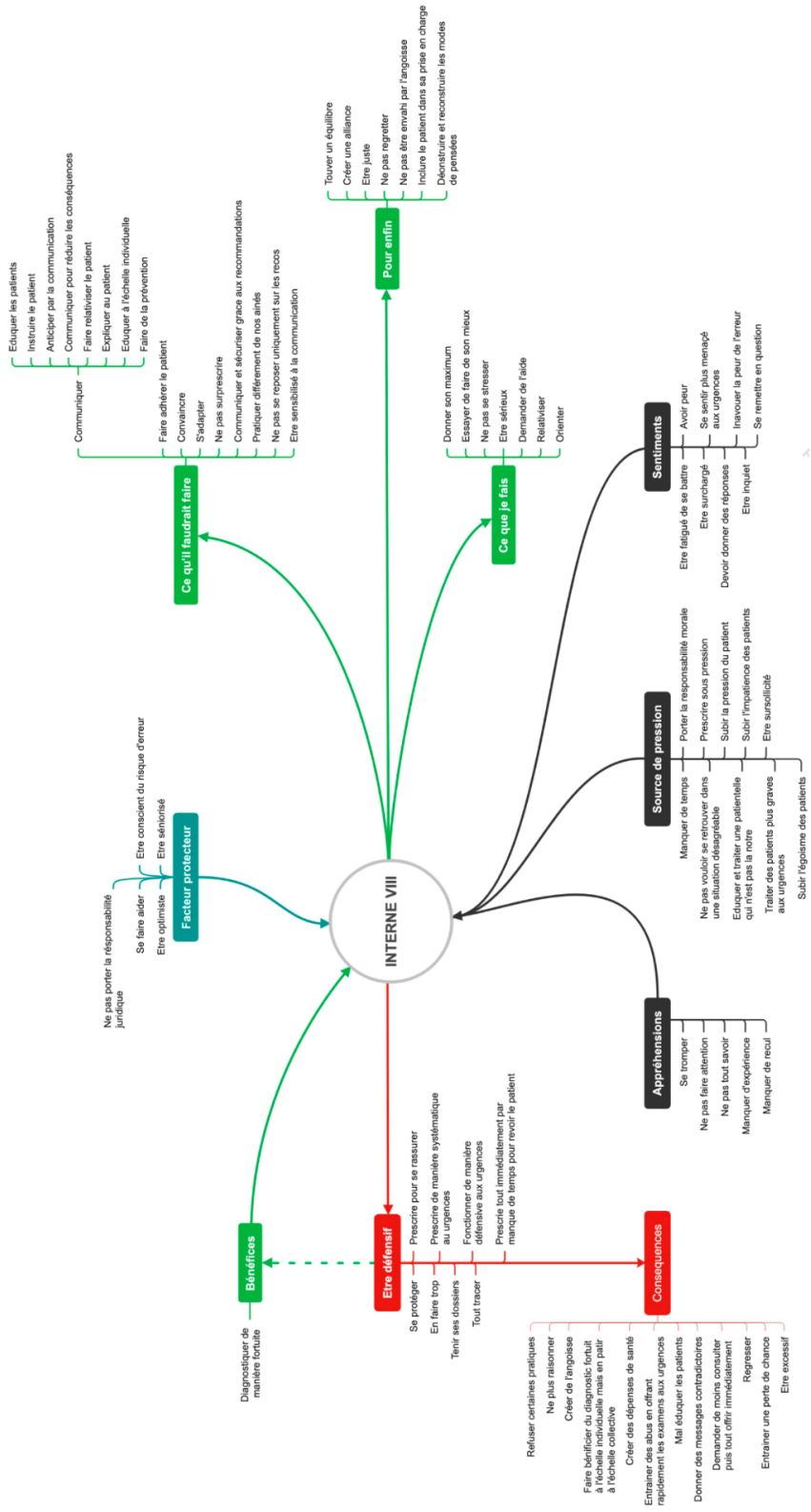
Ouais et rien que ça à défaire c'est quand même pas évident. Et quand on voit les patients de médecins plus âgés qui arrivent, en fait ils arrivent comme au supermarché en sachant ce qu'ils veulent. En fait j'ai ça, donc il faut ça. Sauf que pour moi en fait la consultation médicale c'est plus tu vois le médecin parce que tu ne sais pas forcément ce que tu as. C'est vrai que ça c'est un point aussi... enfin voilà...

Trouver un équilibre

Non, c'est ça, c'est trouver vraiment le juste milieu après voilà, je débute donc ça fait que trois mois les consultations tout seul donc c'est... mais c'est un travail de fond, c'est un peu un travail à faire. Après aussi, ça dépend du caractère de chacun.

Etre juste

Mais plus tard je pense que j'essaierai de faire vraiment au mieux... enfin ne pas le faire, mais dans la mesure du possible, sans me mettre non plus trop en difficulté... sur des situations pour que ça dégénère pas. Mais voilà, si il y a des situations où tu te sens trop trop sous pression, c'est vrai que des fois tu peut adopter de la médecine défensive. Tant que c'est pas pour trop de patients. Si pour une situation, pourquoi pas, ça t'enlève cette charge, tu te dis « ok, comme ça, ils sont contents, ils ont, ils ont leur ordonnance, ils ont leur truc et puis voilà ».



9. Résultats de l'entretien 9

a. Appréhensions

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 9. {Tableau 81}

Tableau 80 : Propriétés de la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 9

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Ne pas être préparé à l'erreur / Ne pas savoir si on s'est déjà trompé	Non, je dirais que c'est pas une peur, c'est surtout qu'on est attentifs quoi, attentifs à les éviter au maximum, et en soit je sais pertinemment que ça arrivera et après on n'y est pas beaucoup préparé mais je sais que ça arrivera et à ce moment là on verra, on verra comment ça se passera. Parce que ça m'est encore jamais arrivé, mais en tout cas, j'en suis... enfin je ne le sais pas quoi. Pour l'instant du moins.
Ne pas être informé par rapport à l'erreur / Manquer de recul	Bah honnêtement, je pense pas. On nous a rarement... déjà en cours théoriques c'est difficile à faire j'imagine. Et c'est vrai que c'est pas des choses qu'on aborde souvent au niveau des cours. Et puis après en stage, tant qu'on y a pas fait face, on nous en parle pas spécialement. Et puis en soit, ça ne nous vient pas non plus à l'esprit. Donc je pense que non, en vrai je pense qu'on est pas plus préparé que ça. Après, est ce qu'on peut être mieux préparé ? Je ne sais pas exactement, mais...
Se tromper	Ça évoque en premier le fait que l'on s'est trompé. Déjà, c'est la première chose. Sensation d'échec, quand même, au départ. Et après, je me dis que ça peut arriver à tout médecin et que derrière il faut essayer de trouver un moyen d'éviter que ça revienne surtout. Et voilà en gros c'est la première chose qui me vient en tête.

Perdre la confiance du patient

Voilà déjà. Et puis oui, je pense qu'il y a une part de ça et puis je pense que oui, je pense que c'est toujours une question de doser, c'est à dire qu'il faut jamais aller trop loin, mais peut être qu'il n'y a aucun risque franc à aller un petit peu plus loin des fois. Et par contre, si on n'y va pas, peut être qu'on peut perdre la confiance avec le patient. C'est aussi ça. Je pense que c'est un dosage à avoir et c'est toujours un petit peu compliqué de gérer tout ça.

Etre attaqué

Effectivement j'ai l'impression aussi que pareil, c'est une maigre expérience, mais qu'il y a de plus en plus de conflits peut être justement judiciaires notamment qu'avant, et qu'effectivement on a tendance à moins faire confiance aux médecins et peut être plus se poser des questions sur la pratique du médecin en tant que patient, je pense.

Ne pas être préparé à l'erreur

Après c'est un certain... chacun le vit différemment et le gère différemment, effectivement comme on n'y est pas préparé, tant qu'on ne l'a pas vécu je pense qu'on peut rien faire, en fait on n'a pas d'informations à propos de ça. Et puis après, quand la première arrive, effectivement, je pense que du coup on est un peu tout seul, et donc à qui en parler ? Puisque vraiment nous on en a jamais parlé avant, on nous a pas donné d'info là dessus.

Subir des répercussions psychologiques

Donc je pense que comme ça arrive tout seul, notamment en Saspas... après en Saspas on a quand même nos med gé référents, donc là, à ce moment là, oui, je pense qu'on pourrait en discuter avec eux, mais c'est vrai que si ça arrive sur un remplacement ou autre chose, on est assez seul je pense face à ça. Et donc et pour gérer l'erreur et pour gérer les conséquences psychologiques que ça peut avoir pour nous ou pour le patient, je pense qu'on est un peu seul là dedans, à propos de ça à mon avis.

b. Sources de pression

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 9. {Tableau 82}

Tableau 81 : Propriétés de la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 9

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Apprendre seul à communiquer	J'ai l'impression que depuis peu de temps, on l'est un peu plus. C'est vrai que nous, on a eu la chance d'avoir des... pas vraiment des cours mais de la pratique un petit peu sur la communication. Alors je pense personnellement que c'est encore pas assez selon moi. Mais effectivement on nous a quand même un peu plus préparé j'ai l'impression par rapport aux anciens, on va dire pas forcément les plus anciens mais en tout cas même il y a une dizaine d'années, je pense que beaucoup de monde avait moins de cours que ça quoi. Je pense que ça va dans le bon sens, mais je pense qu'on est encore un peu trop peu formé là dessus à mon avis, et on forme un peu sur le tas en fait. Après, est ce qu'il y a une bonne formation sur la communication, je ne sais pas, mais on peut avoir au moins quelques conseils sur comment organiser une consultation, un interrogatoire. Je pense qu'on n'a pas tous été formés de la même manière là dessus. Et peut être que moi j'avoue que j'ai peut être été bien formé aussi, parce que certains de mes maîtres de stage et chefs étaient plutôt bien là dessus. Mais je ne suis pas sûr que tout le monde soit formé de la même manière à propos de ça quoi.
Devoir se justifier	Effectivement, je pense que c'est un peu radical dans un sens ou dans un autre. Peut être justement, on va essayer de trouver un juste milieu où le médecin n'est pas en avant mais pas en arrière non plus, et inversement pour le patient. Dans le sens où oui, je pense que je pense que là, la loi actuelle peut être dans certains cas, dans certaines idées de certains médecins, peut être justement les pousse à faire cette médecine défensive, je pense, parce que maintenant ils sont obligés de prouver qu'ils ont pas fait d'erreur, donc ils veulent justement ne pas en faire quoi.

Ressentir du doute chez le patient / Ressentir baisse de confiance des patients

Effectivement j'ai l'impression aussi que pareil, c'est une maigre expérience, mais qu'il y a de plus en plus de conflits peut être justement judiciaires notamment qu'avant, et qu'effectivement on a tendance à moins faire confiance aux médecins et peut être plus se poser des questions sur la pratique du médecin en tant que patient, je pense.

Etre obligé de diagnostiquer / Subir la pression du patient

Je pense que tout le monde n'en a pas conscience. Pour avoir déjà discuté avec des patients de ce genre de choses effectivement, je pense que certains en ont conscience, et certainement que c'est ces patients à qui on en fait le moins justement de médecine défensive, parce qu'ici ils se rendent bien compte que nous on essaie plus de se défendre plutôt que vraiment de les traiter finalement. Pour en avoir discuté avec certains patients, je pense que certains sont conscients de ça, et effectivement... mais à mon avis pas tous. Je pense que comme on disait, selon les patients, certains patients auraient plutôt envie et pousseraient plutôt à ce que ça aille vite justement et qu'on traite tout d'un coup et que comme ça, on est sur quoi.

Ressentir l'exigence du patient / Etre obligé de diagnostiquer / Devoir donner des réponses

Je n'ai pas énormément d'expérience à propos de ça, mais de ce que j'entends et de ce que justement je discute aussi avec des médecins un peu plus vieux, effectivement, c'est ce qui ressort des discussions, c'est qu'effectivement les gens ont plus d'exigences et... je sais pas si c'est vraiment une exigence, mais ils ont besoin de réponses peut être plus rapides et peut être voilà, ils ont pas forcément envie que ça traîne. Et forcément, je pense que ça a des conséquences sur la manière de pratiquer la médecine.

Lutter avec internet

Effectivement, il y a aussi, je pense que ça joue aussi, enfin je ne suis pas sûr que ça ait un impact hyper important, mais l'émergence d'internet et donc de la manière d'aller chercher les informations sur internet, c'est vrai qu'on a quand même pas mal de patients aussi qui confrontent notre avis à l'avis médical d'internet... qui n'est pas forcément un avis médical d'ailleurs. Et qui voilà, nous en parlent et nous disent « vous êtes sûrs ? », ils sont plutôt moins confiants par rapport à ce qu'on leur dit je pense vis à vis aussi des avis d'Internet. Et je pense que ça a un impact aussi là dessus à mon avis.

Apprendre à gérer seul

Donc je pense que comme ça arrive tout seul, notamment en Saspas... après en Saspas on a quand même nos med gé référent, donc là, à ce moment là, oui, je pense qu'on pourrait en discuter avec eux, mais c'est vrai que si ça arrive sur un remplacement ou autre chose, on est assez seul je pense face à ça. Et donc et pour gérer l'erreur et pour gérer les conséquences psychologiques que ça peut avoir pour nous ou pour le patient, je pense qu'on est un peu seul là dedans, à propos de ça à mon avis.

Subir la pression du patient / Devoir donner des réponses

Il y a aussi la pression du patient, quoi qu'il arrive, qui lui vient avec des symptômes et a envie de réponses. Et si on lui donne des réponses, et que c'est pas les bonnes, forcément il sera pas content et derrière... Et d'ailleurs je trouve que ça c'est aussi une sorte de pression pour le médecin, la pression du patient, et la pression de la famille du patient aussi, mais ça c'est encore un peu plus... Mais en médecine générale j'ai l'impression qu'on est quand même moins confronté à ça. C'est surtout avec le patient en tant que tel

Se mettre la pression / Refuser de se tromper / Etre en hypervigilance

Oui, oui, oui. Bah oui, quoi qu'il arrive, il y a nous-mêmes je pense. Enfin personnellement, je pense que moi même, je me mets un peu la pression parce qu'évidemment, mine de rien, l'erreur médicale, on a pas envie de la faire. Donc c'est une sorte de pression dans le sens où on essaie d'être attentif à tout et à rien oublier surtout. Et c'est vrai que le fait d'oublier quelque chose sans que ça amène forcément à une erreur médical, c'est pour moi une sorte de pression.

c. Sentiments

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sentiments » dans l'entretien 9. {Tableau 83}

Tableau 82 : Propriétés de la catégorie « sentiments » dans l'entretien 9

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Ne pas vouloir faire d'erreur	Effectivement, je pense que c'est un peu radical dans un sens ou dans un autre. Peut être justement, on va essayer de trouver un juste milieu où le médecin n'est pas en avant mais pas en arrière non plus, et inversement pour le patient. Dans le sens où oui, je pense que je pense que là, la loi actuelle peut être dans certains cas, dans certaines idées de certains médecins, peut être justement les pousse à faire cette médecine défensive, je pense, parce que maintenant ils sont obligés de prouver qu'ils ont pas fait d'erreur, donc ils veulent justement ne pas en faire quoi.
Avoir peur	Oui, c'est clair que.... mais je pense que n'importe qui a peur de l'erreur parce que c'est quand même un constat d'échec, et l'échec quoi qu'il arrive on a pas envie de l'avoir, donc c'est évident que tout le monde en a un peu peur.
Etre en conflit	Je pense que dans les deux cas il peut y avoir... peut être pas forcément de rupture, mais au moins conflit... enfin pas forcément conflit... mais opinion différente quoi.
Etre remis en question	Avant, c'est vrai qu'on avait notion qu'ils avaient une entière confiance en le médecin et que quoi qu'il arrive, le médecin ferait tout pour eux pour que ça aille bien. Et là maintenant ils remettent vachement je trouve en question notre manière de pratiquer la médecine.

Se sentir seul

Après c'est un certain... chacun le vit différemment et le gère différemment, effectivement comme on n'y est pas préparé, tant qu'on ne l'a pas vécu je pense qu'on peut rien faire, en fait on n'a pas d'information à propos de ça. Et puis après, quand la première arrive, effectivement, je pense que du coup on est un peu tout seul, et donc à qui en parler ? Puisque vraiment nous on en a jamais parlé avant, on nous a pas donné d'info là dessus.

Devoir donner des réponses

Je pense que tout le monde n'en a pas conscience. Pour avoir déjà discuté avec des patients de ce genre de choses effectivement, je pense que certains en ont conscience, et certainement que c'est ces patients à qui on en fait le moins justement de médecine défensive, parce qu'ici ils se rendent bien compte que nous on essaie plus de se défendre plutôt que vraiment de les traiter finalement. Pour en avoir discuté avec certains patients, je pense que certains sont conscients de ça, et effectivement... mais à mon avis pas tous. Je pense que comme on disait, selon les patients, certains patients auraient plutôt envie et pousseraient plutôt à ce que ça aille vite justement et qu'on traite tout d'un coup et que comme ça, on est sur quoi.

Devoir donner des réponses

Il y a aussi la pression du patient, quoi qu'il arrive, qui lui vient avec des symptômes et a envie de réponses. Et si on lui donne des réponses, et que c'est pas les bonnes, forcément il sera pas content et derrière... Et d'ailleurs je trouve que ça c'est aussi une sorte de pression pour le médecin, la pression du patient, et la pression de la famille du patient aussi, mais ça c'est encore un peu plus... Mais en médecine générale j'ai l'impression qu'on est quand même moins confronté à ça. C'est surtout avec le patient en tant que tel

Refuser de se tromper / Etre en hypervigilance

Oui, oui, oui. Bah oui, quoi qu'il arrive, il y a nous-mêmes je pense. Enfin personnellement, je pense que moi même, je me mets un peu la pression parce qu'évidemment, mine de rien, l'erreur médicale, on a pas envie de la faire. Donc c'est une sorte de pression dans le sens où on essaie d'être attentif à tout et à rien oublier surtout. Et c'est vrai que le fait d'oublier quelque chose sans que ça amène forcément à une erreur médical, c'est pour moi une sorte de pression.

d. Etre defensif

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « être défensif » dans l'entretien 9. {Tableau 84}

Tableau 83 : Propriétés de la catégorie « être défensif » dans l'entretien 9

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Tout noter / Tout Tracer	Effectivement, dans toutes les étapes de notre formation, hormis les formations théoriques bien sûr, mais dans toutes les formations qu'on a eues de l'externat à l'internat justement, on nous a toujours appris à faire des dossiers bien tenus, bien carrés, que tout apparaisse et qu'on n'oublie surtout pas de noter certaines informations hyper importantes. Effectivement, c'est très important de le noter, notamment par exemple si d'autres médecins s'occupent de ce patient et qu'ils ne le connaissent pas spécialement comme ça voilà on a toutes les informations. Mais je pense que voilà, ça, ça nous retire un petit peu du malade. Et on a, par exemple, en médecine générale, on a moins de temps avec le patient parce qu'on passe plus de temps à taper sur notre ordinateur. Et effectivement, je pense qu'il y a peut être des choses à faire là, j'ai pas en tête quoi faire, mais je pense que nous sortir un petit peu de cette obligation d'avoir toutes les informations hyper précises peut être nous pousserait à aller plus voir le patient, à être plus clinique quoi.
Se protéger juridiquement / Tout faire d'un coup pour ne pas se faire attaquer	Ouais, je pense. J'ai la notion de médecine défensive. En tout cas, j'ai ma propre définition, je sais pas si c'est la bonne, mais pour moi c'est plutôt « faire tout d'un coup pour se protéger » plutôt... autant les bilans en premier que les bilans secondaires, vraiment je pense que la médecine défensive, c'est pour se protéger quoi notamment des conséquences judiciaires potentiellement.
Se protéger personnellement	Et puis se protéger aussi à mon avis personnellement face à ça, enfin, éviter les conséquences psychologiques pour le médecin en tant que tel aussi, je pense que ça joue aussi sur le fait d'avoir envie de faire de la médecine défensive.

- Pratiquer la MD par peur Et je pense qu'on a tous peut être fait un jour de la médecine défensive dans un cas ou dans un autre, pour une raison ou pour une autre, pas forcément... Et après, il y a ceux qui le font régulièrement parce qu'ils ont peut être peur de cette erreur médicale. Mais c'est vrai que je pense que tous les médecins ont eu ce sentiment de faire de la médecine défensive au moins une fois dans leur vie, dans leur carrière.
- Aller plus loin que ce qui est préconisé Effectivement, je pense que c'est arrivé un peu à tout le monde d'aller un peu plus loin que ce qu'ils pensaient faire initialement. Parce que nous on a des recos et que selon les recos on fait ce qu'on pense être le mieux. Je pense que c'est arrivé à tout le monde d'être allé un peu plus loin que les recommandations.
- Etre défensif par défaut Bah je pense que de toute façon, elle a une place dans toute carrière de médecin à mon avis. Même sans vouloir, comme on disait tout à l'heure. En tout cas je n'ai pas forcément...personnellement, je n'ai pas forcément envie de pratiquer cette médecine là et comme je disais, j'imagine que je la pratique peut être déjà et que je la pratiquerai peut être encore dans certains cas. Mais en tout cas c'est pas une envie. J'ai pas envie que ça prenne trop de place dans ma carrière de médecin.
- Etre défensif par défaut Enfin envie, je pense qu'on en a généralement jamais envie... Moi j'ai plutôt en tête qu'on l'a fait par défaut et comme je disais pour se protéger. Autant psychologiquement que judiciairement je pense. C'est pas vraiment un objectif en tant que tel à mon avis. C'est un avis personnel mais je pense pas qu'un médecin ai envie de faire de la médecine pour se protéger. Enfin, j'espère que le médecin a envie de penser plutôt au patient et de faire une approche qui est centrée sur le patient plutôt que de se défendre soi même quoi.

e. Conséquences

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « conséquences » dans l'entretien 9. {Tableau 85}

Tableau 84 : Propriétés de la catégorie « conséquences » dans l'entretien 9

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Abdiquer	Alors bien sûr, il y a des degrés différents à chaque fois, j'imagine que... pas n'importe quoi non plus, mais certaines fois sur certains traitements ou bilan, peut être qu'on va peut être un peu plus loin en se disant voilà, on fait un peu comme veut le patient pour éviter d'avoir trop de problèmes.
Entrainer des conséquence en terme de santé publique	Oui, je pense qu'il y a déjà des conséquences de santé publique avec notamment l'utilisation de médicaments. J'ai en tête les antibiotiques, sur l'utilisation d'antibiotiques, en termes de santé publique, on sait que ça a des conséquences hyper importantes et qu'on est plus dans une politique de limiter au maximum l'antibiothérapie.
Créer des dépenses de santé	Il y a des conséquences, j'imagine, aussi financières pour pour la sécurité sociale, etc.
Etre iatrogène	Un surplus d'examens, et même, que ce soit surplus d'examens ou prescription de traitements, ça a toujours des conséquences pour le patient, parce que chaque examen peut avoir des conséquences néfastes pour un patient. En effet, je pense qu'il faut bien choisir ses examens pour éviter et de donner trop de conséquences pour le patient. Et puis même notamment les antibiotiques, c'est pour le patient en priorité. Et puis même mettre un traitement pour mettre un traitement, chaque traitement a des effets indésirables, donc il peut toujours y avoir un un souci la derrière.
Surdiagnostiquer / Créer de l'angoisse	Ouais, typique de l'incidentalome du scanner fait, un peu balancé n'importe comment et au final on trouve une lésion, on ne sait même pas ce que c'est, il n'y a pas de symptôme, on sait pas quoi en faire. C'est vrai qu'il faut y penser aussi, c'est vrai que je n'y pensais pas tout de suite.

Compliquer la relation

Bah oui, je suis d'accord avec ça, on en parlait justement de l'incidentalome, enfin le sur diagnostic, le patient qui ne voulait pas forcément faire d'examens et à qui on a plus ou moins convaincu de faire l'examen, en ayant pour objectif personnel la médecine défensive et à qui on découvre quelque chose, on s'y attendait pas, pour lequel il a aucun symptôme et que du coup on a peut être envie de traiter et lui non, je pense que oui, effectivement, on peut à ce moment là avoir des conséquences sur la relation.

Créer de la distance en disant non

Donc voilà, je pense que, selon les patients, effectivement, soit ça, ça peut entraîner des difficultés dans la relation, soit peut être le fait de refuser les examens du patient peut aussi entraîner des conflits avec le patient. Donc je pense que dans les deux cas, il peut y avoir... à mon avis c'est vraiment patient dépendant.

Abdiquer

Alors selon les personnes, un petit peu plus loin, ça peut être même beaucoup plus loin, mais parce qu'on a la pression du patient qui... justement, on parlait de pressions et d'exigences, probablement que chaque médecin est allé un peu plus loin à cause de cette exigence, cette pression du médecin en se disant que, effectivement, quoi qu'il arrive, je pense que le patient n'entendra pas forcément ce qu'on lui dit et que des fois il faut peut être se dire... lâcher un petit peu l'affaire, même si c'est pas du tout ce qu'on a envie de faire.

Passer moins de temps avec le patient

Effectivement, dans toutes les étapes de notre formation, hormis les formations théoriques bien sûr, mais dans toutes les formations qu'on a eues de l'externat à l'internat justement, on nous a toujours appris à faire des dossiers bien tenus, bien carrés, que tout apparaisse et qu'on n'oublie surtout pas de noter certaines informations hyper importantes. Effectivement, c'est très important de le noter, notamment par exemple si d'autres médecins s'occupent de ce patient et qu'ils ne le connaissent pas spécialement comme ça voilà on a toutes les informations. Mais je pense que voilà, ça, ça nous retire un petit peu du malade. Et on a, par exemple, en médecine générale, on a moins de temps avec le patient parce qu'on passe plus de temps à taper sur notre ordinateur. Et effectivement, je pense qu'il y a peut être des choses à faire là, j'ai pas en tête quoi faire, mais je pense que nous sortir un petit peu de cette obligation d'avoir toutes les informations hyper précises peut être nous pousserait à aller plus voir le patient, à être plus clinique quoi.

f. Bénéfices

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « bénéfices » dans l'entretien 9. {Tableau 86}

Tableau 85 : Propriétés de la catégorie « bénéfices » dans l'entretien 9

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Se protéger psychologiquement	Bah ouais, clairement, ben c'est exactement ce que j'avais en tête après, honnêtement, je l'avais pas forcément en tête pour les conséquences forcément judiciaires, enfin que c'était forcément par rapport aux conséquences judiciaires, je me disais que c'était vraiment l'adopter aussi pour les conséquences psychologiques qu'il se défendait lui même aussi par rapport à ça.
Améliorer son examen clinique	J'imagine que du coup ça entraîne des examens peut être un peu plus complets. Un examen clinique, je veux dire. L examen clinique, je pense pas qu'il y ait de grosses conséquences sur le sur le patient donc tant que c'est bien expliqué et qu'on explique pourquoi on le fait. Peut être que ça entraîne un examen clinique un peu plus poussé et que du coup on élimine par l'examen clinique plus de choses.
Faire moins d'erreur	Après de toute façon... est ce que c'est positif je ne sais pas, mais la médecine défensive l'objectif c'est d'éviter les erreurs, donc j'imagine qu'on a moins d'erreurs avec la médecine défensive. En tout cas, c'est ce que j'ai en tête, peut être que c'est le point positif.

g. Facteurs protecteurs

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 9. {Tableau 87}

Tableau 86 : Propriétés de la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 9

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Se justifier avec les recos / Etre valide aux yeux du patient avec les recos / Valider notre prise en charge avec les reco	Parfait je ne pense pas. Utile oui, clairement. C'est vrai que ça m'arrive très souvent de l'utiliser pour le patient. Et la plupart du temps, quand on explique au patient et qu'on lui montre que dans les recommandations, on fait ça d'abord, puis ensuite ça, en général, le patient, il est ok avec ça, il est d'accord. Et puis voilà, il pose pas forcément plus de questions que ça, il est en confiance en se disant qu'on a connaissance de ces recommandations et qu'il y a quand même des experts qui ont l'habitude de gérer ces situations. Et si les recommandations c'est ça, effectivement on les suit quoi.
Etre conscient du concept sans connaître le terme	Non, on nous a jamais appris ce terme, mais pour autant on le connaît tous.
Etre conscient du concept sans connaître le terme	Après, c'est vrai qu'on a... C'est un terme qu'on nous a jamais appris et au fond, tout le monde le connaît.
Etre formé par ses séniors	C'est clair. C'est clair que moi, tous mes chefs et mes seniors, notamment sur la communication je pense que c'est hyper important, et c'est je pense grâce à eux que j'ai réussi à me former, sans être non plus à un stade incroyable.
Etre formé par ses séniors	Je pense qu'à la fin de la carrière de médecin, on pourra peut être se dire que la communication, elles est à peu près gérée mais je pense que sans mon maître de stage et sans mes chefs, je pense que j'en serais pas là où j'en suis.

Ne pas vivre son travail
comme une défense

Je pense pas. En tout cas, moi je le vis pas comme ça, je le vis pas forcément comme une défense. Plutôt dans le sens...en fait c'est juste que je trouve pas que ce soit vraiment qu'il y ai besoin de se défendre face à ça. Je pense que peut être... peut être si on se dit d'anticiper les choses, les principales en premier lieu et ensuite on verra. Je pense que le début c'est déjà de discuter avec les gens et d'expliquer un petit peu, quitte à expliquer qu'on est pas sûr de nous et que au cas où on se revoit, il n'y a pas de problème.

Etre conscient du risque

Non, je dirais que c'est pas une peur, c'est surtout qu'on est attentifs quoi, attentifs à les éviter au maximum, et en soit je sais pertinemment que ça arrivera et après on n'y est pas beaucoup préparé mais je sais que ça arrivera et à ce moment là on verra, on verra comment ça se passera. Parce que ça m'est encore jamais arrivé, mais en tout cas, j'en suis... enfin je ne le sais pas quoi. Pour l'instant du moins.

Etre séniorisé

Donc je pense que comme ça arrive tout seul, notamment en Saspas... après en Saspas on a quand même nos med gé référent, donc là, à ce moment là, oui, je pense qu'on pourrait en discuter avec eux, mais c'est vrai que si ça arrive sur un remplacement ou autre chose, on est assez seul je pense face à ça. Et donc et pour gérer l'erreur et pour gérer les conséquences psychologiques que ça peut avoir pour nous ou pour le patient, je pense qu'on est un peu seul là dedans, à propos de ça à mon avis.

h. Ce que je fais

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 9. {Tableau 88}

Tableau 87 : Propriétés de la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 9

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Penser à la pression judiciaire sans se faire envahir	Pas en premier, mais c'est vrai que ça vient quand même effectivement. De se dire que ça peut... oui, ça peut quand même mettre en jeu une carrière de médecin. Donc c'est un truc qui vous... mais bon, j'y pense quand même. Effectivement. Mais j'y pense pas en pleine consultation avec un patient, j'y pense pas en me disant je vais tout faire pour éviter les erreurs médicales parce que je vais avoir un problème judiciaire. Mais c'est vrai que... on y pense quoi.
Prioriser	Moi je ne vois pas ça comme de la défense, je préfère plutôt faire les choses principales qui me viennent en tête et ensuite, quitte à faire on fera le bilan suivant derrière, en expliquant bien aux patients, plutôt que de faire tout d'un coup en se disant « ça fait peur là, si jamais je rate un truc, qu'est ce qui peut m'arriver ? » quoi.
Mettre le patient au centre / Prioriser / Etre clinique / Aller plus loin secondairement	Oui plutôt le patient que oui, plutôt le patient au centre. En cherchant vraiment les symptômes et en allant sur la priorité par rapport à ses symptômes. Et après en second lieu, aller un peu chercher plus loin si besoin, en fonction du bilan premier du bilan initial.
S'adapter au type de patient	Après je pense que c'est patients dépendant parce que certains patients sont plutôt pour la médecine défensive selon moi. Il y en a même qui l'encourage, je pense, pendant les consultations, qui voudraient qu'on fasse tout tout de suite et qu'on traite quoi qu'il arrive.

Mettre le patient au centre

Je pense que voilà, comme je disais, je préfère mettre au centre le patient, les recommandations et ensuite au cas par cas, bien sûr, dans certaines situations où le bénéfice pour le patient est plus important que le risque en se disant voilà, le plus important c'est de ne pas perdre la confiance avec le patient. S'il y a un examen ou un médicament, et qu'il y a très peu de risques pour le patient et que si il ne l'a pas, on perd toute confiance peut être justement à aller un petit peu plus loin que ce qu'on devrait et peut être aussi s'éviter certains problèmes. Effectivement, toujours en se disant que le risque est très peu important, vraiment doser le risque et juger un petit peu si il n'y a vraiment un risque pour le patient. S'il y a aucun risque pour le patient et que ça nous permet de garder cette confiance, alors d'un petit peu se protéger à la limite peut être que c'est understandable je pense dans certaines situations bien précises.

Mettre le patient au centre

Enfin envie, je pense qu'on en a généralement jamais envie... Moi j'ai plutôt en tête qu'on l'a fait par défaut et comme je disais pour se protéger. Autant psychologiquement que judiciairement je pense. C'est pas vraiment un objectif en tant que tel à mon avis. C'est un avis personnel mais je pense pas qu'un médecin ai envie de faire de la médecine pour se protéger. Enfin, j'espère que le médecin a envie de penser plutôt au patient et de faire une approche qui est centrée sur le patient plutôt que de se défendre soi même quoi.

Revoir le patient

Je pense pas. En tout cas, moi je le vis pas comme ça, je le vis pas forcément comme une défense. Plutôt dans le sens...en fait c'est juste que je trouve pas que ce soit vraiment qu'il y ai besoin de se défendre face à ça. Je pense que peut être... peut être si on se dit d'anticiper les choses, les principales en premier lieu et ensuite on verra. Je pense que le début c'est déjà de discuter avec les gens et d'expliquer un petit peu, quitte à expliquer qu'on est pas sûr de nous et que au cas où on se revoit, il n'y a pas de problème.

Prioriser

Après je pense qu'il faut peser le pour et le contre entre tout ça. Et que faire en priorité face à chaque patient quoi.

i. Ce qu'il faudrait faire

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 9. {Tableau 89}

Tableau 88 : Propriétés de la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 9

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre préparé au risque d'erreur	Ouais je vois pas vraiment comment on peut faire. Comme ça en tête je vois pas comment comment on pourrait s'y préparer mieux.
Acquérir de l'expérience	De toute façon quoi qu'il arrive à mon avis c'est quelque chose qui vient de l'expérience et que ça vient en en faisant j 'imagine.
Dire qu'on est pas sur de soit	Oui exactement plutôt vraiment communiquer avec le patient, quitte à lui expliquer qu'on est pas sûr de ce qu'on fait, et que ça amènera peut être à faire plus de bilan après, plutôt que de tout faire en un coup et de se dire on se protège quoi.
Pratiquer comme nos ainées	Oui je pense que c'est quelque chose qui est plutôt récent. J'ai l'impression qu'actuellement ça arrive plus souvent que ça arrivait avant. Pour avoir un peu de contact avec des médecins qui sont un peu plus vieux, notamment des maîtres de stage qui sont avec moi, ils ont pas du tout ça en tête quoi. C'est plutôt prioriser selon les... comme je disais selon les symptômes, vraiment ils sont pas du tout dans l'approche défensive quoi.
Instruire le patient / Faire de la prévention / Expliquer concrètement le concept de MD	Je pense qu'on peut agir sur la connaissance du patient dans le sens où... peut être faire encore un peu plus de prévention, un peu plus d'information aux patients, peut être pas forcément que les médecins, mais même de l'information un peu... vulgarisée. Peut être là dessus aussi d'ailleurs, sur la médecine défensive, pourquoi pas expliquer que ça existe et que finalement c'est peut être pas forcément une bonne chose pour le patient. Parce que certains patients pensent que si, mais justement, personnellement, je n'en suis pas persuadé.

Dialoguer entre confrères / Faire des groupes de paroles	Après, peut être des groupes de travail entre médecins pour essayer de se protéger autrement on va dire, en ayant plusieurs avis, je pense que c'est une manière de se protéger aussi en ayant plusieurs avis. Et peut être que ça permettrait d'éviter de se protéger en faisant trop quoi. Je pense.
Changer la Loi	Et puis après peut être que... j'ai pas en tête exactement toutes les lois etc... mais peut être que la loi protège un petit peu plus le médecin... je sais pas exactement...
Trouver un juste milieu juridique	Effectivement, et c'est vrai que ça met peut être le médecin un peu en position défensive justement. Alors que peut être trouver un juste milieu entre les deux.
Expliquer au patient / Obtenir l'accord du patient / Faire adhérer le patient	Mais je pense que vraiment, il y a dans quasiment la totalité des situations, je pense que... bon pareil il y a des exceptions, mais je pense que quasiment la totalité des situations peuvent être gérées grâce à la communication. Si le patient est d'abord d'accord avec ce qu'on fait, c'est toujours le plus important. Si le patient est d'accord avec ce qu'on fait et si on lui explique pourquoi on le fait et qu'il comprend pourquoi on le fait, selon moi, on sort déjà de la plupart des situations qui peuvent être dangereuses pour le patient et pour nous aussi... même si on ne peut pas vraiment appeler ça un danger, mais qui peut vraiment nous mettre dans des situations compliquées. Je pense que juste en discutant avec le patient... et en plus ça renforce justement ce qu'on disait l'adhésion du patient à ce qu'on fait. Et je pense que c'est vraiment le truc le plus important.
Anticiper les appréhensions du patients / Sécuriser par la communication	Clairement juste en discutant avec le patient, je pense qu'on a fait la majorité du travail, on va dire, sur la peur du patient par rapport à ce qui va lui arriver ou ce genre de choses. Je pense que juste avec la communication si il comprend tout on se règle pas mal de soucis.
Faire des concessions	Alors bien sûr, il y a des degrés différents à chaque fois, j'imagine que... pas n'importe quoi non plus, mais certaines fois sur certains traitements ou bilan, peut être qu'on va peut être un peu plus loin en se disant voilà, on fait un peu comme veut le patient pour éviter d'avoir trop de problèmes.

Communiquer

Parfait je ne pense pas. Utile oui, clairement. C'est vrai que ça m'arrive très souvent de l'utiliser pour le patient. Et la plupart du temps, quand on explique au patient et qu'on lui montre que dans les recommandations, on fait ça d'abord, puis ensuite ça, en général, le patient, il est ok avec ça, il est d'accord. Et puis voilà, il pose pas forcément plus de questions que ça, il est en confiance en se disant qu'on a connaissance de ces recommandations et qu'il y a quand même des experts qui ont l'habitude de gérer ces situations. Et si les recommandations c'est ça, effectivement on les suit quoi.

Apprendre la communication

J'ai l'impression que depuis peu de temps, on l'est un peu plus. C'est vrai que nous, on a eu la chance d'avoir des... pas vraiment des cours mais de la pratique un petit peu sur la communication. Alors je pense personnellement que c'est encore pas assez selon moi. Mais effectivement on nous a quand même un peu plus préparé j'ai l'impression par rapport aux anciens, on va dire pas forcément les plus anciens mais en tout cas même l y a une dizaine d'années, je pense que beaucoup de monde avait moins de cours que ça quoi. Je pense que ça va dans le bon sens, mais je pense qu'on est encore un peu trop peu formés là dessus à mon avis, et on forme un peu sur le tas en fait. Après, est ce qu'il y a une bonne formation sur la communication, je ne sais pas, mais on peut avoir au moins quelques conseils sur comment organiser une consultation, un interrogatoire. Je pense qu'on n'a pas tous été formés de la même manière là dessus. Et peut être que moi j'avoue que j'ai peut être été bien formé aussi, parce que certains de mes maîtres de stage et chefs étaient plutôt bien là dessus. Mais je ne suis pas sûr que tout le monde soit formé de la même manière à propos de ça quoi.

Trouver un juste milieu juridique

Effectivement, je pense que c'est un peu radical dans un sens ou dans un autre. Peut être justement, on va essayer de trouver un juste milieu où le médecin n'est pas en avant mais pas en arrière non plus, et inversement pour le patient. Dans le sens où oui, je pense que je pense que là, la loi actuelle peut être dans certains cas, dans certaines idées de certains médecins, peut être justement les pousse à faire cette médecine défensive, je pense, parce que maintenant ils sont obligés de prouver qu'ils ont pas fait d'erreur, donc ils veulent justement ne pas en faire quoi.

Considérer la balance
bénéfice risque / Faire
des concessions / Se
protéger en fonction du
risque pour le patient

Je pense que voilà, comme je disais, je préfère mettre au centre le patient, les recommandations et ensuite au cas par cas, bien sûr, dans certaines situations où le bénéfice pour le patient est plus important que le risque en se disant voilà, le plus important c'est de ne pas perdre la confiance avec le patient. S'il y a un examen ou un médicament, et qu'il y a très peu de risques pour le patient et que si il ne l'a pas, on perd toute confiance peut être justement à aller un petit peu plus loin que ce qu'on devrait et peut être aussi s'éviter certains problèmes. Effectivement, toujours en se disant que le risque est très peu important, vraiment doser le risque et juger un petit peu si il n'y a vraiment un risque pour le patient. S'il y a aucun risque pour le patient et que ça nous permet de garder cette confiance, alors d'un petit peu se protéger à la limite peut être que c'est understandable je pense dans certaines situations bien précises.

Apprendre la
communication

Je pense qu'à la fin de la carrière de médecin, on pourra peut être se dire que la communication, elle est à peu près gérée mais je pense que sans mon maître de stage et sans mes chefs, je pense que j'en serais pas là où j'en suis.

Expliquer au patient /
Dire qu'on ne sait pas

Je pense pas. En tout cas, moi je le vis pas comme ça, je le vis pas forcément comme une défense. Plutôt dans le sens...en fait c'est juste que je trouve pas que ce soit vraiment qu'il y ai besoin de se défendre face à ça. Je pense que peut être... peut être si on se dit d'anticiper les choses, les principales en premier lieu et ensuite on verra. Je pense que le début c'est déjà de discuter avec les gens et d'expliquer un petit peu, quitte à expliquer qu'on est pas sûr de nous et que au cas où on se revoit, il n'y a pas de problème.

Etre préparé au risque
d'erreur

Bah honnêtement, je pense pas. On nous a rarement... déjà en cours théoriques c'est difficile à faire j'imagine. Et c'est vrai que c'est pas des choses qu'on aborde souvent au niveau des cours. Et puis après en stage, tant qu'on y a pas fait face, on nous en parle pas spécialement. Et puis en soit, ça ne nous vient pas non plus à l'esprit. Donc je pense que non, en vrai je pense qu'on est pas plus préparés que ça. Après, est ce qu'on peut être mieux préparé ? Je ne sais pas exactement, mais...

j. Pour enfin

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 9. {Tableau 90}

Tableau 89 : Propriétés de la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 9

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Redevenir des cliniciens	Effectivement, dans toutes les étapes de notre formation, hormis les formations théoriques bien sûr, mais dans toutes les formations qu'on a eues de l'externat à l'internat justement, on nous a toujours appris à faire des dossiers bien tenus, bien carrés, que tout apparaisse et qu'on n'oublie surtout pas de noter certaines informations hyper importantes. Effectivement, c'est très important de le noter, notamment par exemple si d'autres médecins s'occupent de ce patient et qu'ils ne le connaissent pas spécialement comme ça voilà on a toutes les informations. Mais je pense que voilà, ça, ça nous retire un petit peu du malade. Et on a, par exemple, en médecine générale, on a moins de temps avec le patient parce qu'on passe plus de temps à taper sur notre ordinateur. Et effectivement, je pense qu'il y a peut être des choses à faire là, j'ai pas en tête quoi faire, mais je pense que nous sortir un petit peu de cette obligation d'avoir toutes les informations hyper précises peut être nous pousserait à aller plus voir le patient, à être plus clinique quoi.
Eviter de répéter son erreur	Ça évoque en premier le fait que l'on s'est trompé. Déjà, c'est la première chose. Sensation d'échec, quand même, au départ. Et après, je me dis que ça peut arriver à tout médecin et que derrière il faut essayer de trouver un moyen d'éviter que ça revienne surtout. Et voilà en gros c'est la première chose qui me vient en tête.
Trouver l'équilibre	Voilà déjà. Et puis oui, je pense qu'il y a une part de ça et puis je pense que oui, je pense que c'est toujours une question de doser, c'est à dire qu'il faut jamais aller trop loin, mais peut être qu'il n'y a aucun risque franc à aller un petit peu plus loin des fois. Et par contre, si on n'y va pas, peut être qu'on peut perdre la confiance avec le patient. C'est aussi ça. Je pense que c'est un dosage à avoir et c'est toujours un petit peu compliqué de gérer tout ça.

Trouver l'équilibre / Ne pas en faire trop

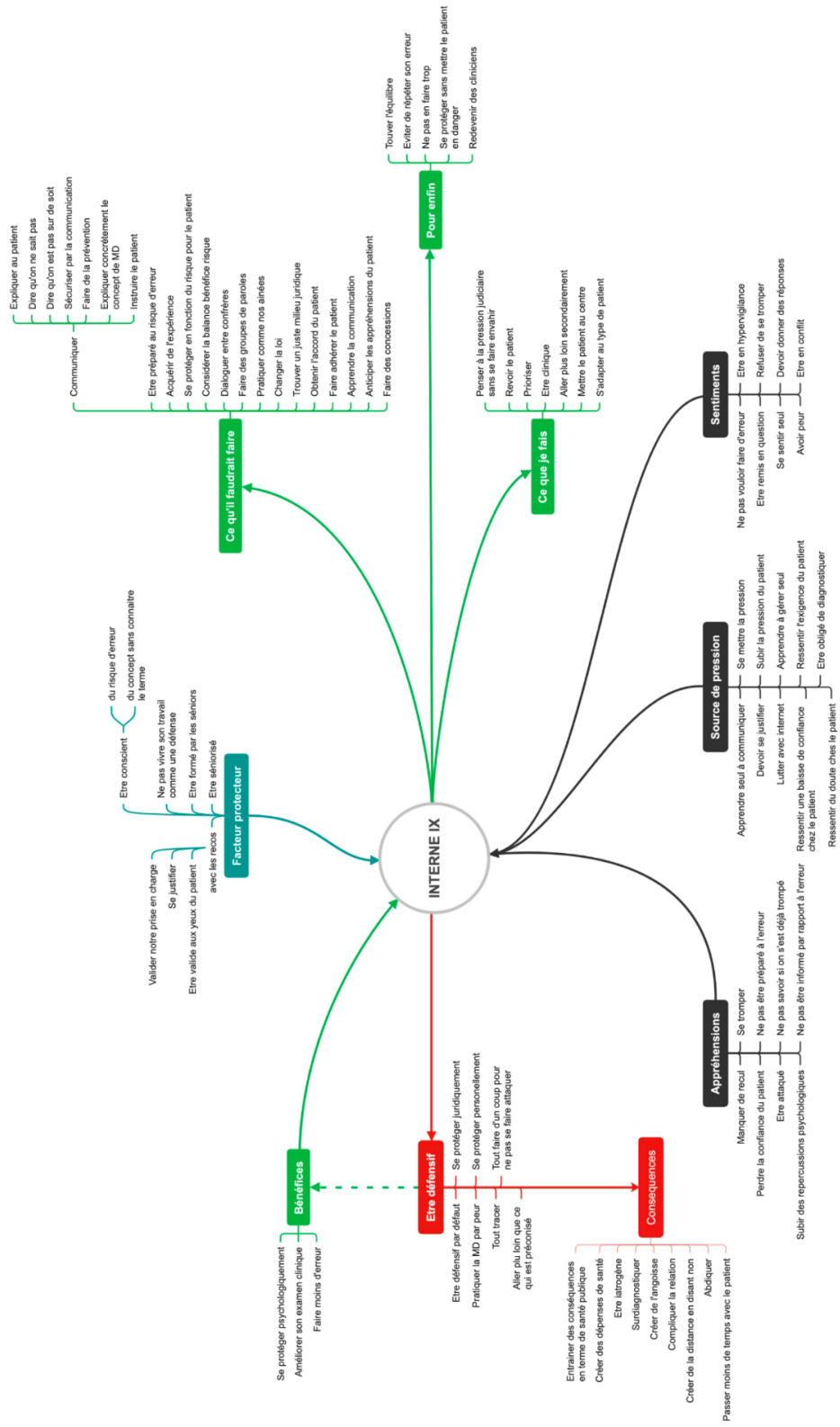
Effectivement, je pense, trouver l'équilibre entre pouvoir traiter le patient et pas en faire trop quoi en gros.

Se protéger sans mettre le patient en danger

Non non, je me sens pas là dedans. Personnellement, je ne m'y sens pas et je ne pense pas l'être. Je pense que toujours, vraiment le plus important, c'est de centrer sur le patient et de mon point de vue le médecin est plutôt en arrière du patient. C'est à dire qu'on priorise le patient et c'est vraiment ça qui doit être au centre selon moi, pour se protéger soi même. Comme je disais, c'est vraiment dans certains cas très précis où justement il y a très peu de risque pour le patient de faire quelque chose, à ce moment là peut être qu'on peut se dire « on peut se protéger ». (...) Au cas par cas, vraiment très précis et toujours en gardant cette balance bénéfice risque en tête.

Trouver l'équilibre

Après je pense qu'il faut peser le pour et le contre entre tout ça. Et que faire en priorité face à chaque patient quoi.



10. Résultats de l'entretien 10

a. Appréhensions

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 10. {Tableau 91}

Tableau 90 : Propriétés de la catégorie « appréhensions » dans l'entretien 10

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Se faire attaquer	Oui. Oui, c'est vrai que ça me parle parce que j'avais fait des recherches sur un RSCA, des choses qu'on doit faire dans le cursus de med gé. Et oui, j'avais fait face à une situation où... qui m'avait amené à réfléchir sur la médecine défensive. Et oui, c'est quelque chose qui est fait, en fait, plutôt par rapport à l'appréhension du risque judiciaire derrière, et qui va influencer notre pratique, nos examens complémentaires, nos demandes de consultations spécialistes ou d'éviter justement des situations à risque aussi pour pas avoir de soucis.
Ne pas être formé	Ah ben je suis totalement d'accord. En fait, on sait pas ce qu'on risque d'une erreur ou d'un événement indésirable comme ça, on en a aucune idée, et c'est vraiment situation dépendante et patient dépendant aussi. Et je pense même que c'est... d'un patient à l'autre, avec la même situation, on risque pas les mêmes choses parce qu'il y a le caractère du patient qui rentre en compte aussi derrière. Et donc oui on n'est pas du tout formés à ça...
Apprendre seul la communication	Ben on ne me l'a pas apprise, déjà on n'est pas formé là dessus. Euh, je ne sais pas. Je pense que c'est toute une éducation aussi qui vient faire la communication. Ensuite, toujours rester calme, et puis être sûr que en face l'information elle passe bien, jamais un mot plus haut que l'autre, même quand ça devient tendu ou quoi que ce soit, ça permet de communiquer correctement.

Avoir peur de faire une erreur	Ben oui, oui, je pense qu'on a tous peur de faire une erreur un jour dans notre vie, qu'on n'est pas à l'abri de ça. Ça peut arriver vite, parce qu'on est des humains qui bossent avec des humains et donc bah c'est pas des robots qui travaillent et qui font pas de fautes.
Se tromper / Impacter la vie des gens	Ben... c'est une erreur liée aux soins donc à un acte, qu'on peut faire malgré notre volonté, mais qui entraîne des conséquences lourdes pour le patient
Faire preuve inattention / Impacter la vie des gens / Risquer de faire une erreur malgré les recommandations	Alors ça aide à éviter d'en faire, mais c'est pas ça qui va faire qu'on en fait pas. Parce que l'erreur, ça va être une faute d'inattention qui peut engendrer des conséquences pour le patient derrière. Donc si on suit des recommandations à un moment donné, on peut faire quelque chose à côté malgré notre volonté et se tromper de prescription, ce genre de chose. Donc non, c'est pas forcément les recommandations qui vont vous éviter ça...
Faire preuve d'inattention	Alors oui, ben par exemple, aux urgences, il y a la pression du flux, une ou deux personnes qui peuvent arriver par heure. La pression après, d'efficacité entre guillemets, si on a beaucoup de patients à gérer sur la journée, de ne pas faire de fautes d'inattention d'un patient à l'autre, d'avoir le cerveau pour se remettre sur la situation du patient et puis faire faire le vide sur le reste
Ne pas être formé	Non, alors ça je suis d'accord, On nous parle du risque légal qu'on peut faire derrière, mais la peur de l'erreur, non. On ne nous apprend pas à gérer notre stress par rapport à une peur d'un acte qu'on peut commettre. C'est vrai qu'on est un peu seul au monde si on va pas chercher de l'aide autour. Et que après je pense que c'est une question aussi de caractère et de personnalité, tout à chacun, on va pas avoir la même gestion du stress et la même gestion de la peur de cette erreur d'une personne à l'autre. Mais c'est sûr qu'on n'est pas du tout formés à ça et on n'est pas du tout formés à gérer ce stress là.

Passer a coté de quelque chose

Alors dans notre pratique, je n'irais pas jusqu'à dire que je le mets en pratique tous les jours, mais si ça peut. Ça peut se voir quand même justement avec des familles revendicatrices ou ce genre de choses où on va réfléchir à deux fois avant d'être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose. Donc en surprescrivant des examens juste le côté pour se protéger et dire qu'on a tout fait, ça oui.

b. Sources de pression

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 10. {Tableau 92}

Tableau 91 : Propriétés de la catégorie « sources de pression » dans l'entretien 10

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Impacter la vie des gens	Ben... c'est une erreur liée aux soins donc à un acte, qu'on peut faire malgré notre volonté, mais qui entraîne des conséquences lourdes pour le patient
Impacter la vie des gens / Risquer de faire une erreur malgré les recommandations	Alors ça aide à éviter d'en faire, mais c'est pas ça qui va faire qu'on en fait pas. Parce que l'erreur, ça va être une faute d'inattention qui peut engendrer des conséquences pour le patient derrière. Donc si on suit des recommandations à un moment donné, on peut faire quelque chose à côté malgré notre volonté et se tromper de prescription, ce genre de chose. Donc non, c'est pas forcément les recommandations qui vont vous éviter ça...
Subir la pression judiciaire / Subir la pression de la famille d'un patient	Ou alors avec une famille qui va paraître un petit peu judiciaire ou revendicative, où là, on a un petit peu plus cette pression de l'erreur médicale parce qu'on sait qu'on peut risquer quelque chose de légal.
Subir une pression de prescription à travers les recos	Alors non, pas souvent, mais c'est vrai que c'est une pression qu'on nous met aussi pendant les études avec toutes les... un peu les algorithmes, à faire des examens complémentaires en fonction de chaque symptôme pour justement essayer de ne pas faire d'erreur du tout derrière.
Subir la complexité d'un patient	Alors non, je ne vais pas y penser tous les jours avec tous les patients. C'est vrai que j'y penserais plus si j'ai un patient fragile qui a déjà beaucoup d'antécédents, beaucoup de traitements avec une pathologie lourde. Là oui, je vais avoir plus de pression pour pas surajouter une complication ou autre.

Subir le mécontentement d'un patient

Et bien c'est parce que j'avais fait face à une situation en cabinet de ville, donc pendant le stage de Saspas. Un papa qui avait envoyé un mail revendicateur par rapport à une petite que j'avais eu en consultation, qui n'avait pas reconsulter avec les consignes données, et qui avait donc envoyé un mail parce qu'il était pas content de la prise en charge, mais que lui avait refusé en partie, et qui derrière nous proposait plein d'actes, enfin plein de propositions pour améliorer notre pratique de tous les jours, pour éviter ce genre d'événements. Et c'est ça qui m'a fait réfléchir à tout ça.

Subir l'exigence du patient

Non... Non je pense pas du tout, parce que justement quand on pratique cette médecine, c'est généralement des patients qui sont demandeurs de tout ça et je pense qu'ils se rendent pas compte que des fois il y a des examens pour que le médecin se protège du côté légal. Avec cet examen là.

Avoir une formation Hospitalo Centrée

Complètement. On veut faire de la médecine de ville, mais notre internat il s'est passé à l'hôpital. Les deux tiers de l'internat sont à l'hôpital. C'est avec des stages obligatoires et on peut faire que deux semestres, des fois trois si on a de la chance, en ville. Mais oui, on est formés à l'hôpital quasiment.

Prendre en charge trop de patients / Faire preuve d'inattention

Alors oui, ben par exemple, aux urgences, il y a la pression du flux, une ou deux personnes qui peuvent arriver par heure. La pression après, d'efficacité entre guillemets, si on a beaucoup de patients à gérer sur la journée, de ne pas faire de fautes d'inattention d'un patient à l'autre, d'avoir le cerveau pour se remettre sur la situation du patient et puis faire faire le vide sur le reste

Apprendre à gérer seul sa peur

Non, alors ça je suis d'accord, On nous parle du risque légal qu'on peut faire derrière, mais la peur de l'erreur, non. On ne nous apprend pas à gérer notre stress par rapport à une peur d'un acte qu'on peut commettre. C'est vrai qu'on est un peu seul au monde si on va pas chercher de l'aide autour. Et que après je pense que c'est une question aussi de caractère et de personnalité, tout à chacun, on va pas avoir la même gestion du stress et la même gestion de la peur de cette erreur d'une personne à l'autre. Mais c'est sûr qu'on n'est pas du tout formés à ça et on n'est pas du tout formés à gérer ce stress là.

Subir la pression de la famille d'un patient

Alors dans notre pratique, je n'irais pas jusqu'à dire que je le mets en pratique tous les jours, mais si ça peut. Ça peut se voir quand même justement avec des familles revendicatrices ou ce genre de choses où on va réfléchir à deux fois avant d'être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose. Donc en surprescrivant des examens juste le côté pour se protéger et dire qu'on a tout fait, ça oui.

Manquer de temps

Bah oui, ça c'est une évidence, après pour communiquer correctement il faut du temps aussi, et ce temps là on ne l'a pas forcément tout le temps. Donc oui, je pense que c'est aussi un côté qui va interférer dans la situation.

c. Sentiments

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « sentiments » dans l'entretien 10. {Tableau 93}

Tableau 92 : Propriétés de la catégorie « sentiments » dans l'entretien 10

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
S'en vouloir d'être défensif	Oui complètement, on a pas le même jugement, c'est complètement biaisé, et derrière ben... pas la même relation avec le patient dans tous les cas. Et je pense qu'on peut s'en vouloir vite parce qu'on s'en rend vite compte, qu'on n'est plus dans le cadre normal et derrière, oui, ça peut vite ruminer par rapport à ce genre de pratique.
Etre influencé par ses émotions	Alors j'espère pas, vraiment j'espère pas. Mais après on peut pas tout contrôler non plus. Et des fois, avec les émotions du moment, on peut être amené à faire ce genre de pratique. C'est possible. Mais c'est pas quelque ce que je souhaite faire ou que je souhaite mettre en place parce que je pense qu'à trop vouloir en faire ou pas assez, de peur du risque, on prend pas correctement en charge les patients quoi.
Ne pas être serein / Ressasser	Bah après oui, je pense qu'on peut rentrer à la maison avec l'esprit pas très serein certains jours où on a eu plus de choses à faire, ou plus de pression qu'un jour d'avant. On va pas forcément être tranquille ou on sait plus trop si on a prescrit la bonne chose au patient comme on voulait parce qu'on a été coupé dans la tâche qu'on était en train de faire. Donc oui, ça m'arrive d'y repenser en rentrant à la maison.
Avoir honte / Créer un tabou	Je pense que c'est un peu tabou parce qu'il y a une sorte de honte à faire ce genre de médecine, qui n'est pas du tout centré vers l'humain mais centré vers... c'est un peu égoïste comme style de pratique pour se protéger soi-même. En fait, le patient il a plus sa place dans ce type de médecine, c'est vraiment le médecin qui veut se protéger. Et donc je pense que c'est tabou d'en avoir recours oralement, il vaut mieux dévier un petit peu la discussion que de dire là on fait cet examen pour de la médecine défensive.

Se sentir en danger /
Vouloir être dans le
contrôle

Alors d'un côté oui, parce qu'on va pas avoir la même relation avec des patients chez qui on pratique pas ce genre de choses parce qu'on ne se sent pas en danger, qu'avec les patients avec qui on pratique cette médecine défensive parce qu'on se sent en danger justement derrière. Donc si il va y avoir plus de barrières et plus de limites parce qu'on va jamais dévier du cadre et on va toujours être dans le contrôle.

Etre seul

Non, alors ça je suis d'accord, On nous parle du risque légal qu'on peut faire derrière, mais la peur de l'erreur, non. On ne nous apprend pas à gérer notre stress par rapport à une peur d'un acte qu'on peut commettre. C'est vrai qu'on est un peu seul au monde si on va pas chercher de l'aide autour. Et que après je pense que c'est une question aussi de caractère et de personnalité, tout à chacun, on va pas avoir la même gestion du stress et la même gestion de la peur de cette erreur d'une personne à l'autre. Mais c'est sûr qu'on n'est pas du tout formés à ça et on n'est pas du tout formés à gérer ce stress là.

Etre en hypervigilance

Alors dans notre pratique, je n'irais pas jusqu'à dire que je le mets en pratique tous les jours, mais si ça peut. Ça peut se voir quand même justement avec des familles revendicatrices ou ce genre de choses où on va réfléchir à deux fois avant d'être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose. Donc en surprescrivant des examens juste le côté pour se protéger et dire qu'on a tout fait, ça oui.

d. Etre defensif

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « être défensif » dans l'entretien 10. {Tableau 94}

Tableau 93 : Propriétés de la catégorie « être défensif » dans l'entretien 10

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Eviter de pratiquer certains actes	Par exemple ? Alors quelque chose de concret là j'ai pas tout de suite, mais si je me mets dans la peau d'un chirurgien, de ne pas vouloir aller opérer quelque chose de bénin pour pas risquer un événement indésirable derrière dû à ce geste là. Entres autres.
Prescrire en fonction du contexte	Ah bah oui, complètement. Ça... ça change nos pratiques. Un patient qu'on sent un petit peu limite, on va lui prescrire plus d'examens si on est le vendredi ou l'adresser plus vite parce qu'on sait qu'il ne va pas pouvoir reconsulter le lendemain ou dans 48h si ça va pas quoi. En tout cas moins facilement qu'en semaine. (...) Oui, complètement. Et puis pour recevoir les résultats, être au courant de l'évolution des choses et tout ça, je pense que oui, on a pas la même pratique.
Prescrire par obligation de moyens	Je pense que c'est l'obligation de moyens qui fait que derrière on est amené à avoir ce type de pratique. En ville on va moins nous reprocher de pas avoir eu accès à un examen, parce que on y a pas accès aussi facilement qu'à l'hôpital. Une prise de sang, on va la remettre en question, parce que ça demande au patient de se déplacer au laboratoire, il faut le temps de recevoir les résultats et tout ça. Aux urgences on l'a dans la demi-heure la prise de sang, on a des résultats vite, on a accès aux imageries, aux choses comme ça. Et en ville, si on pratiquait la même médecine qu'on pratique aux urgences ici, on n'aurait aucun examen de disponible. On a déjà du mal à avoir des urgences quand on en a besoin et ça serait pas possible avec ça.
Se protéger	Complètement. On les utilise à mauvais escient pour se défendre parce que l'examen il serait indiqué sur le papier, même si on y croit pas trop en voyant le patient en face de nos yeux, sur le papier il est indiqué donc on doit le faire.

Blinder les dossiers

Oui, oui, ça je suis complètement d'accord. On voit, bien souvent sur une journée aux urgences on est beaucoup derrière l'ordinateur à blinder les dossiers plutôt qu'à passer du temps avec le patient, dès qu'on a un résultat aller le prévenir. C'est clair. C'est vrai que ça pose problème. (...) Ah ben oui si il n'y avait pas cette pression de remplir le dossier, que c'était le dossier qui faisait foi si jamais il y a un problème, on arriverait beaucoup mieux à communiquer avec le patient. En tout cas, je pense qu'on essaierait de passer beaucoup plus de temps à faire ça.

Se protéger /
Surprescrire

Oui. Oui, c'est vrai que ça me parle parce que j'avais fait des recherches sur un RSCA, des choses qu'on doit faire dans le cursus de med gé. Et oui, j'avais fait face à une situation où... qui m'avait amené à réfléchir sur la médecine défensive. Et oui, c'est quelque chose qui est fait, en fait, plutôt par rapport à la peur du risque judiciaire derrière, et qui va influencer notre pratique, nos examens complémentaires, nos demandes de consultations spécialistes ou d'éviter justement des situations à risque aussi pour pas avoir de soucis.

Prescrire en fonction du
contexte

Oui et ben oui, c'est sur que les recommandations elles influent dans notre libre arbitre, parce qu'elles nous guident dans notre pratique, c'est... Elles sont adaptables en fonction de la situation. En médecine de ville par exemple, on va pas gérer de la même manière une situation un vendredi ou un lundi. Euh... mais c'est sûr qu'elles nous guident quand même.

Surprescrire / Se protéger

Alors dans notre pratique, je n'irais pas jusqu'à dire que je le mets en pratique tous les jours, mais si ça peut. Ça peut se voir quand même justement avec des familles revendicatrices ou ce genre de choses où on va réfléchir à deux fois avant d'être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose. Donc en surprescrivant des examens juste le côté pour se protéger et dire qu'on a tout fait, ça oui.

e. Conséquences

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « conséquences » dans l'entretien 10. {Tableau 95}

Tableau 94 : Propriétés de la catégorie « conséquences » dans l'entretien 10

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Perdre sa capacité de jugement	Oui complètement, on a pas le même jugement, c'est complètement biaisé, et derrière ben... pas la même relation avec le patient dans tous les cas. Et je pense qu'on peut s'en vouloir vite parce qu'on s'en rend vite compte, qu'on n'est plus dans le cadre normal et derrière, oui, ça peut vite ruminer par rapport à ce genre de pratique.
Créer des dépenses de santé / Etre iatrogène	Par contre, ça oui, il peut y avoir des conséquences majeures en termes de coût qui n'est pas négligeable et derrière il peut y avoir aussi de la iatrogénie avec plein d'examen fait pour rien, ou il peut se passer quelque chose pendant cet examen,
Créer de la distance	Je suis d'accord avec ça parce que justement il y a ce contrôle de la situation qui fait qu'on va être très distant du patient. Et oui, il ne va pas y avoir une relation de proximité comme on a avec quelqu'un d'autre, parce que à être trop proche on peut avoir peur derrière de risquer quelque chose ensuite. Qu'on peut nous reprocher.
Passer moins de temps auprès du patient	Oui, oui, ça je suis complètement d'accord. On voit, bien souvent sur une journée aux urgences on est beaucoup derrière l'ordinateur à blinder les dossiers plutôt qu'à passer du temps avec le patient, dès qu'on a un résultat aller le prévenir. C'est clair. C'est vrai que ça pose problème. (...) Ah ben oui si il n'y avait pas cette pression de remplir le dossier, que c'était le dossier qui faisait foi si jamais il y a un problème, on arriverait beaucoup mieux à communiquer avec le patient. En tout cas, je pense qu'on essaierait de passer beaucoup plus de temps à faire ça.

Créer un mur

Alors d'un côté oui, parce qu'on va pas avoir la même relation avec des patients chez qui on pratique pas ce genre de choses parce qu'on ne se sent pas en danger, qu'avec les patients avec qui on pratique cette médecine défensive parce qu'on se sent en danger justement derrière. Donc si il va y avoir plus de barrières et plus de limites parce qu'on va jamais dévier du cadre et on va toujours être dans le contrôle.

f. Bénéfices

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « bénéfiques » dans l'entretien 10. {Tableau 96}

Tableau 95 : Propriétés de la catégorie « bénéfiques » dans l'entretien 10

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre certain	Je suis pas certaine qu'il y ait des gros bénéfices à ce genre de pratiques, mis à part peut être s'enlever un stress de se dire qu'on soit passé à côté de quelque chose.

g. Facteurs protecteurs

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 10. {Tableau 97}

Tableau 96 : Propriétés de la catégorie « facteurs protecteurs » dans l'entretien 10

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Etre conscient d'avoir déjà pratiqué la MD	Oui, ça peut arriver d'avoir accès à cette médecine défensive et puis de la pratiquer aussi, je pense tout à chacun. En tout cas, je pense que ça m'est déjà arrivé de faire ça.
Etre sensibilisé au concept de MD	Alors pas sous le terme là, pas de médecine défensive. Mais c'est vrai que durant les stages, on nous parle toujours du risque légal un petit peu à nos pratiques, et puis ben de prescrire des examens pour ne pas risquer derrière de soucis médico légal ensuite. (...) Oui par les médecins au travers des stages, que ça soit pendant l'externat un petit peu et pendant l'internat. Au début de l'internat aussi avec le stage des urgences, où là on nous informe quand même bien à ça, pour pas avoir de soucis derrière.
Connaitre le concept de MD	Oui. Oui, c'est vrai que ça me parle parce que j'avais fait des recherches sur un RSCA, des choses qu'on doit faire dans le cursus de med gé. Et oui, j'avais fait face à une situation où... qui m'avait amené à réfléchir sur la médecine défensive. Et oui, c'est quelque chose qui est fait, en fait, plutôt par rapport à la peur du risque judiciaire derrière, et qui va influencer notre pratique, nos examens complémentaires, nos demandes de consultations spécialistes ou d'éviter justement des situations à risque aussi pour pas avoir de soucis.
Ne pas vouloir être défensif	Alors j'espère pas, vraiment j'espère pas. Mais après on peut pas tout contrôler non plus. Et des fois, avec les émotions du moment, on peut être amené à faire ce genre de pratique. C'est possible. Mais c'est pas quelque ce que je souhaite faire ou que je souhaite mettre en place parce que je pense qu'à trop vouloir en faire ou pas assez, de peur du risque, on prend pas correctement en charge les patients quoi.

Etre guidé par les reco	Oui et ben oui, c'est sur que les recommandations elles influent dans notre libre arbitre, parce qu'elles nous guident dans notre pratique, c'est... Elles sont adaptables en fonction de la situation. En médecine de ville par exemple, on va pas gérer de la même manière une situation un vendredi ou un lundi. Euh... mais c'est sûr qu'elles nous guident quand même.
Ne pas être impacté sur son sommeil	Après, pas de troubles du sommeil ou ce genre de choses non plus.
Avoir des connaissances / Avoir l'ordre des médecins	Bah déjà les connaissances qu'on a nous font savoir que il y a des limites aux examens, les choses sur lesquelles faut plus se creuser ou pas d'une part, et puis la deuxième, il y a quand même l'ordre des médecins qui est censé protéger un tout petit peu, en tout cas être un premier recours entre le patient et nous, si jamais il y a un souci. Après en vrai facteur protecteur, juste être juste dans les examens qu'on prescrit, c'est surtout nos connaissances en fait je trouve le facteur protecteur.
Etre conscient du risque d'erreur	Ben oui, oui, je pense qu'on a tous peur de faire une erreur un jour dans notre vie, qu'on n'est pas à l'abri de ça. Ça peut arriver vite, parce qu'on est des humaines qui bossent avec des humains et donc bah c'est pas des robots qui travaillent et qui font pas de fautes.

h. Ce que je fais

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 10. {Tableau 98}

Tableau 97 : Propriétés de la catégorie « ce que je fais » dans l'entretien 10

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Prendre du recul / Ne pas penser au risque judiciaire	J'essaie de prendre du recul par rapport aux situations, et m'enlever de la tête ce risque de procès derrière, en disant que par rapport à une situation on pourra pas me reprocher ce que j'ai fait ou ce que j'ai pas fait avec les patients. Donc si, je pense que j'ai toujours cette réflexion là, à essayer de ne pas y avoir recours, en tout cas le moins possible pour derrière rester correct dans les prises en charge sans trop ni pas assez en fait.
Instaurer un climat propice à la communication	Ben on ne me l'a pas apprise, déjà on n'est pas formé là dessus. Euh, je ne sais pas. Je pense que c'est toute une éducation aussi qui vient faire la communication. Ensuite, toujours rester calme, et puis être sûr que en face l'information elle passe bien, jamais un mot plus haut que l'autre, même quand ça devient tendu ou quoi que ce soit, ça permet de communiquer correctement.

i. Ce qu'il faudrait faire

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 10. {Tableau 99}

Tableau 98 : Propriétés de la catégorie « ce qu'il faudrait faire » dans l'entretien 10

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Définir la MD en France	Ah ben si ! Encore une fois, avec la communication, ça passerait mieux. Et puis si on en parlait, si on mettait clairement les mots sur « tel examen on le fait pour de la médecine défensive », ben je pense que derrière on y réfléchirait à deux fois parce qu'il reviendrait peut être souvent au cours de la journée ou au cours de la semaine et ensuite on pourrait peut être se remettre en question par rapport à tout ça.
Faire de la médiation avec les patients	Peut être faire plus de médiation et avoir du recul sur les situations qui auraient pu poser soucis. Et de savoir un petit peu ce que ça donne si des patients écrivent des lettres de mécontentement, ce genre de choses, savoir ce que ça a donné, pour derrière modifier des choses si il y a à modifier ou autre. Donc oui, cette médiation là, ça peut... il peut y avoir des bénéfices à ça.
Etre formé à la communication	Après, on a aussi ça commence à venir un petit peu dans la formation. On est quand même formés à tout ce qui va être communication non verbale, ce genre de choses quand même à travers certains séminaires qu'on peut avoir à la fac. Après je sais pas, si c'est comme ça partout, je pense pas, mais on a quand même des petites bases de communication pendant certains séminaires. Mais faut aussi avoir la volonté d'y participer à ceux qui sont pas obligatoire, et ce genre de choses.

Etre formé à la communication

Bah déjà avec des jeux de rôle je trouve surtout. C'est en train de se faire un petit peu à Besançon. Je pense qu'avec des jeux de rôle on arrive à se positionner un petit peu à l'entre deux, de savoir comment communiquer correctement pour qu'une information elle passe bien avec un patient agressif ou un patient qui n'arrive pas à communiquer correctement ou ce genre de choses. Euh. C'est vraiment plus de la pratique que de la théorie à avoir.

Instruire le patient / Créer une relation de confiance

Ah ben c'est le rôle majeur. Ça c'est vraiment la première chose la communication. Si les informations elles passent bien et qu'on s'assure déjà que l'information est bien passée, et que le patient a bien compris ce qu'on lui a dit, on a déjà fait les trois quarts du boulot quoi. Donc oui, des fois ça ne suffit pas, mais la majorité du temps la communication elle suffit à pas aller dans ce genre de pratique là, avec la relation de confiance qui s'instaure aussi. Et puis une décision qui est partagée ensuite pour prendre la décision médicale.

Avoir un retour de la médiation avec les patients

Oui, oui, savoir ce que le patient il en a pensé a posteriori de la situation, savoir s'il y a eu des choses qui lui ont... qui lui ont pas convenu ou d'autres qui lui ont convenu. Et si... ben par exemple, quand il y a des plaintes ou des lettres au directeur ou autre, savoir ce que ça a donné derrière, de ce que le patient a réussi à avoir et ce qu'on aurait pu changer... enfin la plainte du patient en elle même quoi.

Chercher de l'aide

Non, alors ça je suis d'accord, On nous parle du risque légal qu'on peut faire derrière, mais la peur de l'erreur, non. On ne nous apprend pas à gérer notre stress par rapport à une peur d'un acte qu'on peut commettre. C'est vrai qu'on est un peu seul au monde si on va pas chercher de l'aide autour. Et que après je pense que c'est une question aussi de caractère et de personnalité, tout à chacun, on va pas avoir la même gestion du stress et la même gestion de la peur de cette erreur d'une personne à l'autre. Mais c'est sûr qu'on n'est pas du tout formés à ça et on n'est pas du tout formés à gérer ce stress là.

j. Pour enfin

Le tableau suivant détaille les propriétés liées à la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 10. {Tableau 100}

Tableau 99 : Propriétés de la catégorie « pour enfin » dans l'entretien 10

PROPRIÉTÉ	VERBATIM
Briser le tabou	Ah ben si ! Encore une fois, avec la communication, ça passerait mieux. Et puis si on en parlait, si on mettait clairement les mots sur « tel examen on le fait pour de la médecine défensive », ben je pense que derrière on y réfléchirait à deux fois parce qu'il reviendrait peut être souvent au cours de la journée ou au cours de la semaine et ensuite on pourrait peut être se remettre en question par rapport à tout ça.
Partager la décision	Ah ben c'est le rôle majeur. Ça c'est vraiment la première chose la communication. Si les informations elles passent bien et qu'on s'assure déjà que l'information est bien passée, et que le patient a bien compris ce qu'on lui a dit, on a déjà fait les trois quarts du boulot quoi. Donc oui, des fois ça ne suffit pas, mais la majorité du temps la communication elle suffit à pas aller dans ce genre de pratique là, avec la relation de confiance qui s'instaure aussi. Et puis une décision qui est partagée ensuite pour prendre la décision médicale.
Tirer des leçons	Oui, oui, savoir ce que le patient il en a pensé a posteriori de la situation, savoir s'il y a eu des choses qui lui ont... qui lui ont pas convenu ou d'autres qui lui ont convenu. Et si... ben par exemple, quand il y a des plaintes ou des lettres au directeur ou autre, savoir ce que ça a donné derrière, de ce que le patient a réussi à avoir et ce qu'on aurait pu changer... enfin la plainte du patient en elle même quoi.

Etre juste

J'essaie de prendre du recul par rapport aux situations, et m'enlever de la tête ce risque de procès derrière, en disant que par rapport à une situation on pourra pas me reprocher ce que j'ai fait ou ce que j'ai pas fait avec les patients. Donc si, je pense que j'ai toujours cette réflexion là, à essayer de ne pas y avoir recours, en tout cas le moins possible pour derrière rester correct dans les prises en charge sans trop ni pas assez en fait.

Trouver l'équilibre

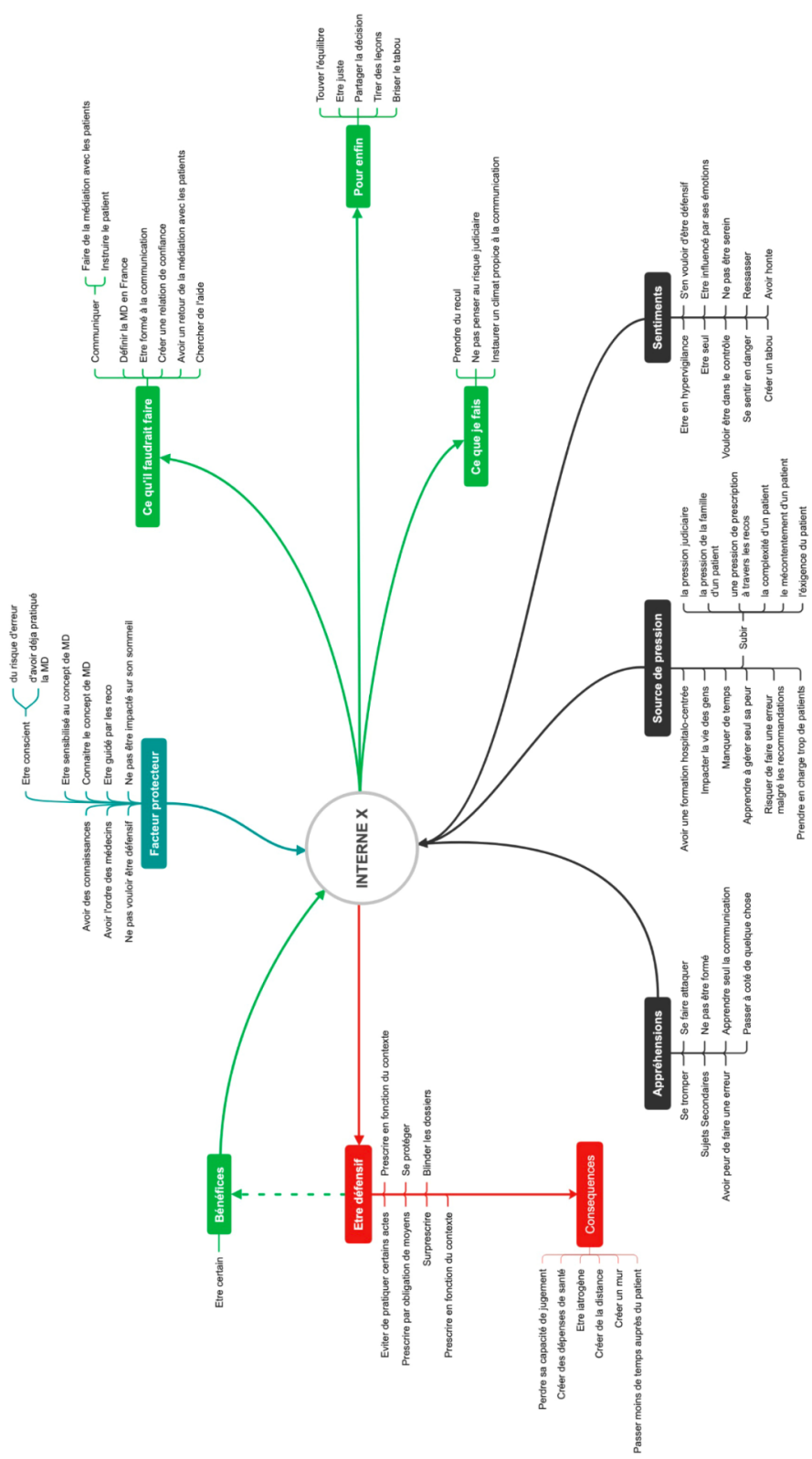
Oui complètement, c'est un équilibre qu'il y a à trouver dans notre... dans notre pratique.

Etre juste

Et puis après restez rester correct dans les prises en charge en se disant qu'on a fait ce qu'il fallait, sans trop en faire et pas assez. C'est aussi un petit peu...

Etre juste

Ben accessible déjà d'une part, chose qui n'est pas toujours évidente à mettre en place. Ensuite, ben proches de ses patients, comme tout médecin généraliste je pense. Et puis juste et équitable aussi dans les... dans les pratiques.

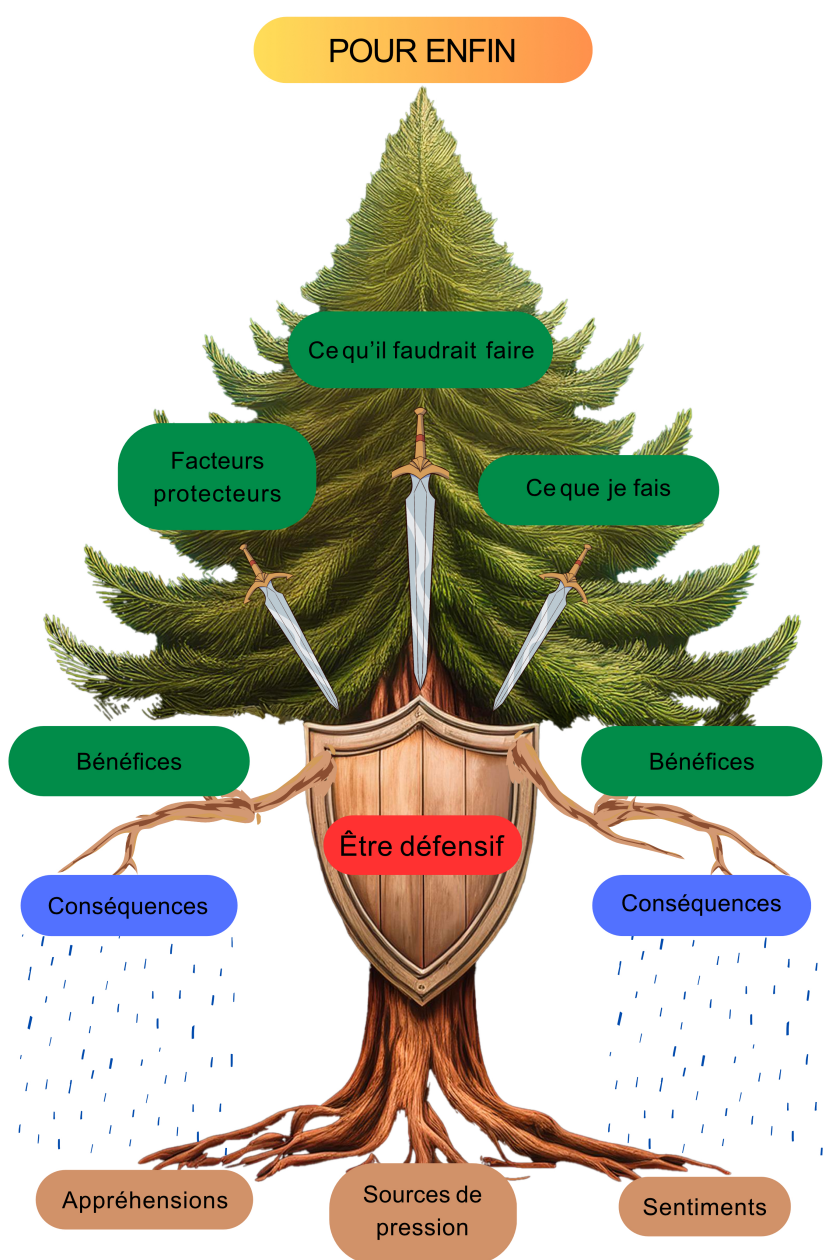


Discussions

I. Résultat principal

Il est apparu au fil des entretiens et de l'émergence des propriétés que ces dernières pouvaient être organisées en catégories qui étaient communes à l'ensemble des internes interrogés.

L'analyse de ces dernières a permis la réalisation d'un schéma explicatif (figure 1) proposé ci dessous.



POUR ENFIN

- Trouver l'équilibre
- Garder son libre arbitre
- Exercer sans crainte
- Acquérir de l'assurance
- Devenir meilleur

Ce qu'il faudrait faire

- Communiquer
- Instaurer une culture positive de l'erreur
- Être sensibilisé
- Apprendre la communication
- Se former

Facteurs protecteurs

- Être séniorisé
- Rester optimiste
- Être conscient
- Être altruiste

Ce que je fais

- Être systématique
- Être vigilant
- Vérifier
- Instaurer un climat propice à la communication
- Garder le patient au centre de la prise en charge

Bénéfices

- Réduction du risque d'erreur
- Être plus consciencieux dans l'examen clinique

Bénéfices

- Se protéger légalement
- Diagnostiquer de manière fortuite

Être défensif

- Surprescrire
- Se protéger
- Prescrire pour se rassurer
- Prescrire sans conviction
- Prescrire par obligation de moyens

Conséquences

- Créer des dépenses de santé
- Entraîner une perte de chance

Conséquences

- Être iatrogène
- Créer de l'inquiétude
- Perdre sa capacité de jugement

Appréhensions

- Faire une erreur
- Manquer d'expérience
- Manquer de recul
- Se faire attaquer
- Être seul

Sources de pression

- Subir l'exigence du patient
- Être obligé de diagnostiquer
- Être obligé de prescrire
- Être obligé de donner des réponses
- Avoir une formation hospitalo-centrée
- Porter la responsabilité au sens moral
- Se mettre la pression

Sentiments

- Se faire menacer
- Être en conflit
- Être en hypervigilance
- Avoir honte
- Se dévaloriser

II. Forces et limites

1. Sujet de l'étude

Le sujet de l'étude était original dans le sens où la médecine défensive est un sujet encore peu exploré en France et il n'existe pas à notre connaissance d'étude réalisée auprès des internes en fin de cursus de médecine générale.

2. Sensibilisation.

Le sujet de l'erreur médicale et la remise en cause de ses propres pratiques est un sujet délicat à aborder entre deux professionnels de santé. Cependant les entretiens ont permis à petite échelle de pouvoir sensibiliser à ce phénomène et de créer un échange. Les internes ont trouvé le sujet intéressant et semblaient avoir été heureux de pouvoir en débattre.

3. Constitution de l'échantillon.

Une partie de l'échantillonnage s'est réalisé de proche en proche par effet « boule de neige ». Cela a peut-être pu entraîner un biais de sélection en interrogeant des internes qui pouvaient partager les mêmes modes de pensées.

4. Réalisation de l'étude.

L'inexpérience de l'investigateur est une des limites de l'études. L'absence d'expérience dans la réalisation d'entretiens pouvait provoquer des difficultés, comme le fait de ne pas laisser assez de silence pour permettre à l'interne de s'exprimer.

Les entretiens initiaux rentraient immédiatement dans le vif du sujet. Le guide d'entretien a du être modifié pour pouvoir permettre un meilleur recueil de données.

Le codage a principalement été réalisé par l'investigateur sans double lecture ce qui entraîne une part subjective très importante au sein de cette étude.

Enfin de nombreux internes interrogés avaient pu avoir une relation de sénior-interne avec l'investigateur ce qui pouvait peut-être limiter l'objectivité des interactions des participants.

III. La genèse de la médecine défensive.

1. Des appréhensions...

Au fil des entretiens de nombreuses appréhensions ont été recensées.

La principale étant de faire une erreur pouvant avoir des conséquences pour le patient. L'ambivalence de cette situation est que beaucoup d'internes témoignent n'avoir jamais commis d'erreur, ou alors ne pas être au courant si ils en ont déjà fait une. Ils ont donc l'appréhension de quelque chose qui ne s'est pas encore passé, que l'on pourrait qualifier de « peur du loup ».

Cela vient du fait qu'ils ont la sensation de manquer d'expérience, donc d'assurance, et manquer de recul, donc ils ont du mal à se projeter. Pourtant la crainte de faire une erreur est bien présente.

Les internes parlaient également du fait de n'être que le remplaçant et de traiter une patientèle qui n'était pas la leur.

Une étude menée en Angleterre (15) mentionnait ce phénomène : les médecins remplaçants, qui peuvent être assimilés aux Saspas, étaient souvent pris comme bouc émissaires si quelque chose se passait mal, et donc que ces derniers étaient plus enclins à pratiquer une médecine défensive.

Les internes interrogés mentionnent évidemment le fait de se faire poursuivre en justice, comme dans de nombreuses études, mais cela ne constitue pas leur crainte principale. La peur de perdre la confiance du patient était retrouvée chez les plupart des internes, car la confiance semble représenter la pierre angulaire de la relation médecin-patient qui est au cœur de la discipline de médecine générale.

Enfin une des craintes retrouvée était la peur de se retrouver seul en cas d'erreur, découlant d'une impression d'avoir dû apprendre seul à gérer ses appréhensions.

2. ...en lien avec des sources de pression...

Ces appréhensions semblent être en lien avec des sources de pressions. La principale est la sensation d'exigence de la part du patient. Nous retrouvons cette donnée dans une étude qualitative française (13) qui témoigne que même si la peur du procès était la première cause spontanément évoquée, ce qui n'est pas forcément le cas chez nos Saspas, la plus fréquemment ressentie par les médecin généraliste était celle exercée par les patients.

Les internes ressentent l'augmentation d'exigence des patients, ainsi que celle de leur famille.

On retrouve une sensation d'obligation de résultats, en devant faire une ordonnance, diagnostiquer, ou donner des réponses.

L'exigence des patients semble se rencontrer plus dans la médecine urbaine que dans la médecine en milieu rural.

Les internes ont parfois l'impression de devoir lutter contre les patients, car ceux-ci se sont renseignés sur internet et savent déjà ce qu'ils attendent de la consultation. De ce fait, devoir dire non, et la difficulté à dire non à un patient est également perçue comme une source de pression.

Les internes parlent énormément de leur vécu à l'hôpital, en particulier des urgences, alors qu'ils sont à l'aube d'une carrière de médecine générale qui est globalement représenté par un exercice libéral. Cela vient du fait que la formation d'un interne est très hospitalo-centrée provoquant le biais de soigner des patients en apparence «plus grave».

Les séniors constituent également une source de pression, d'une part en transmettant la peur via les « histoires de chasses », et d'autre part car les internes ont parfois l'impression de devoir faire « parce que le chef le demande ».

Enfin la notion de porter la responsabilité semble également les impacter.

3. ...aboutissant à des sentiments.

Ces appréhensions et sources de pressions vont donner naissance à des sentiments forts.

Le sentiment de se faire menacer, en lien avec la peur de se faire attaquer, amène à une sensation d'être en état d'hypervigilance et provoque beaucoup de stress.

Il existe un refus total de faire une erreur en créant un tabou autour de celle-ci, provoquant de la honte voire une peur d'avouer son erreur.

L'interne de l'entretien 3, ayant commis une erreur, s'est senti dévalorisé et a même remis en question sa place au sein de la profession de médecine générale.

La mise en cause d'un collègue, alors que l'interne de l'entretien 6 n'a lui-même jamais commis d'erreur, a suffi à lui faire penser à l'erreur en permanence.

L'interne de l'entretien 4 ayant eu à rattraper l'erreur d'un collègue est dorénavant obsédé par l'erreur et que la situation se répète. Il vérifie désormais tout et a du mal à faire confiance à ses collègues, alors que nous rappelons que la notion de confiance reste la pierre angulaire de la profession.

Enfin, la sensation de lutte entraîne un sentiment d'être en conflit, que l'on peut mettre en opposition avec l'objectif de créer une relation médecin-patient, et les internes ont parfois l'envie d'arrêter de se battre.

IV. La pratique de la médecine défensive avec ses conséquences et bénéfiques.

1. Etre défensif

Le mélange de ces appréhensions en lien avec des sources de pressions donnant naissance aux sentiments précédemment exposés peuvent aboutir à une attitude défensive.

Comme nous l'avons vu plus tôt, le concept de MD est défini depuis 30 ans aux Etats-Unis (5) mais ne figure pourtant toujours pas au sein du dictionnaire médical de l'Académie de Médecine (11) en France en 2024.

Ce fait se ressent au cours des entretiens. En effet à la mention du terme de MD, la plupart des internes n'arrive pas à identifier le concept. Cependant une brève définition éclaire leur esprit et les ramène immédiatement à des situations qu'ils ont connu ou qu'ils connaissent encore actuellement.

Ce qui montre bien que malgré son manque de définition en France, la MD est présente dans le quotidien de chaque médecin, y compris au cours de leur formation. Le concept de MD est vu comme le fait de se protéger, de surprescrire, de prescrire pour se rassurer. Se protéger est justement un terme fort, très évocateur de défense, tout comme le fait de « blinder les dossiers »

On retrouve également beaucoup la notion de prescrire sans conviction : « je sais que cela ne sert à rien mais je le fais quand même ».

En lien avec la formation hospitalo-centrée et le vécu aux urgences, on constate la notion de prescription par obligations de moyens : « je prescris les examens car j'y ai accès ».

La plupart avouent avoir déjà pratiquer la médecine défensive, et probablement continuer à la pratiquer parfois dans le futur, de manière intentionnelle ou non, même si ils sont bien au fait de ses conséquences.

2. Conséquences

La pratique de la médecine défensive n'est effectivement pas sans conséquence et les internes le savent. Ils ont conscience que celle-ci a un impact en terme de santé publique avec une augmentation des dépenses de Santé.

La multiplication de la prescription d'examens complémentaires entraine une surcharge des plannings, par exemple dans les cabinets de radiologie, et peut entrainer une perte de chance pour les patients lorsque l'on souhaite une imagerie rapidement et que l'on ne peut pas l'obtenir.

Ces même examens, ou la surprescription de médicaments, ne sont pas sans risque pour le patient et peuvent entraîner de la iatrogénie.

La notion d'incidentalome, en lien avec le dogme « lorsque l'on cherche, on trouve », est bien connue des internes. Trouver quelque chose qu'on ne cherche pas, et est à même de provoquer des explorations surajoutées et/ou de l'angoisse chez les patients.

L'attitude défensive avec les patients les plus revendicateurs peut possiblement créer un mur entre les deux partis et venir encore une fois détériorer la relation médecin-patient.

Le fait de devoir « blinder les dossiers » (entretiens 3, 4, et 10) est très chronophage et vient diminuer le temps que l'on peut passer auprès d'un patient.

Enfin les internes ont conscience qu'une posture trop défensive peut conduire à une perte de leur capacité de jugement avec un raisonnement basé majoritairement sur les examens complémentaires et des prescriptions excessives.

3. Bénéfices

Nous avons vu dans l'introduction qu'il existait une MD qualifiée de « positive ».

Pour les internes interrogés le diagnostic fortuit en est l'élément majeur. Cependant il est à même de créer de l'angoisse comme nous l'avons vu plus tôt, et les internes ont bien conscience que si cela peut être un bénéfice ponctuel à l'échelle individuelle, ce n'est pas le cas à l'échelle collective.

D'après les internes la MD permettrait tout de même une réduction du risque d'erreur, et pousserait les internes à être plus consciencieux dans l'examen clinique. De plus le diagnostic de certitude pourrait rassurer le médecin, et lui permettrait de se protéger légalement.

Pour certains l'attitude défensive renforcerait même la relation médecin-patient en contentant les patients. Ces derniers auraient l'impression qu'on s'intéresse plus à eux si on leur prescrit des examens, ils auraient l'impression que « le médecin fait quelque chose ». Cependant cela pourrait contribuer à une augmentation de leur exigence que l'on retrouve comme source de pression.

V. Ce qui est en place

1. Des facteurs protecteurs

Pour faire face aux appréhensions et sources de pressions on retrouve des facteurs protecteurs.

Les comportements défensifs surviennent suite à la peur de l'erreur, mais les internes semblent avoir conscience de ce risque et d'avoir parfois recours à la médecine défensive, et essayent de vivre avec.

Le fait d'être seniorisé reste un confort pour le Saspas. Cependant même si la responsabilité juridique leur semble portée par les séniors, cela n'en fait pas un facteur protecteur parfait, car nous avons vu plus haut qu'ils ont tout de même la sensation de porter une responsabilité morale.

De plus les séniors peuvent constituer une source de pression en transmettant la peur, ou en imposant une prise en charge que les internes jugent excessive.

Avoir des connaissances et être guidé par les recommandations offrent également de la sécurité, même si ce cadre n'est pas parfait car chaque situation nécessite de s'adapter et ne peut pas être résumée à de la théorie pure.

Enfin le fait de rester optimiste, et d'avoir la sensation d'avoir donné son maximum, d'être altruiste en pensant d'abord au patient, semble être moteur pour les internes.

2. Ce que les internes font

Les internes mettent déjà en place des pratiques pour essayer d'être moins défensifs.

Ils essayent d'être systématiques et vigilants pour ne rien oublier, mais nous avons pu voir que cela pouvait amener à un état de stress et d'hypervigilance.

De plus le fait de vérifier, cadrer, « blinder » les dossiers peut être très chronophage.

Ils ont cependant conscience de la nécessité de temporiser, avec la possibilité de revoir le patient, d'explorer secondairement, ce qui constitue une pratique majeure au sein de la médecine générale.

Ils essayent d'instaurer un climat propice à la communication, en étant dans l'échange, et en essayant d'instruire, d'informer le patient.

Leur but semble d'être de garder le patient au centre de la prise en charge.

VI. Perspectives d'avenir

1. Ce qu'il faudrait faire...

La notion majeure des perspectives d'améliorations réside dans la communication. Pour les internes, la communication paraît être un atout majeur pour désamorcer bon nombre de situations.

Tout d'abord on retrouve la communication avec le patient, en l'instruisant, ce qu'ils semblent déjà essayer de faire, mais aussi en l'éduquant en essayant de le faire relativiser sur sa situation, tout en l'informant des risques liés aux soins ou à l'évolution de sa situation médicale.

La médiation avec les patients, en cas d'erreur, semble également être une solution, mais il faudrait encore pouvoir être au courant des résultats de cette médiation.

On retrouve ensuite la communication entre confrères, qui permettrait de se rassurer en échangeant des idées, en se confiant. Cela permettrait d'échanger sur l'erreur et la pratique de la médecine défensive, de la verbaliser plutôt que de l'intérioriser.

Il est intéressant de voir qu'une étude réalisée auprès de médecins américains (16) n'est pas de cet avis. En effet selon cette étude le fait de ne pas vouloir être considéré comme inférieur aux yeux de ses confrères amènerait à une volonté de ne pas vouloir en parler et augmenterait donc les pratiques de médecine défensive.

Cela vient justement en opposition avec une nécessité, qui semble majeure aux yeux des internes, d'instaurer une culture positive de l'erreur. Accepter l'erreur, accepter le risque qu'elle survienne, ne plus avoir honte, pouvoir en parler librement permettrait d'améliorer le vécu par rapport à celle-ci. Cela pourrait d'abord passer par une sensibilisation au cours des études. En effet au cours de notre formation la possibilité d'échouer est peu abordée, comme nous l'indique une conférence TED menée par Dr Brian Goldman (17). La possibilité de l'échec apparaît lorsque l'on devient interne parce que l'on reçoit alors des responsabilités, et il est quelque part trop tard.

Une médiatisation du concept de MD et une définition claire en France semble également constituer des pistes d'amélioration.

Cependant bien que cette communication semble être au cœur du projet de diminuer la pratique de la médecine défensive, les internes ont la sensation d'avoir dû l'apprendre tout seul. Il existe peu de moments au cours de notre formation où l'on nous sensibilise à la communication. Les jeux de rôle avec des mises en situations apparaissent comme être une bonne idée pour palier à cela, mais ils se retrouvent au sein de séminaire basé sur le volontariat.

De plus les stages en médecine générale, au contact des séniors, permettent également de se former dans ce domaine, mais cette formation reste très aléatoire en fonction de la façon de communiquer de ces derniers.

La formation, et surtout l'acquisition de l'expérience constitue un espoir important pour diminuer sa crainte de l'erreur et sa pratique de la médecine défensive.

Cependant une thèse récente présentée en mars 2024 (18), s'intéressant à la pratique de la médecine défensive chez les médecins généralistes en Franche-Comté, retrouvait que *« ni l'âge ni le stade de la carrière ne semblait influencer les pratiques, et qu'un médecin jeune en début de carrière a donc tendance à ressentir la même pression que son confrère plus âgé et expérimenté. Autrement dit, l'expérience va probablement donner des clés supplémentaires face à l'exigence d'un patient mais ne prémunit pas totalement de la peur du conflit. »*

Enfin créer une relation médecin-patient adaptée, en obtenant la confiance du patient semble également être un objectif majeur aux yeux des internes.

2. ...pour enfin !

Notre raisonnement se conclue par les espoirs des internes.

Ils ont bien conscience que la médecine défensive n'est pas une solution car elle a bon nombre de conséquences. Elle semble tout de même faire partie du quotidien du médecin en réponse à des sources de pression. Le but de trouver un équilibre ressort comme une évidence, d'en faire assez sans en faire trop, et surtout de considérer la balance bénéfice risque pour le patient.

Les internes souhaitent garder leur libre arbitre, sans tomber dans la surprescription et se laisser influencer par la peur, pour enfin exercer sans craintes.

Acquérir de l'assurance en se formant et en gagnant en expérience constitue également un objectif. Cela leur permettrait de se rassurer et d'avoir plus confiance en eux.

La communication et l'obtention de la confiance du patient pourraient amener à se sécuriser sans avoir à pratiquer de médecine défensive.

De plus la médiatisation de cette dernière pourrait briser le tabou et permettre de déconstruire et reconstruire les modes de pensées à la fois des médecins et des patients.

Enfin, les internes souhaitent surtout continuer à avancer, leur but ultime étant de devenir meilleurs.

Conclusion

L'objectif de cette thèse était d'étudier la perception du concept de médecine défensive et de ses conséquences sur la pratique médicale auprès des étudiants en Saspas du DMG de Besançon.

Il en est ressorti qu'un interne a des appréhensions telles que faire un erreur, manquer d'expérience et de recul, et donc de se faire attaquer. Celles-ci semblent naitre suite à des sources de pression comme l'exigence du patient et une sensation d'obligation de devoir diagnostiquer, prescrire, ou encore donner des réponses. Ces appréhensions et sources de pression pouvaient alors lui donner le sentiment d'être menacé ou en conflit avec le patient, mais aussi un sentiment d'être en permanence en état d'hypervigilance.

De ce fait il pouvait parfois adopter une attitude défensive en surprescrivant soit pour se rassurer, soit pour se protéger, entraînant certes des bénéfices comme la réduction du risque d'erreur et le diagnostic fortuit, mais également des inconvénients tels que l'augmentation des dépenses de santé, le risque de iatrogénie, et surtout la perte de sa capacité de jugement.

Cependant des facteurs protecteurs comme le fait d'être encore seniorisé, et des façons de pratiquer qu'il mettait déjà en place à savoir rester systématique et vouloir garder le patient au centre de la prise en charge lui permettait d'essayer de diminuer cette attitude défensive.

La place d'interne en médecine est riche d'ambivalence. I

Il est médecin sans être docteur, et va devoir porter des responsabilités sans toutefois avoir à les assumer pleinement. Le sénior est là pour le protéger, mais cette relation va toutefois parfois être un poids, car l'interne va pouvoir prendre des décisions, mais avoir parfois le sentiment que le sénior lui impose une prise en charge.

L'interne cherche à obtenir la confiance de patients qui ne sont pas les siens, et qui vont parfois le voir uniquement comme le remplaçant.

Il va devoir évoluer dans une formation très hospitalo-centrée, avec des gardes aux urgences, qui ne sont pas réellement le reflet de sa future pratique libérale.

Même si il garde un bon souvenir de sa formation, il a parfois l'impression de se retrouver à la fois seul pour gérer son stress et sa peur de l'erreur tout en ayant le sentiment d'être accompagné par ses enseignants.

Cette étude a permis de dégager des pistes d'amélioration pour diminuer la pratique de la médecine défensive. La communication est au cœur de celle-ci. L'interne en médecine générale a conscience que la communication, en instruisant, en expliquant au patient, en faisant de la prévention permet de sécuriser bon nombre de situation sans être défensif.

Cependant il a le sentiment d'apprendre seul la communication, et pourtant il manque de proposition pour améliorer cela. Des séminaires sur la communication existent et la mise en place de jeu de rôle en simulation semble être une proposition convenable, mais ceux-ci restent souvent sur la base du volontariat.

De même la médiatisation de la médecine défensive et l'instauration d'une culture positive de l'erreur sonnent comme une évidence sans que nous ayons obtenu toutefois de solutions concrètes. Peut-être qu'il faudrait aborder ce sujet dans les séances de tutorat du DMG à l'échelle individuelle pour que petit à petit cela ait un impact à l'échelle collective.

Ces pistes d'amélioration auront pour but ultime d'encourager l'interne à être réflexif sur sa pratique de médecine défensive tout au long de sa carrière, pour exercer sans crainte, trouver un équilibre et avoir une pratique juste pour enfin devenir meilleur.

I. Guide d'entretien

- Introduction de l'investigateur, questions sur l'âge, le stade dans les études, la possession ou non d'une licence de remplacement.
- Je m'intéresse au vécu de l'erreur médicale chez les étudiants en Saspas. Quand je te parle d'erreur médicale ça t'évoque quoi ? (Relance : des exemples d'erreurs qu'on pourrait faire, ou que tu as vu faire)
- Est-ce que toi tu as peur de faire des erreurs ? (Relance : Tu y penses beaucoup ?)
- Est-ce que tu identifies dans notre travail des sources de pressions ?
- En réponse à ces différentes sources de pression est-ce qu'il y a des choses que tu mets en place ?
- Est ce qu'il y a des situations où tu ressens le besoin de te défendre ? (Relance : des situations qui te mettent en difficultés ? Des situations où tu n'es pas à l'aise ?)
- J'ai l'impression que c'est un peu caché cette peur de l'erreur, qu'on n'en parle pas, un peu pudique, ça reste tabou. Est-ce que tu es d'accord avec ça ?
- Le réel sujet de ma thèse est la médecine défensive. Est-ce que ce concept t'évoque quelque chose ? (+/- définitions)
- C'est quoi ta perception de ce concept maintenant que je t'en ai parlé ?
- Est-ce que tu peux imaginer à cette médecine défensive des cotés positif ?
Cotés négatif ?
- Est ce que tu penses que les patients sont devenus exigeants ?
- Est-ce que tu penses que la médecine défensive peut avoir un impact sur la relation médecin-patient ?
- Est-ce que tu penses qu'elle aura une place importante dans ta pratique future ?
- Tu te verrais quels axes de travail pour diminuer ta pratique de la médecine défensive ?

II. Déclaration de la CNIL



Référence CNIL :

2235421 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-003
reçue le 13 août 2024

Monsieur Clément CHARYK

25000 BESANÇON

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Monsieur CHARYK Clément
Service :
Adresse :
CP : 25000
Ville : BESANÇON

N° SIREN/SIRET :
Code NAF ou APE :
Tél. :
Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 14 août 2024

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

III. Retranscription des entretiens

1. Retranscription de l'entretien 1

C : Allez on va se lancer. Tu vas me dire un peu où tu en es dans tes études en gros.

S : Ouais, et ben là, du coup, je suis en cinquième semaine de médecine générale. Là je suis en stage sur trois secteurs différents, donc à *ville*, à la maison de santé *nom* avec Docteur *nom*, Docteur *nom*, le mercredi à *ville* avec le docteur *nom* et puis le vendredi chez le docteur *nom* à *ville*.

C : Ok et la tu fais ton Saspas en gros.

S : Oui je fais mon Saspas

C : Et puis tu as une licence de rempla du coup.

S : Oui j'ai une licence de rempla en parallèle.

C : T'as commencé quand à faire tes remplas ?

S : J'ai commencé en fin janvier.

C : Fin janvier ? Ah oui, c'est tout récent. Et tu fais quoi comme remplacements.

S : J'ai fait un remplaçant samedi matin à la maison de santé *nom*. Et puis j'ai fait deux journées pleines en 7h-20h à

SOS Médecin en mode visites couplées avec maison médicale de garde. J'ai fait un 18h-1h. Et là, du coup, première nuit cette nuit.

C : Alors ça fait cinq remplacements pour le moment.

S : Oui et donc c'est vrai que je vais être amené à en faire au moins trois par mois.

C : Ok, ça marche jusqu'à ce que tu finisses ton cursus.

S : Oui il reste six mois. Je vais au centre de rééducation de *ville* au prochain semestre.

C : Ok, ok. Du coup, moi, pour la thèse, je voulais parler aujourd'hui de médecine défensive. Est-ce que ça t'évoque quelque chose ou pas du tout ?

S : Oui, du genre quand tu penses à ta prise en charge, tu penses aux examens que tu vas faire pour te couvrir. Et puis quand il y a un problème, tu te dis eh bien au moins je l'ai fait et puis au moins je suis tranquille avec ça.

C : C'est exactement ça. C'est exactement ça en fait.

S : Et je ne le fais pas forcément parce que j'y crois vraiment dur comme fer. Mais je le fais parce qu'au moins voilà quoi

C : Donc du coup, déjà, toi, tu penses qu'elle est déjà présente dans ta pratique à toi ? Ok, on va y revenir. En gros, je vais te donner une définition. Il n'y a pas de réelle définition en France. Tu vois, ça a commencé surtout aux États-Unis où, il y a 30 ans, en 94, ils ont dit que c'était quand le médecin demande des examens ou des avis, évite les patients ou les opérations à haut risque, pour diminuer le risque de faute professionnelle. Et puis après, ça a évolué jusqu'à correspondre, en fait, à l'ensemble des pratiques et des décisions médicales fondées sur un désir d'éviter des poursuites judiciaires plutôt que sur la considération de la balance bénéfices risques.

S : Oui voilà c'est ce qu'on a dit.

C : Toi, tu te sens un peu là-dedans ?

S : Ouais, ouais, clairement.

C : Oui, oui, plutôt pas mal quoi.

S : Et je pense qu'on le fait tous un peu inconsciemment, mais, mais on nous en parle suffisamment.

t puis je crois que dès que tu arrives et que tu fais ton stage dès le début, au

stage aux urgences.

ette notion là elle commence à être évoquée.

Puis du coup après, au fur et à mesure tu le fais.

Du genre voilà, une céphalée chez une patiente qui est migraineuse connue depuis un moment. Tu es aux urgences. Eh bien, aussi parce que tu as le plateau technique, tu vas faire un scanner, *et caetera*.

En médecine générale, pas que par rapport à la médecine défensive mais par rapport au plateau technique, et ben tu l'aurais pas forcément fait.

C : OK, ok, tu trouves que lieu ça compte aussi en fait ?

S : Ouais, ouais, ouais.

C : Ça compte aussi parce que par exemple, t'auras pas les mêmes pratiques à l'hosto qu'en libéral.

S : Ouais bien évidemment.

C : Ok, tu penses que ça vient de quoi ça, le lieu qui compte ?

S : L'accessibilité des examens. Et puis ouais, potentiellement t'as le biais de te dire que les gens qui viennent aux urgences, bon ils ne sont pas plus malades mais... du coup...

C : Oui, oui, je vois le truc. Et peut-être que aussi en médecine générale, t'aurais la

capacité de les revoir. Si ça allait ou si ça allait pas.

S : Ouais.

C : Et peut être de mieux les connaître quand tu as ta propre patientèle, il y a peut-être ça aussi qui joue.

S : Ouais mais je pense que ma pratique a évolué depuis que je suis passé en médecine générale.

Et peut-être qu'il y a des trucs que je pourrais peut-être plus temporiser maintenant si je devais retourner aux urgences.

C : D'accord, donc tu penses que maintenant, d'avoir fait le libéral, d'avoir vu des situations où justement, tu peux temporiser un peu le truc, tu penses qu'en fait cela t'as permis de te rassurer un peu et de voir que t'as le temps, parfois, par rapport certaines prises en charge.

S : Ouais, exactement.

C : OK, et donc est ce qu'elle a des effets un peu sur toi cette médecine défensive ? T'y penses tout le temps ? Tu y penses que de temps en temps ?

S : Euh nan je pense que... Ouais, si j'y pense presque. Oui, si j'y pense quand même à chaque prise en charge, au moins un tout petit peu. Mais c'est con, c'est presque un peu inconscient. Mais des fois je me dis « est ce que je le fais

? Est-ce que je le fais pas ? J'y crois pas, mais je le fais quand même ».

C : OK, je pense que je suis assez là-dedans aussi. Assez pareil.

C'est à la fois inconscient, mais à chaque prise en charge quand même, c'est tout le temps qu'il y a la petite voix dans la tête.

S : Ouais, c'est ça.

C : Oui. OK. Et puis c'est une source de stress pour toi ou pas ?

S : Est ce que c'est une source de stress, on a toujours peur de passer à côté de quelque chose.

Donc je ne sais pas si c'est juste attendant à la médecine défensive, ou si c'est plus à notre profession qui est stressante plus, voilà.

Oui, clairement il y a du stress dans notre profession, ça c'est sûr.

Après, je me dis pas oui, j'ai peur du coup d'avoir des poursuites, *et caetera*.

J'ai plus peur, tu vois, de passer à côté à côté de quelque chose que d'avoir plus peur d'avoir des poursuites pénales.

C : D'accord, t'es pas trop dans le judiciaire, plutôt peur pour le patient.

S : Ouais, voilà.

C : Ok t'es plus dans le « rendre service » médical.

Et puis t'en a déjà parlé de ça avec tes collègues ou pas ?

Avec des amis sur des retours d'expériences un peu ou pas.

S : Ouais, mais pas des discussions sérieuses comme on peut avoir là.

C'est un peu ce qu'on a dit des fois on va être amené à prescrire des choses, on y croit pas, mais on le fait

C : Tu as l'impression d'être dans la norme, toi, entre guillemets ?

S : Ouais, par rapport à comment je me jauge par rapport aux autres ?

C : Ouais

S : Oui, je pense pas être psychorigide à dire si je fais quelque chose ou si je le fais pas et qu'il arrive un truc, je vais finir en taule, Non, ça va, ça m'empêche pas de dormir, mais j'y pense quand même.

Je pense être à peu près mesuré.

C : OK, et puis tu penses que tu arriverais par exemple à refuser de suivre certains patients ou à pratiquer certains actes ? De pas faire de certains actes parce qu'ils sont trop risqués ?

S : Pffffff non je pense pas après. À partir du moment où t'es formé et que tu informes le patient. Non, là moi dans ma pratique, j'aimerais faire de la médecine du sport. Plus tard, il y aura

des gestes d'infiltration, ça sera plus une question de formation.

Après ça, ça n'empêchera pas, le côté médico légal ne me fera pas dire non.

Je ne vais pas ne pas faire ça parce que j'ai peur de l'arthrite septique, ou parce que j'ai peur de choses comme ça.

C : Oui, c'est à ça que je pensais. Par exemple toi, tu te dirais si tu te sens formé, tu ferais.

S : Je le ferais et je sais que c'est un risque, j'informerai le patient. Et puis puis voilà, j'accepte le risque parce qu'il existe. Et puis, si tu travailles correctement... Enfin voilà en plus ça me plaît. Non, je ne vois pas pourquoi rien que l'aspect médico légal devrait m'interdire de le faire.

C : Ok tu verrais pas ça comme un frein.

S : Pas comme un frein pour ça. Après j'ai pas réfléchi à toutes les choses. Mais là on parlait de la médecine, du sport, ça dépend. Après, je pense qu'il y a peut-être des pratiques qui sont peut être plus risquées que d'autres.

C : En médecine générale, c'est un peu moins, parce qu'on ne fait pas de gestes trop invasifs.

S : Mais voilà, après les gestes un peu risqués, potentiellement les PL et *caetera* ça va aux urgences. Mais

même oui, je me pose la question.

Par exemple, on parlait des urgences de *ville* tout à l'heure, je me pose la question d'y travailler, peut être potentiellement plus tard, parce que j'y ai passé un très bon stage et c'était contenant, *et caetera*.

Mais le caractère médico légal qui aussi, du coup presque parfois par manque de formation, fait que tu es pas forcément très très rassuré dans certaines situations.

Le Smuriste est pas là, t'as un arrêt. T'es pas formé et clairement t'en fais pas tous les jours. Euh oui, c'est ça je pourrais me dire « Est ce que j'ai envie de faire ça ? Parce que j'ai peur de mettre dans des situations où je ne suis pas forcément à l'aise et du coup, là, forcément, je pense à la fois au fait que je ne suis pas formée et au fait qu'il y a le caractère médico légal qui entre en jeu.

C : D'accord. Ok, super intéressant. Parce que justement, du coup ils parlaient aussi du côté positif et de côté négatif de la médecine défensive, est ce que toi tu arrives à les voir comme ça ?

S : Le caractère positif... Bah du coup j'aurais tendance à être un peu plus exhaustif je pense sur les examens, donc voilà, comme on dit parfois il y a plein de choses dans notre clinique on n'y croit pas et on tombe sur des trucs, puis ça remet en cause le paradigme,

et caetera. Donc voilà.

Et puis bah à l'inverse, je pense que oui, il y a des trucs qu'on fait peut-être à tort, après j'essaie de faire gaffe, par exemple, on n'en a pas parlé, mais tout ce qui est antibiotique.

L'antibiorésistance, *et caetera*.

Peut-être que parfois on tend à vouloir sur-prescrire parce qu'on est en fin de semaine, parce que c'est un gamin, ou par exemple un enfant qui a pas mal d'antécédents.

Je pourrais dire je tempore, *et caetera* mais... Et puis donc, encore une fois, t'as peur de mal faire. Et puis en même temps, le caractère médico légal si le gamin, il se dégrade.

puis je ne sais pas moi, un gamin avec un asthme du nourrisson quand il y a une grosse bronchiolite, tu as un doute, tu vas balancer des antibio parce qu'en plus tu as le caractère sociale, est-ce que les parents vont être capables de réagir, *et caetera*.

Pareil, ça intervient quoi.

C : Est-ce que tu as l'impression qu'on ne pratique pas la même médecine le lundi que le vendredi ?

S : Oui, totalement. Oui, j'ai pas encore suffisamment le recul, mais en tout cas oui, plus j'avance dans le Saspas, plus tu te rends compte qu'en libéral oui, ça a un rôle important.

La continuité des soins va avoir un rôle sur ta pratique et ta façon de prescrire.

C : Ouais c'est ça en fait, ils disent qu'il y a le côté positif.

S : Ouais le fait de pas passer à côté de certaines choses. Je ne sais pas les autres éléments qu'on pourrait ressortir.

C : En gros ils disent que t'as le côté positif où on fait des diagnostics, où tu vas avoir un meilleur screening du patient. Mais que t'as aussi le côté négatif, mais toi tu pas l'air d'être trop là dedans, par exemple de ne pas pouvoir suivre certains patients parce qu'ils sont trop à risque en fait, ou ne pas faire certains certificats médicaux parce que tu sais que ça peut être utilisé à des mauvaises fins.

S : Oui, du coup de te fermer une certaine patientèle, enfin du coup, là ce serait plutôt se fermer une certaine pratique, on parlait des urgences. Oui, et puis les certificats médicaux, *et caetera* J'ai pas trop trop...

C : T'as pas trop de souci de ce côté là toi ?

S : Pas eu trop trop le cas, mais...

C : Ok. Et tu vois, tu as dit un truc qui était intéressant tout à l'heure, c'est quand tu parlais de quand tu as commencé aux urgences. Toi tu as trouvé que ton entrée en fait

dans l'histoire de la médecine défensive, ça a été aux urgences.

S : Ouais, on nous en parle au début.

C : Toi, t'as ressenti ça directement.

S : Ouais parce qu'il y a des histoires de chasse. T'as des histoires de chefs. T'as des histoires qui font que tu te dis « merde, il faut pas que je passe à côté de ça, il faut que je le fasse. Je n'y crois pas, mais j'aurais peur à la fois de passer à côté de choses, puis d'une plainte. »

C : Ok

S : Mais c'est des trucs un peu dramatiques ou tu as aussi les histoires de familles. On pense au patient, puis après tu as aussi la famille après qui te tombe dessus.

C : Parce qu'il n'y a pas que le patient.

S : Ben oui, il n'y a pas que le patient qui il y a tout l'entourage. Et puis c'est des situations, je pense qui sont bien difficile à vivre en tout cas. On en a tous entendu parler de ça.

C : Toi t'en a déjà vécu ou pas ?

S : Vécu à proprement parler non. Non directement non. Pour le moment non je pense que c'est peut être de la chance ou...

C : Ou c'est que ça se passe bien.

S : Oui ça se passe bien.

C : Tu vois, quand je lisais d'autres thèses, et ce pourquoi je voulais faire la mienne c'était un peu pour voir l'état d'esprit des jeunes médecins.

Tu vois, à l'aube de leur carrière médicale, comment ils se sentaient là dedans ?

Parce que, aux États-Unis, c'est très procédurier, *et caetera*, ça c'est bien connu.

Et tu as l'impression que petit à petit, ça arrivera en France.

Mais ils disaient que même dans le dictionnaire médical français il n'y a pas de réelle définition de la médecine défensive, alors que tu vois on a déjà parlé il y a 30 ans aux États-Unis.

la question aussi c'était est-ce que tu crois que c'est des non-dits ? Est-ce que c'est inconscient et on l'a fait, on la pratique quand même.

Moi, je n'ai pas eu l'impression qu'on nous en a parlé quand on était quand on était jeune. Mais toi, c'est quelque chose que tu as vécu interne.

S : Oui, et on en parle du coup dans la sphère un peu privée du secteur médical, *et caetera*. Est-ce que dans les informations *et caetera* en général on en parle, je trouve peut-être un peu moins, mais oui, c'est quelque chose qui est fait.

C : Oui c'est peut-être quelque chose qui est quand même là. En gros, notre discussion ne te choque pas.

S : Non, non, non, non, non.

C : Ok, ça marche.

S : Justement ce n'est pas très médiatisé, c'est ce que je veut dire.

Je pense que ça pourrait être plus médiatisé parce que c'est un sujet qui est quand même important, n'est pas anodin, je trouve, de faire des examens dans lesquels tu crois pas forcément ou autre. Mais par contre oui, on en parle.

J'en parlais pas du tout quand j'étais externe, parce que j'étais pas... enfin j'avais des stages dans les services, *et caetera* mais vraiment je trouve que c'est le stage aux urgences puis le fait d'avoir plus de responsabilité qui m'a amené à penser à ça.

C : Et même dans le Saspas, tu le sent aussi?

S : Oui, je fais une pratique de médecine défensive en Saspas. Euh. Je trouve plus l'avantage de pouvoir revoir le patient, et je trouve même que j'étais peut-être plus défensif en arrivant en commençant mon stage Saspas.

C : Ah oui alors que maintenant tu as l'impression que ça s'améliore un peu.

S : Oui aussi peut être parce que j'avais l'habitude d'avoir un plateau technique assez important et du coup, je voulais peut être directement faire comme ce que j'avais l'habitude de faire comme aux Urgences, alors que finalement...

C : Ah oui ça aussi tes maitres de stage t'ont appris un petit peu ça.

S : Ouais, aussi également.

C : Parce que justement, c'était aussi une question que je voulais aborder.

Toi, tu te verrais travailler sur quoi pour diminuer ta pratique de la médecine défensive ?

Non pas que ce soit une mauvaise chose en fait, mais est ce que tu penses que justement tu pourrais la diminuer un petit peu ?

S : Eh bien oui, je pense. En renforçant le lien qu'il y a entre le patient et le médecin, je pense, ça.

Et l'information, renseigner le patient sur des points sur lesquels il doit prêter attention. Et puis qui doit l'amener à consulter pour qu'il soit informé.

C : En fait, ouais, c'est pour le sécuriser au final.

S : Ouais c'est ça.

C : C'est comme tu disais tout à l'heure, c'est le lieu qui compte aussi pas mal parce que les patients aux urgences, tu les reverra pas, tu ne pourras pas les

contrôler, contrôler qu'ils aillent bien plus tard. Alors qu'une fois que tu es installé, que tu as ta patientèle, tu peux les revoir et puis tu sais où ils en sont eux. Dans certains cas tu feras plus attention, parce que tu sais qu'il faudra vraiment les cadrer. D'autres tu dis bon, euh, ils sauront sollicités si ça ne va pas.

S : Je trouve que l'accès est des fois un peu difficile.

Tu vois un patient un jour, puis à 48h voilà, tu penses du coup à la suite de ce qui va se passer *et caetera*. Mais je pense qu'il faudrait que le patient puisse avoir une continuité un peu plus importante. Et puis du coup, que le patient puisse, pas forcément revoir le médecin mais s'il y a un problème, voilà, que tu puisses intervenir rapidement et peut être que ça freinerait ou limiterait un peu la prescription d'examen inadapté ou pas forcément...

C : Oui et comme tu disais avec l'histoire des antibiotiques, comme on peut les prescrire avant le week end. Même si tu as un TDR qui est négatif par exemple, et je pense ça nous est arrivé, je pense à une angine qui est énorme et ne diminue pas, lorsque tu es à quatre jours ou presque tu lances les antibiotiques.

S : C'est ça oui, c'est vrai.

C : Donc oui, recontacter le patient, donner plus d'infos.

S : Oui oui, c'est un peu l'information. Avoir une bonne relation patient médecin, qu'il comprenne bien les choses que tu lui expliques. Quitte du coup à même les noter. Moi c'est quelque chose que je fais aussi souvent sur les ordonnances, les bases et les éléments qui doivent amener à consulter.

C : Ok, tu notes quoi toi sur les ordos.

S : Je leur explique quoi. Je sais pas, si persistance de la fièvre à 48h avec dégradation de l'état général il faut qu'il consulte. Donc je le fais minimum oralement et je l'écris d'autant plus quand j'ai des patients qui, comprennent pas forcément, ou alors qui n'a pas tout, tout intégré, je l'écris en plus.

C : Ok, ok, ok, je vois le truc, je comprends.

S : Je pense que ça peut aussi surtout résider dans le fait comme je l'ai dit si le patient peut te recontacter. Non pas forcément toi directement, mais tu connais, à Pontarlier il y a par exemple le système des post-it, *et caetera*.

Donc oui, c'est un peu dommage parce que en fin de journée, mine de rien, ça prend vite du temps, ça te prend 1 h, c'est pas forcément valorisé, mais des fois ça permet de faire le point sur une

situation puis de dire « ça, ça va pas, ça il faut qu'on bouge ».

Pour l'antibiothérapie, on peut temporiser et du coup, limiter la prescription, et limiter la prescription d'examen complémentaires.

C : Oui plutôt que de facilement claquer la biologie juste pour s'assurer d'une CRP négative et que tu sois rassuré. OK, en fait, si on résume toi dans tout ça, pour la médecine défensive, ton souci principal, c'est pas tant l'aspect médico légal dans le sens judiciaire, c'est plus de passer à côté de quelque chose pour le patient.

Tu ne feras pas la même médecine en début de semaine qu'en fin de semaine, ou alors aux urgences à l'hôpital plutôt que quand tu es en libéral ou tu peux suivre le patient.

Et puis au final tu en as conscience de cette médecine défensive. Elle est présente dans chacune de tes consultations. Elle n'est pas non plus super envahissante et que peut être que le fait d'acquérir de l'expérience et puis d'avoir eu ce côté aussi libéral te permet de voir que dans le suivi des patients, tu peux avoir un petit peu de tempo en gros pour éviter de faire des erreurs.

S : Oui, oui bon résumé.

C : Tu vois quelque chose à ajouter ?

S : Non, comme ça on est bien, c'est déjà pas mal.

C : Bien, merci beaucoup !

2. Retranscription de l'entretien 2

C : Allez, c'est parti ! Du coup, déjà, est ce que tu pourrais me dire où tu en es là, dans ton cursus ?

C : D'accord, t'as fait plein de patelins, plein de cabinets différents en fait. Tu as fait que de la médecine générale ?

J : Moi, j'ai terminé mon internat et je vais passer ma thèse. Internat fini là depuis fin novembre. De médecine générale.

J : Oui. Que de la médecine générale.

C : Ok, t'avais une licence de rempla ?

C : Du coup moi le thème de la thèse c'est de parler de la médecine défensive. Est-ce que ça te parle un peu ou pas ?

J : Oui. L'année dernière, oui, je l'ai fait vers le début d'année dernière, donc lors de ma dernière année.

J : Non, pas trop.

C : Ok, plutôt dernière année de l'internat, et t'as pas mal remplacé pendant ?

C : Non, pas trop ? Ok je vais te donner une des définitions. En gros en France, c'est pas trop défini encore.

J : J'ai essayé de remplacer sur mes repos, mais pas beaucoup.

En fait, c'est peut-être pour ça que ça te parle pas trop, mais depuis ça fait 30 ans que c'est défini aux États-Unis.

C : Et puis là depuis novembre tu bosses un peu plus ?

En fait, c'est en gros quand le médecin demande des examens ou des avis où il évite les patients ou des situations à risque pour diminuer le risque de faute professionnelle.

J : Ouais, ouais.

C : Tu bosses où ?

Ça a évolué à correspondre à l'ensemble des pratiques et des décisions médicales qui se fondait sur un désir d'éviter des poursuites judiciaires plutôt que sur une considération de la balance bénéfices risques.

J : Et bien je remplace un peu partout.

J'ai fait *ville*, j'ai fait du côté de *ville*, j'ai fait *ville*, J'ai fait *ville* du côté de *ville*, j'ai fait *ville*, *ville*, *ville*.

Ça te parle un peu ?

J : Ok, oui oui.

C : Tu penses que ça te parle plus ?

J : Oui, parce que déjà j'avais déjà lu, il me semble, une thèse qui parle de ça.
Et puis avec le truc de se dire que c'est en gros tout ce que tu ferais pour justement pas pour pas te retrouver dans une situation désagréable.

C : Ça te parle dans ta vie de tous les jours, dans ta pratique ?

J : Ça oui, ça me parle. Après, oui, oui, ça me parle.
Faut que je te trouve des exemples ?

C : Oui ou dis mois ce que tu en penses ?

J : Typiquement par exemple, la prescription d'examens complémentaires quand on pense qu'on n'a pas forcément besoin en réponse à la pression du patient.
Ou tout ce qui est à la mode de l'hiver. Les antibiotiques.

C : Ouais, ouais, ça en fait partie. C'est des trucs qui reviennent pas mal souvent. Et toi, tu trouves que c'est une pression que t'as dans ta pratique ou pas ?

J : Oui, je pense que les patients, ils nous mettent cette pression.
Après, c'est à nous aussi du coup d'expliquer le pourquoi on ne ferait pas ce que le patient voudrait qu'on fasse.

Et quelquefois, même souvent je trouve pour l'instant, les patients ils comprennent quand tu leur expliques. Là, j'ai les antibiotiques en tête, mais pour eux, explique du coup, ils comprennent qu'ils lâchent l'affaire. Ou les arrêts de travail par exemple ? Oui, ça, je crois que c'est le pire les arrêts de travail.

C : Ah ouais ? tu sais des trucs que tu ressens dans ta pratique quotidienne, que des fois il y a pas mal de demande d'arrêt ?

J : Ouais, de demande d'arrêt typiquement. Bah tu vois le patient là on sort de l'hiver. Donc un syndrome grippal t'en as pour 48h, surtout chez des jeunes, à la fin de la consultation tu te lèves puis il te dit « vous ne mettez pas d'arrêt de travail ? ». Puis j'avoue que non, je n'aurais pas forcément mis. Et tu finis par en mettre.

C : Oui donc toi tu ressens une pression de la part des patients, ça te parle plutôt de ce côté là. Tu y penses à chaque consultation ?

J : Non, je pense pas à chaque consultation. Tous les patients ne mettent pas la pression non plus. Ou alors oui, tout ce qui est ordonnance aussi.
On a l'impression qu'il faut toujours que

le patient sorte avec une ordonnance.
Et des fois en fait il n'y a pas forcément.

C : Voilà pour toi pour qu'une consultation soit réussie entre guillemets, t'as l'impression qu'on te met la pression sur l'ordonnance, si il n'y en a pas il y a un truc qui manque.

J : Oui, après ça, c'est la pression des médecins eux-mêmes je pense.
Est-ce que la vision de la médecine du médecin, c'est de faire absolument une ordonnance ?
Peut être.
En tout cas, moi ça me dérange pas qu'ils sortent sans ordonnance.

C : Oui, mais tu penses qu'il y a aussi une pression qui s'exerce vis à vis d'eux même ?

C : Oui, je pense oui.

C : Et du coup, il y a des aspects assez positifs à ça. Il y a des aspects négatifs aussi.
Je peux donner des exemples après, mais toi tu penses déjà à des choses ou pas.

J : Sur le positif rapport à quoi ?

C : Tu vois, par exemple, ils disent en gros que la médecine défensive est qualifiée de positive, par exemple, quand tu fais des examens complémentaires ou que

tu demandes des avis spécialisés, des hospitalisations et donc au final théoriquement t'as un meilleur suivi du patient, on va dire par exemple c'est faire une bio alors que tu sais qu'au fond de toi, il n'y a pas forcément besoin de la faire, mais tu vas le faire par sécurité.
toi tu te retrouves des fois un peu là-dedans ?

J : Oui, je pense que des fois on trouve aussi ce qu'on recherche, quand on cherche on trouve souvent. Du coup, après oui avec le hasard on peut découvrir certaines choses.

Oui, tu sais, les prises de sang par exemple. Typiquement, les personnes âgées par exemple, chez qui, elles paraissent plutôt pas trop mal, elles viennent pour une infection, et tu te dis non, ça va aller, puis tu fais une biologie et en fait, tu te rends compte qu'il y a de l'insuffisance rénale, ou de l'hyperkaliémie.

Oui, tu vois des trucs comme ça.

C : Ok, puis aussi des fois ce qu'on fait, ça a aussi cet aspect un peu négatif pour le patient.

Des fois tu as du surdiagnostic ou de la iatrogénie.

Et puis toi, tu te retrouves dans des situations comme ça ?

J : Un peu. Oui. J'ai une situation en tête. C'est un patient qui est tout jeune, qui est venu pour troubles de mémoire.

Donc c'est un peu vague. Très jeune, à 40 ans.

Et dans l'histoire, il y a une IRM cérébrale qui a été faite, et en fait il avait une malformation congénitale mais qui en fait n'expliquait absolument pas ses symptômes.

Et après, tu te retrouves avec ça.

C : Qu'est ce que tu en fais quoi ? Ok.

J : Oui et du coup le patient est très angoissé.

C : Stressé ?

J : Oui, oui. C'est dur de le rassurer en disant qu'il n'y a aucun rapport.

C : En fait, au final, tu vas ramer plus qu'autre chose parce que le patient va se focaliser sur quelque chose qui au final...

J : Oui, n'explique pas ce pourquoi...

C : Et toi tu as l'impression de sur prescrire des examens complémentaires ou pas ?

J : Après oui je pense, mais ça c'est peut-être au fait que j'ai manque d'expérience peut être.

C : Ah oui, tu sens que tu prescrites beaucoup d'examens ?

J : Oui, je pense que je prescrit trop d'examens complémentaires, tout ce

qui est radio et échographie.

Mais je pense que c'est par un manque d'expérience et de clinique

C : Oui c'est pour toi te rassurer au final, pour pas passer à côté d'un truc.

J : Oui, par exemple, pour se rassurer soi même.

C : Et tu en a déjà parlé des fois, par exemple avec des collègues ou des retours d'expérience, un peu ou pas ?

J : De mon âge ?

C : Oui, ou même autres.

J : Après, je trouve que oui. On a peut-être vite fait aussi d'avoir la biologie facile. Ouais, j'ai par exemple en tête les enfants.

Après moi je suis passé aux urgences pédiatriques, donc les enfants je suis plutôt à l'aise.

Mais par exemple, en discutant d'une situation avec d'autres collègues ils auraient fait RP, prise de sang, alors que du coup, moi je me dis qu'il y a pas forcément besoin, que c'est irradiant. C'est un enfant....

Mais après, est ce qu'un adulte du coup, tu réfléchis différemment, parce que peut être que tu te dis que t'as moins peur d'irradier un adulte qu'un enfant ?

C'est pour se vraiment se rassurer.

Parce que la clinique pour une infection

pulmonaire au final...

Est-ce que tu as vraiment besoin de faire une radio pulmonaire ?

Pas forcément, si cliniquement, c'est typique.

C : Et tu dis que tu es passée par les urgences.

Tu vois par exemple la personne que j'ai interviewé avant elle m'a dit aussi que c'était vachement par rapport à l'endroit où tu es.

Est-ce que toi t'as l'impression que tu pratique pas forcément la même médecine par exemple, quand tu es à l'hôpital qu'en libéral ?

J : Ben oui, complètement. Après l'hôpital la différence, c'est que t'as accès à tout ce que tu veux. Du coup, le patient il vient, il faut faire trouver un diagnostic, tu as le moyen donc tu le fais.

Après, est ce qu'il y a vraiment besoin de le faire dans l'urgence ?

Je pense pas forcément à l'hôpital.

Après, en libéral, il y a le délai qui fait que des fois on se passe de l'examen complémentaire je pense.

C : D'accord.

J : Et puis oui, après tu parles de l'endroit aussi en libéral quand t'es par exemple peut être plus en campagne profonde ?

C : Oui pourquoi pas.

J : Parce que du coup, tu fais peut-être d'autres examens aussi, puisque tu envoies moins facilement, peut être aux urgences, parce que l'hôpital est plus loin.

Et à *ville*, typiquement à une demi-heure 40 minutes pour aller à Besac, idem pour aller à Pontarlier.

Donc tu réfléchis à deux fois.

Par exemple revenez me voir dans 48h avec la prise de sang.

Peut-être qu'à Besançon, tu enverrais peut-être plus facilement aux urgences.

C : Ça c'est vrai que c'est un truc qui revient aussi.

C'est que par exemple, quand on est à l'hôpital, t'as le plateau technique, tu vas faire plus.

Tu te dis « mince il sort de l'hôpital alors que je l'avais sous la main » et que le médecin

traitant le revoit et que j'ai même pas fait une radio... Est-ce que je passe pas à côté d'un truc ou est ce que voilà... je ne rends pas forcément service entre guillemets.

C : Le fait que tu as du délais justement aussi que tu peux te permettre de revoir le patient, par exemple, quand tu es en médecine générale...

J : Oui, ça c'est un avantage de pouvoir revoir le patient.

C : Oui, est ce que ça, tu penses que ça pourrait justement limiter le truc de trop prescrire ?

J : Oui, je pense. Parce que cliniquement, enfin en médecine générale, on est quand même des cliniciens.
Je pense qu'avec la clinique ça nous rassurerait de revoir le patient plutôt qu'un examen complémentaire.

C : Oui finalement, ça t'es déjà arrivé de temporiser, par exemple une biologie en me disant « bon, bah, je le revois dans 48 h, et si ça va toujours pas, alors là je la lancerais. »

J : Ah ben oui ça arrive souvent, ça oui.

C : Ok, ok, ok. Et puis tu penses que justement, un peu dans la peur de se retrouver dans des situations à risque, tu pourrais refuser par exemple certains patients ou de faire certains actes ?

J : Alors je pense, oui, ça ne m'ai jamais arrivé parce que je suis trop jeune, je pense.

Mais après, en discutant par exemple avec des collègues typiquement ça pourrait m'arriver de refuser une prise en charge,

Du coup, oui, aussi parce que le patient a refusé une prise en charge, ou parce qu'on trouverait que le patient est trop étouffant ?

C : Euh, ouais, ou alors tu dire bon, là, sachant que ça va être un truc qui va être trop compliqué, que ce soit la pression du patient, de l'entourage, le patient est trop compliqué.

Ou par exemple refuser de faire un certificat médical ou même de, je ne sais pas, faire un acte invasif

J : Ah oui alors faire un acte invasif, typiquement oui, je refuserais parce que je préfère ne pas faire ça.

Genre typiquement là, moi je ne sais pas faire d'infiltration. Et pourtant ceux que je remplace en général en font.

Mais je ne le fais pas même si les patients disent oh ben dommage je venais exprès pour ça.

C : Oui. Tu arrives à dire non.

J : Oui parce que je sais que je vais faire plus de mal au patient.

C : Ok, ça reste une considération quand même de se dire « mince, je risque de faire d'aggraver une situation », par exemple.

J : Oui. Et puis, après une situation difficile, il y a toujours des pathologies plus difficiles que d'autres. Après, je ne pense pas que ce soit un critère pour refuser le patient, le fait qu'il ait tel pathologie ou qu'il ait des antécédents.

C : Oui, oui, effectivement, ce n'est pas parce que le mec, il a un dossier

médical lourd que tu vas, tu vas dire « je m'en occupe pas parce que c'est trop pour moi ».

J : Nan on a pas trop le droit de faire ça ahah. Après on peut toujours...

C : Mais par exemple, avec une famille trop oppressante ou un patient qui est trop...

J : Alors oui, je pense, parce que si je trouve que dans notre relation, ils viennent à chaque fois, ils m'énervent ou alors que ça se passe mal, je vais me dire dans ma tête que je les prends pas en charge comme un autre patient.

Du coup, c'est une perte de chances pour lui.

Et oui, je leur dis pas, je leur dirais honnêtement que ça sert à rien de revenir me voir.

Parce qu'il faut que notre relation soit saine, pour le patient.

Puis, si le collègue a plus de patience que moi, alors pourquoi pas ?

C : Oui... Est ce que toi t'as ta peur de te planter par exemple ?

J : Oui, oui, oui. C'est d'ailleurs pour ça que je fais des examens.

Ouais, peut être si on se veut rassurer,

C : C'est souvent toi, au cours de ta journée que tu penses à l'erreur ou pas.

J : Quand je rentre plutôt peut être ?

C : Ah oui, plutôt quand tu rentres ?

J : Quand je rentre, ça m'est déjà arrivé, genre truc bête, mais tu repense dans la voiture.

Tu repenses et tu rappelles le lendemain le patient, soit pour le revoir, soit revenir la semaine prochaine.

Après moi vu que je suis remplaçante... Le problème c'est que je n'ai pas de suivi de patient.

Mais souvent du coup, je peux les remettre au titulaire.

Donc je ne les revois pas forcément d'accord.

Mais des fois, ça m'est déjà arrivé de me dire je ne suis pas sûre, donc je préfère qu'il soit revu, peut être par le médecin et reprogrammer un rendez-vous pour qu'il valide ma prise en charge.

C : Comme ça, ça permet de pas prescrire plus, mais ça permet de faire quand même un suivi patient pour prévenir de tout ça.

J : Et puis l'erreur, forcément, on y pense quand tu vois les patients d'aujourd'hui, qui sont très exigeants, et le médecin a très peu le droit à l'erreur.

A l'erreur ou à l'ignorance on va dire. Des fois, quand il faut un diagnostic, il faut quelque chose, donc que le médecin, il faut qu'il sache tout.

Je trouve l'erreur, on y pense parce

qu'ils sont exigeants les patients, très exigeants et que c'est facilement aujourd'hui le « je vais porter plainte » alors que je trouve qu'il n'y a pas eu d'erreur.

Il n'y a pas eu de mise en danger du patient mais moi, je trouve les patients exigeants.

C : Oui, c'est quelque chose qui ressort assez.

La pression, la pression patient, la pression entourage. Et puis, peu obligation de moyens

Puis oui, il faut un diagnostic, il faut poser quelque chose alors que des fois on sait pas forcément ce qu'il y a mais on sait tout ce que ce n'est pas.

J : Oui, oui, mais ça, le patient il ne veut pas entendre

C : Tu penses que ça peut avoir un impact justement sur la relation patient médecin ?

J : Ah bah oui, je pense. Parce que pour être remplaçante, j'ai déjà vu des exemples. Je vois les patients du titulaire et c'est souvent des fois qu'ils critiquent le médecin, « ah ben il est passé à côté de ça, et à côté de ça. »

Et du coup, je me demande « est ce qu'ils disent pareil en fait de moi, quand je les ai en consultation ? ». Et en même temps, quand on regarde objectivement de façon extérieure. Du

coup, la prise en charge que le médecin a fait, oui c'était pas choquant du tout.

C : Ça te paraissait cohérent ?

J : Oui.

C : Et puis du coup, toi, tu devrais travailler sur quoi par exemple pour diminuer un peu cette pratique de médecine défensive ?

J : Je pense qu'il faut qu'on continue à se former. Il faut absolument qu'on fasse des formations, qu'on se mette à jour sur les nouvelles recommandations. Oui, se mettre à jour typiquement, enfin pour moi, qu'on se forme, qu'on ai plus de connaissances, qu'on soit des meilleurs cliniciens.

Donc tout ça, c'est de l'expérience aussi.

Du coup, la clinique, c'est l'expérience, plus les connaissances, les formations je pense.

C : Ok, c'est ce que tu disais tout à l'heure c'est qu'avec l'expérience, une fois que tu seras plus sûre de toi, eh bien peut être que tu pourras diminuer ta peur

J : Oui, oui, ça va diminuer. Après, je ne suis pas sûr, on verra, on en parlera dans vingt ans.

C : Ahah bien sûr, je te le souhaite en tout cas.

Au final, quand on commence la

conversation, là, ça ne t'aiguillait pas forcément.

Il n'y a pas de définition vraiment dans le dictionnaire médical français, ça existe pas du tout ce truc là.

Puis je t'en donne une définition, et immédiatement, tu te dis « je connais quand même

des situations où je me retrouve là dedans »

J : Oui, complètement. Après je pense tous les médecins.

C : Ouais. Est ce que t'as l'impression ou est-ce que tu as déjà connu, par exemple, des gens qui sont aux antipodes de toi ?

Tu vois, genre qui ne sont pas du tout comme toi, qui sont un peu « oh ben on verra. »

J : Euh bah oui, il y a souvent des médecins un peu plus laxistes.

Oui fois tu dis qu'il est chaud de faire comme ça, mais...

C : C'était pas dans le but de dénoncer forcément.

Mais ça m'est déjà arrivé de me dire « j'aurais pas du tout fait comme ça.

J : Oui oui. Après, typiquement les vieux médecins, je trouve qu'on n'est pas sur la même page. Les vieux vieux, après je cite encore les antibio parce que je suis très infectio, genre la prise en charge, les antibiotiques. Je

trouve que les vieux médecins ils sont complètement pas à jour.

Après ça ne met pas en jeu forcément le pronostic du patient qu'il soit traité ou pas par antibiotique, mais c'est juste je trouve qu'on est pas sur la même longueur d'onde

C : Tu penses qu'il y a aussi un écart générationnel dans cette approche, là, de la médecine défensive aussi ?

J : Je pense. C'est que je dis, du coup, toute la patientèle est de plus en plus exigeante et qu'avant, ils avaient beaucoup plus confiance en leur médecin je trouve.

Donc là aujourd'hui. il faut qu'on fasse attention à tout ce qu'on fait parce qu'ils sont assez sur leurs gardes les patients, et encore plus quand tu es remplaçant.

Et qu'avant c'était le médecin de famille, c'était le médecin en qui on avait confiance et tu faisais et tu écoutais tout ce qu'il disait.

Oui, peut être un changement de génération. Les patients changent peut-être, je pense.

C : Tu vois, le concept de la médecine paternaliste on en est sorti, on nous a pas du tout appris ça dans nos dans nos cours, on a vraiment recentré le patient au centre de la prise en charge et du coup, ça a dégagé quand même une certaine forme de pression aussi.

C'était bien parce qu'au final, c'est plus le médecin qui est décisionnaire, totalement du truc, mais au final, ça en a dégagé que le patient met plus la pression.

J : Oui, c'est vrai, c'est vrai

C : Tu vois, parce qu'ils disaient à la toute base, que c'était pas du tout au médecin de prouver qu'il s'était pas planté.

Et à partir de 2002, c'est la loi Kouchner qui est venue renforcer le droit des patients et en fait la notion juridique de droit des malades.

En gros ils disaient que c'est au médecin de prouver qu'il ne s'est pas planté. En fait.

J : Ah bah oui, je suis d'accord.

C : Oui, tu vois, ça, c'est ce que tu ressens toi.

J : Oui totalement.

C : Au final on part d'un truc de loi qui a quand même impacté vachement la situation qu'on vit au quotidien.

J : Oui, je suis d'accord, oui je trouve.

C : Ok bon, si on peut résumer un petit peu du coup, pour toi la médecine défensive aussi, ça permet de te prémunir aussi un peu de la pression. Celle que tu ressens le plus c'est celle exercée par le patient parce que tu dis

que maintenant « on a besoin de faire un diagnostic » ou alors « il y a besoin de faire une ordonnance » ou alors des fois tu subis la pression par rapport aux arrêts de travail.

Et puis après ce qui pourrait permettre de diminuer un peu le truc, ce serait peut être justement de se former, d'acquérir plus de connaissances pour peut être prescrire moins de trucs qui te paraissent un peu moins nécessaires.

J : Être plus sûrs de soi, je pense, oui. Je pense que si on arrive à gagner en confiance, si on arrive à gagner en clinique, on est plus sûr de soi même.

En gros, ça pourrait permettre, je pense devant la justice, d'avoir des arguments en disant non, j'explique pourquoi j'ai fait ça, alors que si tu ne sais pas exactement si tu te perds, et bien c'est une faille.

Le patient, il peut voir que t'es pas sûr de toi.

C : Oui, oui, effectivement, c'est possible. Tu veux dire que si tu es, on va dire, plus solide sur tes appuis ça te donne une constance.

J : Oui, et puis la confiance avec le patient. Je pense qu'il adhère plus à ta prescription ou à ta non-prescription, quand tu lui dis non.

Quand tu lui dis : « non, je suis sûr que

ce n'est pas bon pour vous, pas bon pour la prise en charge. »

C : Oui et puis il faut quand même avoir ce bagage aussi au fond pour paraître rassuré et puis même être rassuré en fait.

J : Oui, je pense. Oui, oui.

C : Ok ok, quelque chose de plus à ajouter ?

J : Non c'est tout bon !

C : Merci beaucoup en tout cas.

3. Retranscription de l'entretien 3

C : Alors c'est parti, du coup est ce que tu peux me dire où tu en es dans tes études de médecine ?

A : Je suis en sixième semestre en médecine X à l'hôpital de *ville*.

C : OK et tu as déjà fait ton Saspas ?

A : Oui le semestre d'avant.

C : Ok, C'était où ?

A : J'en avais un à *ville*, un à *ville*, un à *ville*, et un à *ville*.

C : Et ça s'est bien passé ?

A : Oui.

C : D'accord. Aujourd'hui, je voulais t'interroger, pour ma thèse, qui en fait, s'intéresse un peu à la gestion de la peur de l'erreur médicale part par les médecins.

Quand je te parle d'erreurs médicales, toi ça t'évoque quoi comme ça ?

A : Euh plutôt plutôt faire une faute, louper un diagnostic. Après ça dépend il y a des erreurs moins graves que d'autres et d'autres quand même plus compliquées ou c'est plus grave, avec un incident...

C : Oui où il y a une conséquence pour le patient.

A : Ouais...

C : Avec des conséquences un peu plus, un peu plus importantes quoi.

A : Oui

C : Et puis toi, l'erreur, tu y penses dans ta pratique de tous les jours ?

A : Oui ! Et oui même quand on a l'impression d'être un peu plus à l'aise, après, en fait, on se rend compte qu'on fait toujours des erreurs.

Donc oui, j'ai fait une erreur qui aurait pu être dangereuse si mon maître de stage en Saspas m'avait pas rattrapé donc...

C : D'accord.

A : Donc oui, j'y pense.

C : Ouais, tu y penses quand même... Il s'était passé quoi à peu près ?

A : En fait, c'était une dame, qui avait un antécédent d'allergie à une statine il y a longtemps, et en fait moi j'ai vu des triglycérides haut sur une bio, donc j'ai voulu bien faire.

J'ai remis une statine, mais je n'ai pas vu cet antécédent là dans le dossier. Donc elle a fait une réaction avec neutropénie, cytolyse au taquet, donc vraiment catastrophique.

Et le pire c'est qu'elle est revenue en consultation pas longtemps après l'introduction du traitement pour un prurit et comme elle avait la peau hyper sèche ben ça m'a pas...

C : Ça t'a pas alerté ?

A : Non. Alors que ça aurait dû... C'est là qu'on s'est rendu compte que j'avais mis la statine, qu'il ne fallait pas, et que ça a été rattrapé.

C : Et toi, ça t'a fait ressentir quoi à peu près tout ça ?

A : Ben sur le moment, je me suis senti quand même un peu nul.

Ouais... c'est quelque chose que j'aurais pu éviter, si j'avais fait mieux attention

Ça aurait pu être évité. Donc je m'en voulais quand même.

Après, ce qui m'a rassurée, c'est qu'il y avait pas eu de conséquences, enfin, ça a été rattrapé, mais aussi parce qu'il y avait quelqu'un au-dessus de moi pour pouvoir le rattraper.

C : Oui. Effectivement. Donc c'est vrai quand même qu'en Saspas il y a la sécurité du senior. C'est utile ça.

A : Oui, oui, complètement.

C : Oui, ça fait le filet de sécurité un petit peu. Et toi du coup, dans ta gestion de

la peur de, il y a des trucs que tu fais où pas ?

A : Ben j'essaye quand même d'être vraiment systématique, les antécédents, les allergies...

Et je suis plus vigilante qu'avant.

Après je sais que ça arrivera toujours, on est jamais 100 % parfait.

C : Bien sûr. Et puis du coup, ouais, tu dis quand même que les seniors ça aide pas mal dans le Saspas en tout cas.

A : Oui.

C : Et puis ils t'en parlent un peu de la gestion de l'erreur les seniors ou pas ?

A : Ben... Non pas plus que ça.

C : Non, c'est pas un sujet qui est vraiment évoqué quoi.

A : Non.

C : Parce que le sujet de ma thèse c'est la médecine défensive, est ce que c'est un terme que t'as déjà entendu ?

A : Pas plus que ça.

C : Et puis ça t'évoque quelque chose ou pas si je te parle de médecine défensive ?

A : Ben plutôt dans le sens juridique ? Les personnes qui portent plainte et tout ça.

C : Ça peut.

A : Là, du coup, ça m'évoque ça, par rapport à l'erreur et tout ça.

C : Ouais, ben en fait, ils disent que la médecine défensive, c'est la déviation de la pratique médicale standard en conséquences à diverses sources de pression en fait.

A : Ok.

C : Donc là, le judiciaire, ça peut en être une. Il en existe bien d'autres.
Et quand on parle de médecine défensive, toi t'as l'impression de devoir te défendre dans certaines situations ou pas ?

A : Ben je sais qu'il faut blinder les dossiers par exemple.

Il faut toujours tout noter, tout ce qu'on fait, enfin on nous le rabâche, ça par contre.

On nous rabâche, beaucoup, qu'il faut vraiment noter dès qu'un patient refuse quelque chose.

Il faut le noter. Ouais, c'est quand même pas mal rapporté ça, pour se protéger justement.

C : Ouais, pour se protéger quelque part. C'est vrai que ça se faisait pas forcément avant dans la médecine, mais nous on nous l'a appris peut être pendant nos études.

A : Oui.

C : Oui qu'il fallait blinder les dossiers.

A : Oui.

C : En France, c'est pas très bien étiqueté. Souvent, quand j'ai fait des entretiens, ça évoque pas grand chose aux gens en fait.

A : Oui c'est vrai.

C : Par contre, aux Etats-Unis, ça fait 30 ans que ça existe.

Ils disent que la médecine défensive, en gros, c'est quand les médecins demandent des examens ou des avis, ou qu'ils évitent les patients à haut risque ou les opérations à haut risque pour diminuer le risque de faute de faute professionnelle.

A : Ah oui je vois.

C : En gros, ils disent que ça a lentement évolué vers la pratique et vers l'ensemble des pratiques et des décisions médicales qui sont fondées sur un désir d'éviter des poursuites judiciaires plutôt que sur une considération de la balance bénéfice risque.

Toi, t'as déjà connu des situations un peu comme ça où pas ?

A : Euh non comme ça... Ça me parle pas...

C : Ok, tu te souviens pas avoir été dans une situation, qui était un petit peu critique de ce côté là.

A : Non pas que je me souviennes.

C : Et puis tes prats, ils t'en ont parlé de ça ou pas ? Tu les as vu faire des choses ou pas ?

A : Non. Non, pas plus que ça. Juste bien blinder son dossier.

C : Ouais, juste bien blinder son dossier. Ok.

Tu vois ils disent que sur cette médecine défensive, en fait, il y avait des aspects positifs.

Tu peux en trouver toi des aspects positifs comme ça ?

En gros de blinder les dossiers ou encore de pas mal prescrire d'examens complémentaires tout ça.

A : En positif, ça permet de se couvrir quand même, parce qu'après c'est la parole du patient contre la notre
Donc oui, si ça permet de se protéger.

C : Oui. Ils disent aussi, par exemple, que si tu fais pas mal d'examens complémentaires, tu auras un meilleur suivi des patient, ou tu peux être plus rigoureux peut-être dans certains examen clinique.

A : Oui c'est vrai.

C : Par contre ça peut aussi avoir des conséquences négatives. Je sais pas si t'en vois comme ça.

A : Faire trop et découvrir des trucs. Ouais, trouver des trucs que l'on aurait pas forcément besoin de trouver.

Pareil chez certaines personnes, chez qui on va aller découvrir un truc, et une fois qu'ils le savent, ils vont faire une fixation dessus, alors qu'en fait c'est rien.

C'est surtout ça que je verrais être négatif après.

Faire trop pour rien. Hum.

C : Ouais, et puis c'est déjà un bon truc effectivement.

Et puis après il y a un peu de iatrogénie aussi, des fois quand tu fais trop d'examens et tout ça.

A : Oui.

C : Et puis ils disent aussi que c'est ça revient en réponse à différentes sources de pression

Est-ce que toi, dans notre boulot, tu identifies des sources de pression ?

A : Bah oui mais après... Si ça peut arriver par exemple, auprès des séniors.

Quand on seniorise on a pas forcément envie de faire, et puis si quelqu'un me dit au-dessus « bah si tu fais ça ». Ben..

C : Oui des fois tu trouves qu'il y a des discordances en fait, entre ce qu'on te propose comme prise en charge et ce que tu voudrais faire.

A : Oui des fois on a envie de faire moins.

C : Et puis des fois les seniors, tu as l'impression qu'ils ont envie de faire plus pour pouvoir se protéger.

Il y a une différence de pratique quand même en fonction de la génération aussi.

Par exemple, toi tu y penses des fois la peur des poursuites judiciaires ou pas.

A : J'y ai déjà pensé, mais ce n'est pas quelque chose qui me... ça ne m'envahit pas plus que ça.

C : Ok, et puis des fois il y en a qui disent qu'on subit une pression aussi de la part du patient et de son entourage.

A : Ben oui, ça arrive aussi.

Ouais, ils ont envie de faire plein de choses.

Alors quand on trouve qu'il y a pas forcément de nécessité, des fois c'est difficile de les raisonner. « Pourquoi vous ne me faites pas ça, et ça ? »

C : Bien sûr.

A : Oui ça arrive quand même.

C : Et toi par contre, dans ton boulot, dans la vie de tous les jours, tu te mets pas trop la pression à toi toute seule, quand

t'étais en Saspas ou alors quand tu es en rempla ?

A : En rempla si, bien plus qu'en Saspas, parce qu'il y a plus personne au-dessus de nous.

Si, si, je me pose plus de questions.

C : Ok, parce que là, au final, le Saspas c'est un peu le tremplin vers ta future vie professionnelle.

Tu sens qu'il y a une différence qui va se jouer ?

A : Entre le Saspas et le rempla ?

C : Ouais.

A : Oui, c'est quand même pas les mêmes enjeux.

En Saspas il y a ce côté sécurité où on se dit au pire si je sais pas, je demande.

Alors qu'en remplacement... Après y a toujours des personnes qui peuvent nous renseigner si on a besoin. Mais on a plus trop quelqu'un au-dessus de nous

C : Ouais c'est un peu ça, on est un peu sans filet quoi

Et tu penses que ça, ça va jouer sur ta pratique médicale ?

A : Peut-être au début parce qu'avec le manque d'assurance... peut être aussi le manque d'expérience....

Après, avec l'expérience aussi on peut se dire « ça va aller ».

- Mais ça peut faire aussi faire des erreurs médicales derrière parce qu'on devient trop confiants.
- C** : C'est un équilibre à jouer en permanence.
- A** : C'est ça.
- C** : Mais toi tu dis que tu as peur de l'erreur tu l'as pas trop non plus en permanence.
- A** : Non, pas en permanence.
Après le coup où j'avais fait une erreur, oui, c'est vrai que j'ai eu du mal à reprendre confiance, mais maintenant ça va.
- C** : Ok, c'est quoi qui a fait que tu as repris confiance ?
- A** : Ben de reprendre le boulot et de tout façon il faut continuer quoi.
Ouais je sais pas... Ça m'a rendu plus attentive.
- C** : Ouais. Tu t'es posé quoi comme question, par exemple quand tu avais fait ton erreur ?
- A** : Ah ben le truc classique, si j'étais faite pour faire médecine.
- C** : C'est vrai ? Tu t'es posé la question ?
- A** : Ben oui, parce que c'est vrai que c'est quand même un métier où il peut y avoir des grosses conséquences sur les patients.
- A** : C'est pas juste je vais ramasser les poubelles.
Ouais ça a un impact quand même sur la vie des gens.
- C** : Bien. Sûr.
- A** : Donc oui, je me suis posé la question. Mais après c'est vrai que les consultations, de voir que ça se passe bien et d'aimer ça, ça fait reprendre confiance.
- C** : Ouais, t'as réussi à te rassurer toute seule en fait, au fur et à mesure de reprendre des consultations, de se dire « bon, il y'a plein de consultations qui se passe bien, ça devrait rouler ».
Tu n'as rien fait de particulier on va dire par exemple ?
- A** : J'en ai discuté avec mon maître de stage, elle avait bien vu quand même que ça m'avait impacté et elle m'a rassuré.
- C** : Ok
- A** : Et c'est passé nickel.
- C** : Mais du coup toi tu dis que t'es pas envahi en tout cas par la pression comme d'autres peuvent être.
- A** : Non, non

C : T'as l'impression de prescrire beaucoup d'examens complémentaires toi ?

A : Non ça va.

C : Ça va, tu penses être dans l'équilibre ?

A : Ça dépend. Ça dépend peut-être des jours aussi. Des fois, je me sens un peu moins...

Je sais pas... Non, je trouve que ça va. J'aime pas trop prescrire, mais s'il faut, je le fais.

C : Oui t'essayes d'être juste quoi.

A : Oui j'essaye.

C : Ok, c'est déjà bien.

Mais donc quand même toi tu dis qu'au début de ta carrière médicale tu vas garder un peu en tête que tu es sans filet au final.

A : Oui, oui.

C : Ok, et tu penses que tu pourrais refuser certains patients parce qu'ils sont trop compliqués.

A : J'avoue que je me suis déjà posé la question.

Parce que ça arrive en médecine (à l'hôpital), ils voient tellement de patients qu'ils sélectionnent facilement. Après c'est délicat parce qu'en général c'est des patients qui ont besoin d'un médecin...

Mais franchement je ne sais pas.

C : Oui t'as pas été confronté au fait de toute façon, pour le moment.

A : Ben oui et non.

Parce qu'on les entend dire (les PH) « qu'est-ce qu'il a comme antécédents, ah bah oui c'est compliqué ». Après je ne sais pas ce qui se passe derrière, si ils les suivent ou pas.

Moi personnellement je sais pas, je ne pense pas, parce que je pense que j'aurais aussi ce côté où je me dis « bon ben il faut bien qu'il ait un médecin »

Mais tant qu'on n'y est pas confronté, je pense que c'est difficile, c'est dur de se projeter quoi.

C : Ok. Il y en a plein qui me parlaient de leurs peurs, il y en a qui disaient « je subis vachement la pression du patient ». Toi tu vas réussir à dire non par exemple ?

A : Oui ça m'arrive oui.

C : Et c'est pas trop difficile ?

A : C'est dur quand même. Oui c'est dur. Mais après, quand la limite est vraiment posée, c'est plus simple.

Chez des personnes qui abusent franchement, c'est plus simple.

Mais si c'est toujours difficile de dire non à quelqu'un.

C : Parce que tu as peur de quoi en disant non ?

A : Bah déjà de blesser la personne, et de perdre, surtout chez le médecin traitant, ben de perdre le côté lien, la confiance etc.

C : Parce qu'au final, la confiance ça c'est important en médecine, en médecine générale.

A : Ben oui complètement.

C : C'est un peu la base de la relation. Parce que justement disait voilà, la médecine défensive, c'était des trucs qui revenaient par rapport à diverses sources de pression.

T'avais certes le côté judiciaire, t'as la pression du patient, la pression de l'entourage du patient.

Et puis en fait, il y a aussi la pression qu'on se met nous même.

A : Oui je comprends.

C : Le truc qui pourrait aider quand même que tu dis toi, c'est d'acquérir de l'expérience.

A : Ouais.

C : Oui en se formant tout ça.

A : Oui. Puis avec les années aussi, force d'en voir et d'en voir.

Mais oui, les formations aussi. Hum.

C : Et par exemple, il y a pas mal de personnes qui se réfugient derrière les recommandations.

Tu trouves que c'est un bon rempart ça justement pour se prémunir de l'erreur ?

A : Oui quand même, parce qu'au moins on peut dire « c'est comme ça qu'il fallait faire » et « j'ai fait comme ça ».

C : Ouais, je peux prouver en tenant bien mes dossiers, tout ça.

A : Oui qu'il fallait faire comme ça.

C : Et donc du coup, les différentes sources de pression, tu penses que ça aura quand même des conséquences sur ta pratique future ou pas.

A : Ben oui, quand même. Parce que ça se dit toujours que les gens sont toujours plus procéduriers.

Et puis de plus en plus râleur aussi. Enfin... Et oui, il y a quand même une pression, oui il faut qu'on fasse les choses, je sais pas comment dire, je trouve pas le mot comme ça...

C : Ils sont exigeants les gens.

A : Oui voilà, ils sont exigeants.

Après ça dépend aussi en ville et à la campagne, je trouve que c'est différent aussi.

En ville ils sont hyper exigeants parce que c'est plus facile d'avoir, enfin, ils ont les choses sur place quoi.

Donc il y a plus de pression, là, à faire les choses.

C : Tu l'as sens la différence entre la ville et puis la campagne.

A : Oh oui.

C : Ça se passe comment à la campagne ?

A : C'est plus serein. C'est plus il y a trois modes de délais, bon bah oui, ben c'est comme ça quoi.

Alors qu'en ville, et qu'on dit il y a trois semaines de délai, non, c'est trop long.

Ouais, eh bien c'est pas du tout la même exigence.

Et les patients ils sont vachement exigeants quoi.

C : Oui, c'est un truc que je ressens un peu aussi quoi.

Ok. Et donc tu la vois comment toi ta pratique médicale future ?

A : A la Campagne, évidemment.

C : Et tu te vois être toute seule ou en cabinet.

A : En fait, j'ai déjà une maison de santé, c'est un projet en cours

C : Ah d'accord, très bien.

A : Avec plusieurs médecins, plusieurs paramédicaux.

C : Donc ouais et puis après peut être que bosser en équipe, ça permet aussi de faire des retours d'expérience.

A : Oui si on sait pas on sait qu'on peut demander à coté et là c'est quand même plus rassurant.

C : Oui, c'est plus rassurant de pouvoir demander de l'aide à un collègue si on a des doutes, parce que on en a quand même souvent des doutes au final.

A : Oui c'est jamais tout blanc ou tout noir.

C : Non, c'est clair, c'est clair.
Eh bien en tout cas merci beaucoup.

A : Merci à toi c'était intéressant.

4. Retranscription de l'entretien 4

C : Alors du coup, est ce que tu peux me dire là où tu en es dans tes études ?

L : Alors du coup, je suis en dernier semestre de médecine générale, en 6e semestre donc, en stage en médecine à *ville*.

C : Ok, et tu as déjà fait ton Saspas.

L : Oui au dernier semestre.

C : C'était où ?

L : C'était en *région*.

C : Ok, ok, c'était une maison médicale ?

L : Non, il y avait une maison médicale et puis trois cabinets.

C : Ok, et ça s'est bien passé ?

L : Oui, ça s'est bien passé.

C : Ok, ça t'a donné envie de faire de la médecine générale ?

L : Oh ben oui, à fond.

C : Ok, ok. Moi là, aujourd'hui, je voudrais qu'on discute un peu de l'erreur médicale.

Quand je te parle d'erreur médicale, ça te fait penser à quelque chose ? T'y penses, toi, à l'erreur ?

L : Ah oui, j'y pense tout le temps. Je pense que ça va vite.

Ouais, ouais, je suis un peu obsessionnel de l'erreur moi. J'aime bien vérifier tout le temps.

C : Ok.

L : Et revérifier.

C : Ok. Pourquoi ? Tu sais d'où ça vient ?

L : De vérifier tout le temps ? Parce que j'ai été confronté dans des services à des erreurs d'autres personnes, que je récupère après. Soit des urgences, ou un oubli, ou quoi.

Et j'ai pu voir que ça pouvait avoir des conséquences très graves.

Donc j'ai pas du tout envie que ça m'arrive.

C : Ok, oui, tu as peur, tu anticipes le fait que ça puisse t'arriver à toi.

L : Oui.

C : Ok. Et t'y penses tout le temps du coup ?

L : Ben à chaque fois que je prends en charge un patient, tout le temps, il y a au moins une fois dans la prise en charge où je vérifie tout plusieurs fois.

C : Ok, je suis un peu pareil, je comprends.
Et comment tu la gère toi ta peur de l'erreur ?

L : Euh. Je le gère en essayant de cadrer au maximum et en vérifiant, comme ça j'ai l'impression de faire tout mon possible pour pas que ça arrive.
Après je pense pas que je la gère très bien.

C : C'est vrai ?

L : Elle est toujours un peu là la peur de l'erreur.

C : Oui elle est quand même un peu tout le temps présente. Elle peut parfois être envahissante et parfois non ?

L : Après je crois pas qu'elle soit paralysante non plus, ou qu'il y ait des moments où j'arrive plus à faire ce que je dois faire à cause de cette peur.
Mais elle est quand même toujours présente, Je pense plutôt positivement.

C : Ok, c'est plutôt un moteur on va dire positif, ça permet à de te rassurer, de te blinder.

L : Oui je pense. Oui, sauf...

Oui, si, je repense juste à une situation où des anticoagulants n'ont pas été reconduits sur une FA. En fait il ont pas été prescrits pour une hospitalisation et la patiente était restée longtemps sur son brancard aux urgences. Du coup quand elle est arrivée dans le service

elle a fait un AVC.

Et du coup maintenant quand je vois une entrée qui n'a pas eu de traitement anticoagulant je suis hyper stressée. Je vérifie 15 000 fois.

C : Ok. Et toi tu n'as jamais vécu d'erreur, en tant que telle.

L : Je réfléchis. Des petites erreurs si mais pas des erreurs qui ont eu des conséquences graves.

C : Ok, mais quand même quelques petites erreurs.

Est-ce que toi tu identifies des sources de pression qu'on a dans notre de notre métier ?

L : Des sources de pression par rapport aux erreurs ?

C : Par rapport à tout, en général.

L : Dans le système qui pourraient conduire à faire une erreur ?

C : Même pas, même en général. En fait, je trouve que nous on a un métier très récent en fait.

L : Oui c'est clair.

C : Oui, et de ce stress naît un peu cette peur de l'erreur.

Mais à la genèse de tout ça, à la genèse de la peur de l'erreur. Je trouve que nous on a pas mal de sources de pression en fait dans notre

travail.

Toi tu en identifie comme ça, sinon je te donnerai des exemples.

L : Ben après je trouve ça un peu stressant parfois ton équipe, parce que bon, on peut pas vérifier tout ce que les autres font tout le temps.

Donc ça je trouve que ça peut être un peu stressant.

Parfois on est fatigué et ça, moi ça me stresse beaucoup.

Quand je suis fatigué, je me dis je vais me planter quelque part, c'est sûr.

C : Tu appréhendes ?

L : Oui encore plus.

Et puis il y a aussi la pression des patients, je trouve.

Des fois, quand ils sont douloureux, on a envie de les soulager tout de suite. Sauf que là, peut-être qu'on va pas voir qu'il est épileptique avant de donner de l'acupan ou quoi.

C : C'est très intriqué dans notre métier, il y a plein de trucs qui se confondent et qui rendent la chose compliquée.

Parce que le thème aussi de ma thèse, c'est la médecine défensive.

Est-ce que c'est quelque chose dont tu as déjà entendu parler ?

L : Par rapport à se blinder par rapport à la loi ou quoi ?

C : Ça peut, mais il n'y a pas que ça. Effectivement, c'est la première chose quand on en discute qui revient. Mais oui, il n'y a pas que ça.

Mais toi, tu avais déjà entendu ce mot ou pas ?

L : Non, non.

C : Et pis si je te dis ça, tu penses à quoi par exemple ?

Donc oui tu penses par rapport à la loi, mais est-ce qu'il y a d'autres trucs qui viennent en tête, des trucs sur lequel on aurait justement à se défendre ?

L : Peut-être faire trop d'examens parfois, pour être sûr d'avoir éliminé des diagnostics alors que cliniquement on a pas forcément de point d'appel. Je pense qu'aux urgences ça va vite de faire ça quand on est en garde. Hum.

C : Oui cette sur-prescription c'est vrai que ça en fait partie

Parfois on prescrit alors qu'on a pas forcément besoin, mais c'est pour se blinder un petit peu, pour se rassurer.

L : Oui totalement.

C : En France ça n'a pas de définition. Alors que quand tu lis les thèses sur l'erreur médicale c'est un truc, un concept, qui a ressurgi un peu mais qui n'est pas défini en France, mais qui était bien défini aux Etats-Unis avant.

L : D'accord.

C : Ils disent que c'est surtout quand le médecin demande des examens, des avis, qu'il évite les patients, ou les opérations à haut risque pour diminuer le risque de faute professionnelle.

L : Ok, tu vois.

C : Et puis en gros, c'est fondé sur un désir en fait d'éviter des poursuites plutôt que sur la balance bénéfice risque du patient.
Ça te parle un peu ça ?

L : Oui,

C : Et ce genre de truc, t'en penses quoi ?

L : Je pense que effectivement si c'est ça la médecine défensive alors ça va vite de tomber dedans.

C : Et comment ça se fait ça ?

L : On a peur je pense.

C : Peur de se planter ?

L : Peur de se planter, peur des poursuites.
Je sais pas lequel prends le plus de place, peut-être de peur de se planter quand même.

C : Oui tu y penses. Et tu penses aussi à la poursuite judiciaire.

L : Un petit peu. Mais disons que quand je suis confronté à une situation d'erreur

autour de moi, je pense plus aux patients qu'à la poursuite judiciaire.

C : Ouais, pour toi c'est vraiment patient qui est au centre de ta réflexion ?

L : Oui, je crois que c'est ça qui me stresse le plus. Le patient, la famille.
Après la poursuite judiciaire, je crois qu'on va tous en avoir une dont je me fais à l'idée.

C : Oui tu te fais à l'idée.
C'est vrai qu'il y a cette histoire de sur-prescription qui des fois ça peut avoir un aspect positif.

L : Oui.

C : Tu vois de screener les patients. Mais ça peut aussi avoir des côtés négatifs.
Tu en vois toi ?

L : De screener les patients ?

C : Plutôt de faire trop d'examens complémentaires.

L : Ben après ça coûte cher. On peut tomber sur des choses bénignes, stresser les gens pour rien. Alors qu'ils ont pas de symptômes.
Après, en aspects négatifs, si on fait plein de scanners, on va les irradier pour rien.

C : Oui c'est vrai que tu as de la iatrogénie

L : Au final si on fait une colo pour rien, et qu'il y a une perforation...

C : Ouais, c'est ça. Toi t'as commencé à faire des remplacements ?

L : Non, non, que le Saspas pour l'instant

C : Tu trouves qu'on nous en parle un peu de cette gestion de peur de l'erreur nous pendant nos études ou pas ?

L : Alors j'ai participé à un séminaire sur la gestion de la peur de l'erreur, surtout sur la notion d'erreur, et c'était intéressant. Je suis content de l'avoir eu. Parce qu'avant je pense qu'il y avait effectivement des petites choses qui pouvaient me paralyser parfois.

Et juste de dire « bon bah finalement tout le monde fait des erreurs », de sur on va en faire.

C : Ça permet un peu de banaliser la chose.

L : Ça dédramatise un peu oui.

C : Parce que c'est vrai que t'as l'impression des fois que c'est un peu caché cette peur de l'erreur. On nous en parle pas. Enfin sauf au séminaire. Tu l'as fait quand toi ?

L : Je l'ai fait l'année dernière, enfin il y a six mois.

C : Donc ouais. Donc quand tu étais dans ta huitième année de médecine quoi.

L : J'aurais bien aimé la voir avant mes urgences; par exemple.

C : D'accord, parce que c'était des moments qui étaient plus stressants ?

L : C'est plus stressant. Déjà, on voit beaucoup de patients.

J'étais à l'hôpital de T pour les urgences. Du coup on a eu un flux qui était énorme.

On voyait beaucoup de patients tout le temps, et je pense que des fois on était automatique, on prescrivait beaucoup et c'est seulement dans d'autres stages que je me suis rendu compte que oui, les erreurs, ça allait vite.

Et je pense que d'avoir eu le séminaire, enfin si je l'avais eu avant il y aurait peut-être des choses que j'aurais plus fait attendre, ou j'aurais été plus attentive.

C : Que tu aurais mieux affronté peut-être aussi psychologiquement. Parce que ça a des conséquences au final sur notre psychologie.

L : Oui ça c'est sur

C : Et toi oui, tu dis quand même que c'est omniprésent, mais pas non plus paralysant hein.

L : Ouais.

C : Ça t'arrive d'y repenser des fois le soir ?

L : Oh ben oui ! Ouais j'ai déjà rappelé dans le service, en disant « j'ai bien demandé ça ? », « j'ai bien mis l'anticoagulation ? » etc...

C : Ok.

L : Oui, ça oui. De moins en moins, mais ça arrive oui.

C : Ok, et puis en Saspas ça s'est bien passé cette gestion de de peur ?

L : Au début c'était difficile parce que je trouve parce qu'en Saspas les gens ils rentrent chez eux.

C'est plus du tout comme en hospitalisation.

Et à l'hôpital, on est habitué à blinder les dossiers, s'occuper de tout avant que les gens rentrent chez eux pour que ce soit presque parfait quand ils arrivent à la maison.

Alors que dans son cabinet on s'occupe d'un problème ou d'un autre.

Et puis les gens rentrent chez eux.

Du coup après c'est...

C : Il y a moins de cadre sécuritaire que par rapport à l'hosto.

L : Un peu oui.

C : Il y a une différence entre pratique de médecine de ville et puis médecine à l'hosto.

L : Donc oui c'est pas facile, mais par contre on peut rappeler les gens et ça, une fois qu'on l'a en tête, ça va mieux.

C : Ok, et toi t'as vu toi des dans ton Saspas des praticiens justement qui étaient très à se défendre ?

L : Non, pas trop. Là où j'étais c'était vraiment de la médecine de campagne où c'était bien.

On aide les gens quoi, les hôpitaux, ils sont pas tout près.

C : Oui on reste clinique.

L : On restait vraiment clinique. et puis c'était pas du tout dans la culture, les plaintes, etc.

C'était pas dans la culture des gens qui étaient là-bas.

C : D'accord, c'est ce qui ce qui offre un cadre peut être plus rassurant par rapport à la ville, où ça serait peut-être un peu... On a l'impression que ce serait plus procédurier.

L : Oui, peut être. Après c'est plus rassurant et en même temps pas trop parce que les gens ils nous font confiance. Tellement que on se dit que faut pas se tromper quoi.

C : Il y a une pression effectivement de la part du patient, c'est une pression qu'on subit mais qui est quelque part belle parce qu'on se dit c'est pour le patient. C'est la relation avec le patient qui prime, mais on a peur qu'elle soit cassée en fait aussi.

L : Oui, c'est ça un peu je pense.

Parce que oui, ils ont toute confiance en leur médecin traitant là où j'étais en stage.

Donc c'est vraiment : ils ne vont pas regarder sur internet s'il y a un symptôme qui leur semble bizarre ou quoi.

Tout est... Enfin pas tout le monde, mais quand même la plupart des patients c'était comme ça.

Ils connaissaient le médecin depuis, ils venaient pas souvent. C'était vraiment..

C : Et donc toi, comme tu vois ta pratique médicale dans le futur, après avoir fait ton stage en

médecine générale, tu penses qu'il y aura cette médecine défensive, là ?

Enfin toutes ces réactions, on va dire pour te protéger, elles auront de l'importance tu penses ?

Comment tu anticipes tout ça ?

L : Je me suis jamais posé la question. Mais oui, je pense que ça aura quand même la place.

Après j'espère que ça ne prendra pas trop, mais oui, je pense que ça va prendre quand même de la place.

Donc oui, j'ai envie de faire de la médecine de campagne dans un coin paumé.

Donc peut-être ce truc au niveau plutôt judiciaire, je l'aurais pas trop.

Par contre la culpabilité de bien soigner mes patients et de faire le meilleur pour eux,

c'est sûr que je vais l'avoir;

C : Oui tu vas l'avoir, ok. Donc oui, en fait pour toi c'est vraiment pour le patient.

L : Oui.

C : C'est bien parce que, au final, la relation patient médecin, elle est quand même super importante.

C'est pour ça qu'on fait ce qu'on fait.

L : Oui totalement.

C : Oui, je pense que c'est aussi ton avis.

L : Après, mais c'est un truc que je me suis

déjà dit, c'est que je me suis dit « tu

auras beau essayer de ne pas travailler

90h dans ta semaine, si tu culpabilises

pour tes patients le soir ou que tu

repenses à des choses, que tu as

envie de faire au mieux, ça va être

chronophage.

C : Il va falloir trouver le juste milieu peut être.

L : Oui...

C : Ça c'est vrai que c'est des axes qui vont être importants.

Et donc toi, du coup, tu feras vraiment médecine de campagne.

L : Ouais.

C : Parce qu'effectivement, quand on est en médecine de campagne on a moins recours

aux examens complémentaires, oui.

L : Après j'aimerais bien pouvoir faire de la radio en cabinet.

C : Parce que ça te rassurerait peut-être un peu, un peu plus.

L : Oui je pense.

C : Ouais, ça a un côté quand même contenant au final ces examens complémentaires.

L : Oui, un peu oui, surtout selon là où on habite. Là où j'ai été l'accès aux soins est quand même compliqué.

C : Oui tu peux pas y aller comme comme tu veux.

L : Oui.

C : Tu trouves que les recommandations, toi, c'est contenant aussi ou pas ?

L : Je trouve que c'est contenant mais j'ai l'impression des fois que c'est de la fausse...

Je sais pas comment dire, mais des

fois je me dis « t'es dans les recos », mais des fois au fond de soi, on sent qu'on a beau être dans les recos, il y a un truc qui colle pas quoi. Hum.

Donc c'est contenant mais...

C : Oui, c'est de la fausse réassurance des fois, j'ai la sensation que ça peut être faussement rassurant...

C'est pas parce qu'au final qu'on a tout fait comme c'était marqué dans le livre que...

La vie c'est pas toujours comme dans les livres.

L : Oui c'est ça on a beau respecter tous les critères finalement, il y a un petit quelque chose qui nous fait penser que non, donc...

C : Ok, ok, ok. Et toi tu te verrais sur quo pour diminuer tous ces comportements de limitations d'erreurs en fait, et qui pourraient être justement envahissants ?

L : En solutions ? J'en ai pas trop, à part peut-être l'expérience.

C : Ouais, c'est ce qui ressort globalement. Parce que les études que j'ai lu, les questions elles ont été posées à des médecins plus vieux.

Mais c'est vrai que j'interroge des jeunes étudiants en Saspas justement qui n'ont pas l'expérience tout ça. Et justement, c'est ça qui ressort quand même, quand même pas mal.

Et c'est difficile de se projeter aussi.
On ne sait pas trop comment on va être. Quand je t'ai dit « est ce que tu penses que ça aura des conséquences ? » tu me dis « je m'étais pas posé la question ».

L : Ben non.

C : Peut-être qu'en sortant de l'entretien tu poseras la question.

L : Oui peut-être, non mais c'est dur parcequ'en Saspas on a toujours quelqu'un à qui reparler les soirs, donc..

C : Oui c'est contenant aussi ça. C'est un filet de sécurité.

L : Oui quand même. Je pense que ça nous décharge un petit peu
Même si on parle de ce qu'on veut, donc si on a oublié de dire quelque chose le soir, on l'a pas dit et puis c'est pas pris en compte.

C : Ok, et bien parfait. Merci beaucoup en tout cas, c'était super intéressant.

L : Ah ouais ?

C : Oui c'était super.

L : Ben merci.

5. Retranscription de l'entretien 5

C : Bon, c'est parti. Du coup, dis moi toi un peu où tu en es dans tes années de médecine.

T : Du coup, je suis dans ma 10^e année, troisième année d'internat parce que j'ai retapé juste ma première année de PACES et je suis dans mon dernier semestre de médecine générale donc en Saspas.

C : Ok, tu fais ton Saspas où ?

T : Je fais entre *ville*, *ville*, *ville* et *ville*.

C : Ok, et ça se passe bien ?

T : Ça se passe très bien.

C : Ok, super. Du coup, toi, tu as une licence de rempla ou pas ?

T : Pas encore.

C : Pas encore. T'as jamais fait de remplacements.

T : Jamais

C : Tu as fait que du cursus normal.

T : Classique.

C : Ok, moi je m'intéresse au vécu de l'erreur médicale chez les étudiants en Saspas.

Quand je te parle d'erreur médicale toi, ça t'évoque quoi ?

T : L'erreur médicale c'est être passé à côté d'un diagnostic ou avoir fait un mauvais diagnostic. De se planter dans une ordo. Ou avoir mal orienté le patient et de se planter en disant « c'est un truc bénin » puis au final on apprend qu'il est allé aux urgences ou qu'il a reconsulté le lendemain.

C : Ok, tu as des exemples toi d'erreurs qu'on pourrait faire ou que t'as vu faire ?

T : En cab ?

C : Comme tu veux.

T : J'ai eu une fois, où je suis passé à côté d'une fracture aux urgences, un petit qui avait mal au pied, emmené par sa maman. Bon, comme ça il faisait pas trop douloureux, il marche, on lui donne du Doliprane et on voit avec le senior. Il dit « on réévalue ».

On lui donne le Doliprane, le gosse il marchait comme pas deux. On a rien vu de particulier à la radio. Et puis le lendemain ou le surlendemain, relecture par le radiologue, il y avait une fracture qu'on avait pas vu.

Du coup, ils ont rappelé le petit pour qu'il soit plâtré.

C : Et ça a été problématique ça ou pas ?

T : Non... Non, ça a été juste... Voilà, je me suis dis dans la garde c'est passé dans la passoire.

Mais on a pu rattraper parce qu'on a eu une garde de fou avec le radiologue. Mais sinon je l'ai pas mal vécu non plus quoi.

C : Toi t'as peur de faire des erreurs ?

T : Non, pas spécialement.

Pas spécialement parce que je pense que ça fait partie de nos études et de notre métier qu'on ne peut pas être à 100 %.

Donc forcément qu'on va en faire.

C : Donc tu n'y penses pas des masses non plus.

T : Non, non, ce n'est pas quelque chose qui influe dans ma prise en charge.

Je me dis pas « putain, faut pas que je me plante », je sais que je vais donner le max de ce que je peux donner en me disant « bah moi je pense que c'est ça que je dois faire ».

Après je me dis pas « putain je peut être qu'il faut que je fasse ça, que je fasse ça » et puis au final tomber dans la sur prescription ou un truc comme ça.

Et je me dis « non, voilà » il faut...

C'est pas du tout quelque chose qui m'effraie.

C : D'accord, d'accord. Et du coup, toi, est ce que dans notre métier tu identifies des sources de pression ?

T : Ah ben des sources de pression on en a de toute façon. Dans notre mode d'exercer, ça peut être aussi si on a une hiérarchie, suivant la hiérarchie qu'on a au dessus de nous, la pression qu'elle peut nous mettre, ou l'institution.

Quand c'est pas les chefs, ça peut être l'hôpital, la direction qui nous parle de chiffres, de trucs comme ça.

Ça peut être aussi les patients, puisqu'on a des patients qui sont très revendicateurs et qui viennent en course avec leur liste.

Mais il y en a aussi qui vont nous mettre la pression en disant « si vous passez à travers ou si vous n'avez pas le bon diagnostic, que vous m'avez pas pris au sérieux, je vous attaquerai ».

J'ai eu le cas une fois avec un chef, une patiente qui vient avec des symptômes neuro qui ressemblaient à rien et qui dit « si je fais un AVC ici, ce sera votre faute, on vous mettra au tribunal », bon voilà...

Je pense qu'il y a toutes les sources de pression qui sont extérieures.

Après, je pense qu'il y en a qui peuvent se la mettre intérieurement en répondant à la question que tu as dit avant, et ça influe aussi leur pratique pour le coup.

Moi non, c'est pas une pression que je

me mets personnellement, si je dois avoir une pression que je dois ressentir, ça sera forcément un truc extérieur.

C : D'accord. Ok, intéressant.

Et puis toi du coup, bah en fait ma question, c'était ensuite en réponse aux différentes sources de pression, je voulais savoir si tu mettais des choses en place mais toi au final tu ressens pas énormément non plus ?

T : Non ben je pense que j'arrive à garder mon libre arbitre par rapport à ça.

Et je pense à mon sens, dans mon exercice, c'est juste un truc qui est primordial, parce que je me dis que le jour où tu commences à te faire bouffer par tout ce qui est autour, et bien au final tu fais plus ta médecine.

Tu perds ton libre arbitre, tu perds ton... Tu perds ton jugement quoi, qui te permet de te faire ton avis sur une situation.

Et du coup ben c'est là que tu vas tomber dans ce que j'ai pu voir, certaines fois en stage, dans la prescription où tu vois une douleur abdo, ben douleurs abdo et tu te mets à doser des trucs des D-dimères et à faire des scanners à tout le monde.

Et derrière bah tu te retrouves plus dans ce que tu fais, ton patient il part dans tous les sens.

Et puis si tu dépends d'une structure,

bah tu augmentes des coûts qu'il ne devrait pas y avoir.

Donc je pense que si y a un truc pour faire face pour l'instant je fais pas...

T : Avec mes patients je suis dans l'échange, et la plupart arrivent à comprendre quand je me justifie en leur disant, en leur expliquant le pourquoi je vais pas faire un scanner, pourquoi j'ai pas fait une IRM, pourquoi je vais pas partir dans tous les sens.

La plupart du temps ça se passe bien et après les plus revendicateurs c'est ceux qui vont commencer à dire « ouais bah vous avez une obligation, je vous emmène en justice derrière » bon bah voilà...

Après les fois où ça m'est arrivé ça j'avais le garde fou du Senior.

Parce que ça arrive aux urgences, c'est pas arrivé très souvent et du coup bon bah voilà, c'est un échange que j'ai avec mon sénior, mais si c'était moi en tant que tel, je pense que je céderais pas à la pression.

Je peux faire des concessions, je pense que j'en fais certaines fois en consultation,

mais c'est après avoir échangé, argumenter et sentir une vraie inquiétude du patient qui n'est pas motivé par derrière par des représailles quoi.

A ce moment-là, je vais pouvoir concéder une partie, mais jamais je

vais tomber dans le dans le « je veux ça, ça et ça » alors « je vous le donne ».

C : Ok pour toi la clé c'est la communication.

T : Ouais, clairement, moi c'est la com, l'échange par rapport à ça. Et je trouve que ça décante quand même pas mal de situations.

Quand tu cèdes pas, mais quand t'es pas non plus dans le « non mais c'est bon »... enfin des fois faut leur dire « c'est moi le médecin »... mais il faut comprendre qu'il y a un lien entre les deux et que eux ont leur place dans la situation et que moi, tant que je n'ai pas l'adhésion du patient, pour n'importe quoi, jamais j'irai.

Parce que quelle que soit la situation, si ils adhèrent pas à ton projet, t'iras nulle part, en bien ou en mal.

Donc voilà, pour moi c'est quand même la communication, c'est le pivot central pour ces situations quoi.

C : Ok, et toi, est ce qu'il y a des situations où t'as ressenti le besoin de te défendre ?

T : Ou j'ai ressenti le besoin de me défendre ?

Ça peut être typiquement l'exemple que je t'ai dit.

L'autre coup de celle qui venait avec un tableau neuro qui ressemble à rien et qui dit « ben si vous ne faites pas

l'IRM je vous attaque ».

Mais tu lui expliques qu'il n'y a rien, de toute façon tu l'as pas à ce moment là l'IRM et que ses symptômes ça colle pas avec ça.

Et à ce moment-là, ouais, je me suis retrouvé... tu te retrouves un peu acculé à ce moment là quand même, quoi. Où tu te dis « bon, qu'est-ce que je fais ? ».

Et puis bon bah après voilà, j'avais la chance d'avoir le sénior à ce moment, mais sinon...

C : Et imagine « elle aurait fait l'AVC », tu as pensé ça à un moment ou pas ?

T : Moi directement, non. Après, quand on a échangé avec le sénior, c'est vrai qu'au début

on a dit «ah p.... Oui et puis si au final elle le fait... ».

Mais en fait on s'est posé la question et on a repris, on a repris la situation, on s'est dit « mais si elle fait son AVC ça sera pas pour les symptômes qu'elle a, pour lesquelles elle a consulté, c'est qu'entre-temps elle aura fait un truc mais qu'on pouvait pas anticiper ».

Mais c'est pas un truc qui m'a effrayé où je me suis dit « ouais, si elle claque son AVC je me sentirai fautif » parce que non, vraiment, ça ressemblait à rien et ce qu'elle avait.

Et du coup on a pu en parler en plus avec mon sénior et aussi l'autre sénior qui était là ce soir-là, et on n'était

plusieurs à aller dans ce sens-là.

Donc d'avoir pu échanger avec mon sénior, d'être plusieurs à pouvoir échanger sur le sujet à ce moment-là, je pense que ça a aidé.

T : Si j'avais été tout seul dans mon cabinet, je pense que j'aurais finalement eu le même raisonnement... mais peut être que j'aurais eu besoin de dire avec un collègue, si j'étais en MSP ou quoi, de lui dire « bon bah voilà j'ai eu cette patiente » et peut être d'en reparler un coup le soir pour avoir l'aval d'un confrère, qui dit « non mais t'as bien fait », et d'avoir besoin d'échanger à ce moment-là.

C : Est ce que tu penses que si tu étais tout seul, tu aurais plus peur de te planter ?

T : Au final, non... Non, je pense pas que c'est quelque chose... là ça a été un soutien et ça m'a permis de le faire parce que j'avais la possibilité de discuter. Après, si j'avais été seul, ma prise en charge n'aurait pas été différente.

Clairement, vraiment... ça fait que je me répète pas mal un peu tout à l'heure, mais c'est pas du tout un truc qui me... Ouais, nan à un moment, je pense qu'il y a des situations qui peuvent faire douter, mais à partir du moment où on a décidé de prendre la décision je pense qu'il faut qu'on aille au bout des choses.

Ça ne veut pas dire dire que notre

patient a eu tort ou que je reviendrai pas sur ce que j'ai dit, mais que sur le moment je suis convaincu malgré tout de ma prise en charge.

Et quand c'est comme ça, souvent, même si je peux avoir un doute, je laisse la porte ouverte à mes patients et je leur dis « ben écoutez, si d'ici deux ou trois jours vous n'avez pas d'amélioration ou s'il y a quelque chose qui vous alarme, vous hésitez pas, vous me recontacter ». On discute.

C : Ok, t'es plus dans la prévention du truc.

T : Ouais voilà, je vais plus être... Par contre je vais pas me fermer puis tirer le rideau et dire « non bah j'ai dit que c'est comme ça, c'est comme ça et vous me rappelez pas » et puis et puis me cacher quoi.

Je leur dis bien si il y a une situation où j'ai un peu de doute, où je me dis que ça peut bouger, je leur dit « si il y a le moindre souci, vous rappelez le cab » ou je leur donne les motifs de consultation aux urgences.

Ça vraiment c'est un truc que je fais systématiquement dans mes consults de med gé ou je peux avoir un petit doute qui plane, à ce moment là, je leur dis si il y a le moindre doute, si ça vient à évoluer dans le mauvais sens : « ou vous me contacter, ou vous allez directement aux urgences ».

C : Ok. Parce que moi à la base j'avais l'impression que la peur de l'erreur, on

nous en parle pas beaucoup. Après toi, ça te touche pas énormément, mais c'est très intéressant quand même.

Mais t'as pas l'impression quand même que l'erreur, ça reste un peu pudique, un peu tabou ?

T : Mais ça je suis complètement d'accord pour le coup. Moi je pense que c'est mon tempérament qui fait que j'ai pas peur, et de mes expériences autour de la médecine qui font que je pense que du coup j'ai moins cette appréhension là.

Par contre, pour l'avoir vécu, enfin pour le voir avec mes co-internes quand je suis en stage avec eux autrement, on sent qu'il y en a, pour eux c'est quelque chose qui est un vrai frein dans leur pratique et qui ont tout le temps besoin d'avoir un garde fou, d'être réassuré là dedans, à se dire « p...., si je me suis planté, qu'est ce que ça va être ? » ou qui sont traumatisés par une situation où ils se sont plantés dans une douleur thoracique. Et du coup ils vont être, tu le sens, systématiquement, ils tombent dans la sur-prescription où ils se renferment dans l'erreur qu'ils ont pu faire une fois.

Et du coup, plutôt que d'en tirer des enseignements et dire « bon bah voilà, je suis tombé sur cette situation et bon, il faudra peut-être que je fasse mieux et que je fasse différemment la prochaine fois », ils tombent plus dans

la peur et à se dire « ah bah non bon faut que je me couvre » et ils balancent, ils balancent, ils balancent, ils balancent.

T : Et d'ailleurs quand on parle en séminaire avec eux, ils vont dire « ah bah maintenant je fais ça pour me couvrir » et on perd le sens du raisonnement là-dessus. Mais c'est clair que c'est un tabou aujourd'hui et c'est dur de dire pour un médecin, t'as l'impression que ça fait mal de dire « je me suis trompé » quoi, il y en a, tu sens que ouais non, faut pas le dire ou il faut se cacher.

C : Parce que ça, justement, toute cette réflexion, elle rejoint ce terme un peu de la médecine défensive. Est-ce que toi c'est un mot que tu as déjà entendu ou pas ?

T : Oui, complètement. La médecine défensive est... Non seulement je n'en ai entendu parler, mais j'en ai vu.

Et quand je te dis la douleur abdominale qu'on voit dans l'hôpital où j'ai fait mes urgences, ou la cheffe pareil, elle a été confrontée une fois à une situation qui s'est mal passée.

Et depuis, c'est tout, tout, tout, elle envoie des trop, bilan hépatique, tout, la totale.

Et tu te retrouves tout le temps avec des D-dimères positifs que t'envoyait à l'angioscan et que tu retrouvais rien, où tu retrouves celle qui venait pour une

douleur fosse iliaque gauche, elle se retrouvait avec une EP distale, ou tu appelais les cardio qui ne savait pas quoi en faire et au final on tombait dans de la dérive complète.

Parce que c'est de la médecine défensive où on envoie pour se protéger quoi.

C : Ok, ouais, c'est exactement ça en fait.

Alors c'est rare. Tu es un des premiers que j'interroge qui sait ce qu'est le principe de médecine défensive.

Parce que je vais te donner une définition un peu théorique, mais c'est déjà ce que t'as dit.

En gros, c'est la déviation de la pratique médicale standard en conséquences à diverses sources de pression.

Donc c'est en gros une attitude que les médecins, ils adoptent avec des comportements non justifiés par les recommandations médicales, mais dans le seul but de se prémunir d'un risque de poursuites judiciaires, ou d'un risque tout court.

Donc ça, c'est ce que toi tu dis, toi, t'étais au courant de ce concept et tu l'as vu.

T : J'en avais entendu parler, et pour avoir échangé un peu avec...

Je pense que le terme médecine défensive même, je l'ai pas entendu, j'en ai été témoin avant de connaître le mot. Du coup, dans mon semestre aux

urgences.

Et je crois que je l'avais entendu... Je l'ai entendu, c'est sur un séminaire, je crois, où on avait abordé... justement c'était le séminaire sur l'erreur médicale en France et il nous avait montré une vidéo d'un speech, tu sais, la vidéo c'est un....

C : C'est une vidéo TED.

T : Oui les TED, la conférence TED d'un canadien qui avait fait son speech sur l'erreur médicale.

t c'est là que du coup j'avais mis le mot sur le concept duquel j'avais été témoin et je me suis dit « non mais en fait c'est ça la médecine défensive ».

C'est comme ça qu'elle fonctionnait la cheffe que j'avais eue, ou que j'ai pu voir ailleurs.

Et je me suis dit c'est ça.

C : T'as mis en lien immédiatement.

T : Ah ouais ! Et je me suis dit « mais c'est complètement ça ».

Quand il parle dans son speech, tu te dis « mais c'est ça quoi ».

C : Il a été utile pour toi ce séminaire sur l'erreur médicale ?

T : Oui et non.

Il m'a été utile dans le sens pour mettre un mot sur la médecine défensive et mettre des mots sur ce concept.

Plus pour voir que... Voilà, qu'en effet

c'est un tabou.

Que même les meilleurs médecins y sont exposés et que c'est un truc qui a du mal à être validé et accepté par les personnes même, et que ça peut être source de honte et des fois pire de dérives où bah du coup les médecins s'enferment et tombent dans des spirales négatives et ça vire dans de l'anxio-dépression, des trucs comme ça.

Et comment ça peut influencer les pratiques.

Et du coup, ça m'a permis plus de de mettre des mots plus justes sur le concept et pas seulement dire dire « ah ouais elle fait ça pour se couvrir ».

A la base je le disais, mais je savais pas, je n'allais pas lui dire « ouais, tu fais de la médecine défensive quoi ».

C : D'accord.

T : Donc ça a permis plus de cerner le concept.

C : Ok. Mais du coup toi tu la vois vachement, quand on en parle, dans les côtés négatifs, tu les a quasiment tous listés, tu en as bien conscience de ça.

Mais est-ce que tu penses qu'il peut y avoir des côtés positifs à ça ?

T : Sur l'erreur médicale du coup ?

C : Est-ce que la médecine défensive peut avoir un côté positif ?

T : Alors je pense qu'elle peut avoir des côtés positifs parce que je pense que certaines fois du coup, la médecine défensive, elle va pouvoir... elle va permettre de diagnostiquer des trucs sur lesquels on ne serait pas tomber si on n'avait pas fait toute cette panoplie d'examen.

Donc elle va voir le positif sur une situation, mais sur une situation sur combien ?

C'est à dire que, au final, oui, forcément, il y a un jour, en étant sur mode là, tu vas tomber sur l'EP massive que tu cherchais pas, tu vas tomber sur l'AVC que tu cherchais pas.

Mais pour autant pour tout ce que t'auras fait à côté, est ce que le jeu en vaut la chandelle ?

Je ne suis pas sûr. Donc oui, dans cette situation on va dire « ah ben tu vois, j'ai fait ça », « ah ouais, si je l'avais pas fait, je serais pas tombé dessus ».

Mais sauf que pour combien de situations à côté où t'as fait des trucs à outrance ?

Je ne suis pas sûr que quand tu fais la balance bénéfice risque, de mon point de vue, qu'on retombe sur nos pattes à faire de la médecine défensive à outrance.

La faire sur certaines situations quand ça va nous remémorer la situation qui nous a entraîné là-dessus et qu'on dit « ah tiens, ça me rappelle ces douleurs

abdo que j'avais vu, ah ben je vais faire ça » là, on se met en mode défensif parce que on se rappelle, alors oui là je pense qu'elle peut avoir du positif.

Par contre si après tu la dérive à toutes les douleurs abdo, là je prends mon exemple de douleur abdo, là à ce moment là, je pense que non, le positif en vaut pas le coup.

C : Par exemple, si une situation éveille ton sens clinique un petit peu parce que ça te rappelle quelque chose, oui là c'est positif.

Par contre tu ne peux pas l'appliquer à une généralité.

T : Tout à fait.

Genre typiquement moi mon exemple aux urgences, le gosse que j'ai vu, soulagé par Doliprane et de la radio qui a été relu par le radiologue, la prochaine fois que je vais voir un gosse, que je vais voir arriver une boiterie mais qui est soulagée par le paracétamol, et bien la radio je vais la regarder la première fois avant le Doliprane et plus la deuxième fois je vais aller la regarder.

Et je pense que dans ce sens-là, je vais être en mode un peu défensif parce que je vais relire la radio, je vais aller la regarder deux fois, mais d'un côté je sais pourquoi je vais le faire en me rappelant cette histoire là.

Par contre je ne vais pas le faire à chaque fois que je vais avoir un gosse

comme ça non plus quoi.

Ou je ne vais immédiatement me dire « oh l'autre coup j'avais loupé la radio » et puis je vais scanner tous les gosses qu'on a une boiterie quoi.

C : Ok, parfait. Et qu'est-ce que tu penses des recommandations ?

T : Les recos de manière générale sur ce qu'on doit mettre et dans quelle situation ?

C : Ben est-ce que pour toi les recommandations ça t'apparaît comme un rempart face à l'erreur ?

T : Oui. Est-ce que ça peut être en gros un refuge à dire j'ai suivi les recos, donc c'est bon ?

Oui je pense que oui.

Parce que moi du coup, dans les situations où je suis pas sûr de moi, où je vais me retourner ça va être les recos. Et je vais me fier à leur diagnostic.

Je vais suivre l'arbre, ou je vais voir ce que me disent les Spé en fonction de leur reco et je me fier à ça.

Et ça pour le coup, oui, je pense que ça, ça, pour le coup, ça va être un peu mon garde fou quoi.

Et comme des patients vont de poser des questions, je vais leur dire « bah écoutez les recommandations, les études scientifiques ont montré que ça, c'est ça qu'on doit faire dans votre situation ».

Donc, oui, ça va être un outil pour moi les reco.

C : Puis c'est aussi un outil de communication au final, si tu peux expliquer aux patients.

T : Bah complètement ! Ça arrive aussi, des fois quand je suis au cab je tourne l'écran et je leur montre aux gens, « voilà pourquoi on fait ça. Voilà pourquoi quand tu as un nodule thyroïdien, je vais leur dire voilà pourquoi on fait une échographie et pas une ponction. Parce que les recommandations des endocrinologues disent qu'il faut faire ça et ça ». Donc oui, si par contre ça les reco, pour moi c'est clairement un outil sur lequel je peux m'appuyer.

C : C'était un aparté sur les recommandations.

Et est-ce que tu crois que toutes ces pratiques de médecine défensive... Ça a un affect sur les médecins, mais aussi un affect sur les patients, mais c'est aussi un affect sur notre relation avec les patients, tu penses pas ?

T : Oui, moi je pense que clairement ça par contre, l'erreur médicale je pense que ça peut être clairement un élément qui fout la zizanie dans une relation médecin patient.

Parce que, et je pense qu'on en est témoin tous au cabinet, c'est que tu en as un qui va te trouver : « ah ben je

viens chez vous parce que l'autre il a pas su trouver mon diagnostic, il a pas su faire ci, il n'a pas su faire ça ».

T : Alors que si on avait été à la place de notre confrère, c'est souvent ce que je leur dis, ben dans la situation dans laquelle il a fait, il a fait les choses comme il l'a fait, il est passé au travers à ce moment-là, ou il pouvait pas détecter, ça arrive.

J'ai dit « ça arrive à mon confrère, ça peut arriver à moi ».

Sauf que le patient, à ce moment-là, il va perdre la confiance qu'il avait pu avoir dans son médecin.

Et il y en a qui comprennent que l'erreur médicale, ça fait partie de notre métier.

Et il y en a qui pour lesquelles « celui-là, il s'est trompé avec moi, je veux pas en entendre parler ».

Et clairement, dans la relation médecin patient, plus dans le sens patient vers le médecin, je pense que ça a une influence, mais je sais que ça peut en avoir aussi dans certains cas dans le sens médecin patient parce qu'il y en a ou dès qu'ils ont fait une erreur, bah ils se mettent en mode tout petit dans leurs souliers et ils osent plus affronter leur patient et du coup derrière ça influe trop leur prise en charge aussi.

Parce qu'ils sentent redevables ou responsables de leurs erreurs et ça influe complètement leur relation avec

leur patient.

Pour le coup, moi ça m'est pas arrivé, mais j'en ai été témoin, en échangeant avec les confrères.

C : Et tu penses que les patients ils ont conscience de ça ?

T : De l'erreur médicale, de l'influence que ça a ?

C : De la peur de l'erreur médicale et donc de la médecine défensive, enfin de nos pratiques de médecine défensive ?

T : Je ne suis pas convaincu. Je pense que ceux qui ont un certain niveau d'éducation peuvent le comprendre, parce que du coup je pense qu'ils sont au fait de l'erreur médicale et du coup du rôle du médecin.

Après c'est pas pour faire de dessin ou faire des catégories, mais je pense que ceux qui ont un niveau d'éducation moindre et qui ont moins de connaissance du système de santé et du travail de médecin, ben eux pour eux ouais, je pense que ça c'est un truc qu'ils ne conceptualisent pas du tout et qu'ils peuvent pas comprendre que le médecin puisse ressentir ça et qui eux peuvent pas comprendre pourquoi le médecin s'est trompé et du coup clairement ça... Mais je pense que ça peut créer un mur assez important.

Et pour autant des gens cortiqués et avec un niveau d'éducation élevé aussi

peuvent être compréhensifs comme d'autres dire « ah ben non quand même, c'est pas justifié, pourquoi vous m'avez pas fait l'IRM là, pourquoi vous avez pas fait ci », parce qu'ils sont au fait du système et du coup ben ils connaissent les ficelles et ils peuvent aussi se servir de ce moyen de pression là.

C : Ouais je suis d'accord. Parce qu'au final toi t'avais connaissance du concept, mais tu l'avais vu, tu l'avais observé de toi même de ton côté, mais pour autant, on t'en avait pas vraiment parlé, il a fallu que tu attendes le séminaire pour connaître le truc et l'approprier en fait aux situations que t'avais connu.

Mais en fait c'est pas très médiatisé, alors que par exemple aux Etats-Unis, c'est connu depuis plus de 30 ans, ils ont une définition de la médecine défensive.

Alors qu'il y en a pas encore de définition dans le dictionnaire médical français, quoi.

T : Non parce que je pense que dans notre façon d'exercer en France, c'est clairement un tabou aujourd'hui.

Je pense qu'on refuse l'erreur aujourd'hui ou en tout cas on refuse de l'admettre.

Je pense que c'est quelque chose, quand on la sait, on la passe sous silence.

Mais après il y a toute les RCP, les

trucs, ou les concertations après erreur médicale.

T : Mais je pense que c'est des réunions, en comparaison du nombre d'erreurs qui peuvent être faites, on pisse dans un violon, c'est minime à côté de toutes les erreurs médicales qu'on pourrait analyser et sur lesquelles on pourrait faire des feedbacks.

Parce que aujourd'hui, c'est quelque chose en France qu'on n'arrive pas à... Oui, je pense que c'est carrément juste quelque chose qu'on n'arrive pas à accepter.

A se dire « Ouais, je me suis trompé, et pourquoi je me suis trompé » et d'en parler ouvertement.

Parce que je pense qu'on a peur. Ça touche notre ego je pense.

Et puis on a peur du regard des autres, des collègues, du patient.

La peur de se sentir dévalorisé, nulle, et de perdre justement de la confiance. Je pense que je pense que moi c'est un élément qui est hyper important dans nos relations, dans notre métier, la confiance, que ça soit avec nos collègues, nos patients, et que je pense qu'on a la trouille de casser ce lien et de se retrouver seul.

C : Et qu'on ait quelque chose à nous reprocher

T : Et voilà. Et de se faire reprocher et de se le reprocher et que ça casse le lien.

Je pense qu'il y en a certains même qui ont peur de perdre le sens de leur métier aussi en se disant ouais je me suis trompé, j'ai pas la droite de me tromper, pourquoi je fais ça quoi.

C : Il y a des gens qui se posent la question. Et du coup, est ce que tu penses que ça aura une place importante dans ta pratique future ?

T : Moi je pense que c'est clairement quelque chose qui peut avoir vraiment sa place, parce que c'est pas parce que j'en ai pas peur que c'est pas un sujet sur lequel je peux échanger ou quoi.

Et au contraire, je pense qu'il faut qu'on nous sensibilise tous à ça.

Et notamment moi je me dis tu vois, aujourd'hui je fais mon Saspas, je me dis si un jour je dois accueillir des étudiants, c'est peut-être un des premiers trucs que j'oserai aborder avec eux l'erreur médicale et tout ça, la médecine défensive, le concept et de pouvoir en parler parce que justement j'aurais peut-être moi aimé à un moment donné qu'on m'en parle.

Parce que je trouve que c'est quelque chose dans notre cursus dès la première année, en fait, on a tendance à mettre de la honte autour de l'erreur ou à plus à te montrer que tu sais pas par exemple, plutôt que de valoriser tes erreurs et valoriser ce que tu sais.

Tout au long de notre cursus, que ce

soit quand on coche les QCM ou les trucs comme ça, on a toujours peur du regard des autres parce qu'on a toujours peur de se tromper.

Alors que pour autant, ben c'est c'est quand on va se tromper aussi qu'on va apprendre.

Si je ne m'étais trompé sur ce gosse, peut être que j'aurais continué de regarder mes radios à la va vite.

Et si je m'étais pas trompé dans d'autres trucs ?

Ben moi je sais que c'est ça. C'est sur le terrain, en apprenant, en me plantant, en échangeant, que j'apprends.

Et pour moi, c'est vraiment central dans notre formation et dans notre exercice.

Et je pense qu'aujourd'hui c'est l'erreur doit plus être valorisée que dénigrer.

C : La culture positive de l'erreur.

T : Ouais, je pense que oui. Celui celui qui se plante et qui apprend, derrière son erreur il la fera plus, ou il abordera complètement différemment, sans se mettre en mode défense ou quoi. Alors que celui qui fait l'erreur, qu'ose pas en parler, sur lequel on n'échange pas, bah oui, c'est clair qu'il va se braquer et derrière il va tout envoyer et il va se mettre en mode défensif à fond.

C : Et toi tu verrais quel axe de travail pour diminuer cette pratique de la médecine défensive ?

T : Quel acte de travail on pourrait mettre ?

C : On a déjà un peu parlé au final pour toi, c'est peut-être sensibiliser.

T : Moi je pense que c'est clairement de la sensibilisation, mais je pense que voilà que...

Alors moi je suis pas un pro des réunions, des groupes de parole parce que je trouve qu'on fait déjà des patacasse de tout ça, on fait des réunions pour rien dire tout le temps.

Par contre pour autant, le fait de parler des erreurs médicales, je pense que quand on est dans une MSP ou à l'hôpital, de se faire une bouffe tous les six mois, on se dit vas y, on parle des situations qu'on a trouvé complexes, où on s'est planté, et qu'on échange juste comme ça, mais pas dans une ambiance un peu lourde, pesante, où on a l'impression qu'on est évalué truc comme ça.

Juste un petit groupe dans un moment sympa et où on échange et à ce moment-là, parler.

Je pense que c'est un truc qui peut être cool, ou en fait pour un peu déstigmatiser aussi cette erreur.

Et plutôt que d'être tous autour d'une table avec nos feuilles à gratter, ça peut être... ça peut être bien aussi, mais qu'il y ai un truc qui dédramatise aussi l'erreur là au milieu, que ça soit

travail, mais où on n'en fait pas aussi des tonnes quoi.

C : En gros, si on en parlait un peu plus, si c'était un peu plus sensibilisé, en fait, peut-être que les gens à leur échelle ils trouveraient peut-être presque leur propre moyen de régler un petit peu tout ça.

T : Complètement. Je pense que si on en parle plus, comme tout le monde en fait, si on en parle plus, on en fait moins un tabou et on apprend plus.

Et bien voilà même si à la fin de la journée tu te dis « p.... m..., je me suis planté ce matin », tu en parles avec ton collègue, il dit « ouais bah non mais t'inquiète, je l'ai déjà fait aussi » ou au final t'as fait ce que tu pensais sur le coup, bah peut être le prochain coup tu feras ça.

Voilà, en fait c'était une conversation juste à la fin de ton service ou t'aura pris cinq dix minutes pour débriefer d'une situation et après c'est passé.

Et puis tu en parle plus.

Plutôt que de le garder pour toi et puis dire « p.... mais j'ai fais une erreur, faut surtout pas que je le dise, j'essaierai de pas y penser la prochaine fois », mais au final, la prochaine fois l'autre il va être comme ça à trembler et puis il va repenser, ressasser, ressasser, ressasser, il a échangé avec personne, il a pas avancé et tu crées une situation qui s'enlise.

Donc oui pour moi c'est de la com', on y revient tout le temps au final.

C'est juste d'échanger et je pense qu'il n'y a pas besoin de faire des réunions de 3h en fait.

Donc ça peut être autour d'une bouffe, mais ça peut être dix minutes à la fin de la journée ou à la fin d'une semaine. Tu vas vers ton chef, vers ton collègue, tu dis « écoute, j'ai été confronté à ça, t'en penses quoi toi ? », et ça démystifie l'erreur et basta.

On avance quoi.

C : Ouais, donc la pierre angulaire en fait de à peu près tout ce qu'on raconte depuis le début, c'est la communication.

Que ce soit en fait, soit qu'on communique avec le patient pour au final... Enfin la communication, ça permet d'empêcher de faire des erreurs tout en faisant pas grand chose en fait, simplement en expliquant, donc communiquer avec le patient, puis communiquer aussi entre nous pour banaliser, se rendre compte qu'on se plante tous et puis au final que ça peut arriver à tout le monde et dédramatiser un petit peu tout ça.

T : Complètement. En fait en communiquant aussi, je pense que l'on continue de se former aussi, parce qu'en échangeant du coup on va peut-être échanger avec le collègue qui aura lu un papier sur ça ou qui se sera

documenté sur ça, plutôt que des fois avoir tout le temps la formation professionnelle continue.

On est tout le temps à des réunions aussi qui sont répétitives, mais au final, s'il y en a un qui est allé à une FMC et l'autre à un autre et puis d'échanger, et bien ça nous fait de la formation continue au final.

Voilà, dialoguer sur nos

connaissances, sur nos situations, c'est tous des éléments qui se croisent et qui font que l'on devient meilleurs.

C : Communication.

T : Et plus à l'aise.

C : Bon bah impec, merci beaucoup.

T : Pas de soucis.

6. Retranscription de l'entretien 6

C : Est-ce que toi là, tu peux me dire où tu en es dans tes années d'études, là ?

S : Et bien là moi, c'est ma dernière année d'internat, mon dernier semestre, je suis à la PMI de *ville*. Et j'ai fait mes trois ans d'internat et voilà c'est la fin.

C : Ok, tu as déjà fait ton Saspas donc.

S : Ouais, j'ai déjà fait mon Saspas le semestre dernier, j'en avais trois à Navenne et un à Scey-sur-Saône.

C : Ok donc en Hauta-Saône !

S : oui, oui.

C : Ok. Est ce que t'as une licence de remplacement ?

S : Oui, j'ai ma licence.

C : T'as déjà commencé ?

S : Ouais, j'en ai pas fait beaucoup. J'en ai fait... enfin si quand même quelques uns, mais plutôt le semestre dernier. Pas trop en ce moment parce que j'ai moins de temps avec la thèse, mais j'ai déjà commencé, oui.

C : Ok, ça s'est bien passé ?

S : Oui, parfait.

C : C'était en médecine générale ?

S : Oui, oui.

C : Alors moi je m'intéresse un peu au vécu de l'erreur médicale chez les étudiants en Saspas. Quand je te parle d'erreur toi de prime abord, ça t'évoque quoi ?

S : Ça m'évoque... Une mauvaise prise en charge pour laquelle il y a des répercussions, qui peuvent nous mettre en porte à faux quoi.

Et du coup, bah le risque après... ce qu'on risque, ce qu'on encourt, nous, par rapport à la profession.

Et puis là aussi, le versant patient, est ce que ça craint pour le patient ou pas ?

C : Ouais, c'est en gros il y a le médecin, le patient et puis oui, les conséquences pour les deux.

S : Oui, oui, il y a vraiment les deux versants quoi. Après on pense forcément peut être un peu plus sur le coup... enfin moi erreur médicale de prime abord, je pense tout de suite aux répercussions que ça peut avoir sur moi

quoi.

Genre le patient qui porte plainte, ou alors ce que ça peut engendrer après. Et oui bien sûr, l'erreur sur le patient, si c'est un truc grave.

C : Est ce que toi t'as peur de faire des erreurs ?

S : Oui oui, franchement oui. Et je pense que j'ai même tendance des fois... après c'est peut-être parce que je suis encore tôt dans le cursus, mais je pense que des fois j'ai même tendance à... je sais pas genre peut-être un peu sur-prescrire du style les imageries parce qu'on ne veut pas, on a peur de passer à côté de quelque chose ou de manquer un truc ou que le patient après nous le fasse un peu payer quoi.

C : Tu y penses beaucoup ?

S : Non, franchement non. Je veux pas dire beaucoup, mais j'y pense quand les patients sont un peu chiants. Enfin, tu sais, ce genre de patients, où tu sais qu'il va chercher un truc ou qu'il vient avec l'idée de vouloir ça et que si tu lui fais pas et que toi tu passes à côté de quelque chose, tu sais qu'il va pas te louper quoi.

C : C'est vrai qu'on a ce genre de patients là.

S : Oui, je trouve vraiment qu'il y a des gens quand même... tu sais, les gens où tu te dis « ouais, je vais lui faire parce que sinon il va m'emmerder. »

C : Oui je vois. Est ce que nous, dans notre travail, identifie des sources de pression ?

S : Ah oui, oui. Ben moi je fais ma thèse sur la pression de prescription, donc les sources de pression, oui, oui, quand même des pressions pour... ben je trouve que ce qui revient, enfin moi en tout cas, de mon expérience à moi, je trouve que ce qui revient souvent, c'est des demandes d'antibios ou d'arrêt de travail.

Moi c'est ce qu'en tant qu'interne j'ai eu le plus pendant mes remplas... oui antibiotiques et arrêts de travail je pense.

C : Donc pression du coup de la part du patient.

S : Oui

C : Est ce qu'il y a autre chose aussi que tu vois comme pression ?

S : Euh...

C : Il y en a qui disent la peur des poursuites mais tu en as déjà parlé un petit peu.

S : Ah oui, oui, mais du coup, pour moi ça vient de la pression du patient quoi, c'est la pression de « fait moi ça ». Sinon... oui par exemple le mec qui vient, qui tousse, ça fait 4 jours qu'il tousse et il veut ses antibiotiques, tu te dis « bon...un patient lambda tu lui prescrirais pas, voilà revenez consulter si besoin », mais le mec qui dit « ouais, si ça me tombe dans les bronches

et que je fais une pneumonie et que machin», ben voilà, c'est sur nous que ça retombera quoi.

C : Oui c'est clair, c'est clair. Et puis aussi, il y en a qui disent la pression qu'on se met nous même.

G : Ah ben oui !

C : Tu te la mets toi ?

S : Ouais, quand même, je pense oui, oui, oui. Ben à mon avis ça s'atténue avec l'expérience, mais je pense qu'au début on a quand même un peu... pas quelque chose à prouver... mais si quand même, à montrer que oui, on est là parce qu'on veut bien faire les choses et que... si si, je pense que je me la mets quand même...

C : Ok. Est ce que des fois il y a des situations où tu ressens un peu le besoin de te défendre, d'être mise en difficulté et où tu as l'impression de devoir te défendre ?

S : Défendre genre justifier ?

C : Ouais ouais, ou même n'importe quoi, au sens large.

S : Bah... Ouais, après je pense quand même... après je trouve que quand même ça dépend tout le temps de qui tu as en face de toi. Il y a des gens qui viennent et qui

savent, enfin qui te font confiance et qui voilà... il a des connaissances, je lui fais confiance. Mais il y a des gens où tu es... tu as besoin de dire « bah écoutez, non, en fait je vous le ferez pas, parce que c'est comme ça » et oui, si quand même, c'est une forme de défense.

C : Mais devoir justifier vraiment pourquoi tu fais.

S : Ouais ouais, ouais.

C : Tu trouves que les gens ils sont devenus plus exigeants ?

S : Ouais moi je trouve que les gens sont chiants, ah ah.

Et pour en avoir discuté avec des vieux médecins... Après, il y a aussi le fait que la relation médecin patient, ça a vachement évolué.

Avant voilà le médecin te disait et tu faisais. Maintenant les gens prennent part à leurs soins et franchement tant mieux. Mais du coup ils sont plus exigeants je pense quand même.

Ils sont plus dans l'attente. En fait ils viennent et ils savent déjà ce qu'ils veulent souvent.

Du coup, fatalement, tu n'es pas... Il faut déconstruire pas mal d'idées reçues parce qu'ils sont aller voir sur internet, parce qu'ils savent déjà ce qu'ils veulent et du coup, ça oui, je trouve qu'ils sont exigeants et les gens.

C : Ok, je suis d'accord avec toi.

En fait moi j'ai l'impression que c'est un peu caché la peur de l'erreur.

S : Ouais.

C : Tu sais c'est un peu pudique on ne nous en parle pas. C'est un peu pudique, un peu tabou.

Et puis en fait c'est un peu à nous de gérer tout seul. T'en penses quoi ?

S : Je suis archi d'accord. C'est vrai que même à la fac, on nous parle très peu des erreurs médicales... enfin si on a des cours, mais c'est... on nous balance des informations, on nous explique pas.

Et puis on est trop jeune je pense pour se rendre compte de ce que ça implique.

Ça devrait intervenir plus tard. Pendant l'internat on m'en a jamais parlé.

Enfin je ne crois pas qu'on ait des trucs sur les erreurs médicales... non, je ne crois pas en vrai.

Et ça je pense que c'est quelque chose qui manque et qu'on devrait nous en parler plus.

Parce que ça nous arrivera forcément je pense dans notre carrière et c'est pas sans conséquences selon ce que c'est. Donc oui, c'est vrai qu'on en parle pas.

C : Oui c'est vrai. Et est-ce que le terme de médecine défensive, ça te parle ou pas ?

S : Non, pas du tout.

C : Parce que ça c'est le vrai sujet de ma thèse. En gros, c'est un concept, je vais te donner une définition. Moi je m'intéresse à la perception et à la conséquence sur la pratique médicale que ça peut avoir sur les jeunes étudiants en Saspas.

S : Ah oui ok.

C : La médecine défensive, en gros, ils disent que c'est la déviation de la pratique médicale standard en conséquence à diverses sources de pression.

Donc c'est une attitude par laquelle le médecin, il adopte des comportements non justifiés par les recommandations dans le seul but de se prémunir d'un risque de poursuites judiciaires ou alors d'erreurs. Donc, est ce que tu vois... est ce que tu comprends le truc ?

S : Ouais, c'est genre « j'ai fait ça pour pas qu'on m'attaque derrière quoi ».

C : Ouais ouais, ça te parle comme concept ?

S : Ouais, enfin maintenant que tu m'expliques. Oui, oui, bien sûr. Oui, oui, oui. Et je pense qu'effectivement oui, on peut avoir tendance des fois à faire les choses dans le but de d'anticiper sur le

fait qu'on pourrait nous attaquer par derrière.

C : Oui, c'est vrai. En faisant quoi par exemple ?

S : Ben heu je te dis, les antibiotiques moi c'est plutôt ça je trouve.

Ou alors qu'est-ce que ça pourrait être d'autre ? Ou les certificats aussi, par exemple.

Des fois c'est pas bien, mais des fois on fait un peu les certificats de complaisance alors que... on le fait pour dire que, alors qu'en vrai de vrai, on sait qu'il y en a pas besoin donc voilà.

Mais tu te dis bon les gens, peut-être qu'après par derrière...

Et puis alors je sais pas si ça rentre dans le truc aussi, mais peut être que sur les dossiers on se justifie beaucoup maintenant.

Enfin en tout cas moi je sais que j'écris toujours « pas de ceci, pas de cela », « consignes données », « reconsulter si machin machin ».

C'est peut-être pas vraiment la médecine défensive même, mais je pense que c'est une conséquence quand même de ça.

C : Oui, effectivement c'est une conséquence. Nous, on nous a formatés à tenir un dossier.

S : Ah ouais, ouais.

C : A faire de l'administratif au tout début, plus que de nous apprendre vraiment le métier de médecin.

S : Ah oui, oui, et à toujours justifier tout ce qu'on fait, tout noter, tout tracer.

C : Et ça, ça met la pression.

S : Ouais ouais, c'est vrai, si c'est vrai.

C : Est-ce que il y a des côtés positifs, des côtés négatifs qui ressortent de ce concept tu penses ?

Est-ce que toi tu en vois ou pas en positif par exemple ?

S : Hmmm Côté positif...

C : Là en gros, vraiment la médecine défensive, c'est faire des trucs qui sont pas forcément justifiés pour me prémunir d'une poursuite judiciaire ou d'une erreur, mais est-ce que tu vois des cotés positifs ?

S : Ben pour le côté positif je pense que pour la relation avec son patient, ça va la renforcer parce que le patient il est content.

Enfin, en général, si on se protège de quelque chose, c'est que en face il y a une demande

qui est un peu pas trop justifiée et qu'on va quand même répondre à la demande.

Et du coup, je pense que le patient est

content, et qu'en ce sens là, ça soude un peu le lien.

Après il y a aussi peut être que du coup, comme on sur-prescrit, peut être que du coup bah oui, fatalement on peut être mieux soigné, je sais pas.

C : Effectivement, ça ressort qu'il y a techniquement un meilleur suivi.

Et plus tu fais, tu fais un peu plus attention aussi.

S : Oui, c'est vrai, oui, c'est vrai. Oui tu vas l'ausculter complètement oui c'est vrai.

C : Et est ce que tu vois des côtés négatifs à ça ?

S : Et bien je pense que le coût, le surcoût, c'est un gros point négatif.

Parce que oui, effectivement, je pense que tu vois, quand on prescrit des imageries, en plus c'est pour « au cas ou machin » ou les antibio et tout, ouai je pense que déjà c'est un coût pour la sécu qui est énorme.

Après on a un point négatif... c'est pas non plus top de dire oui à tout au patient je trouve.

Et puis on n'a pas non plus à se justifier, c'est pas normal d'avoir à tout justifier.

Voilà, on devrait pouvoir faire en disant ben non, c'est bon je sais ce que je fais quoi, donc je le fais parce que...

C : Parce que ça a un peu changé au niveau de la loi. C'était en 2002 en fait,

où ils ont remis le patient au centre. t depuis 2002, c'est maintenant au médecin de prouver qu'il n'a pas fait n'importe quoi.

Et ça, ça change totalement le paradigme.

S : Ah ouais, ouais.

C : Et en fait c'est un peu chronophage aussi.

S : Ah ouais, ouais. Ah oui, clairement, je pense que ça, pour le coup, c'est hyper chronophage parce qu'il faut tout expliquer, il faut machin, tu prends le temps en consult de dire au patient « normalement ça ne se passe pas comme ça », puis au final tu le fais parce que voilà, tu te défends.

Et puis oui, c'est vrai le temps, oui c'est vrai que c'est un facteur important.

C : Puis ça fait que ça a des conséquences psychologiques après sur le médecin.

S : Oui.

C : Et est-ce que tu penses que les gens, les patients, ils ont conscience que nous, des fois, on se défend par rapport à eux ?

S : Je ne suis pas certaine... je ne pense pas parce que... je pense qu'il y en a qui savent très bien ce qu'ils font, qui sont très malins, mais il y en a d'autres je pense qu'ils ne se rendent pas compte. Et pour eux la médecine c'est

un peu un dû parce que c'est leur santé et du coup ils viennent en disant « ah ben voilà, moi j'ai besoin de ça, je veux ça » et pour eux, là, on va leur faire parce qu'on leur fait quoi, c'est comme ça.

Je pense pas qu'ils en aient toujours conscience. Ouais, je ne crois pas non.

C : Ouais des fois que oui ça nous met un peu en difficulté.

S : Ouais.

C : Est-ce que du coup je ne pense pas que non plus, dans la conscience populaire on va dire, qu'ils se doutent que les médecins se mettent la pression sur eux-mêmes parce qu'ils ont la trouille

S : Ouais c'est ça ! Je pense qu'ils se rendent pas compte que ça nous met la pression, des répercussions que ça peut avoir, et du fait que nous, on y engage notre responsabilité aussi et que vraiment on peut avoir des répercussions si on fait des choses qui ne sont pas... qui ne rentrent pas dans l'ordre des choses, quoi.

Oui, vraiment je pense que ce n'est pas toujours volontaire de la part du patient.

C : Et parce c'est vrai que les patients, ils vont être contents parce qu'on prescrit beaucoup de choses, dès qu'on prescrit.

S : Ah oui ils adorent.

C : Tu n'es pas la première à me le dire, mais est ce que des fois, psychologiquement aussi, tu crois pas que ça peut créer de la distance que nous on va mettre par rapport aux patients ?

S : Oui, si c'est vrai. Déjà en France on sort d'une consult avec une ordonnance et ça c'est quand même ancré dans la tête des gens.

Il y a des gens pour un rhume, on va leur prescrire... je sais pas si ils toussent oui on va leur prescrire un sirop, mais moi quand je suis malade je prends pas de sirop.

Et des fois je leur dis aux gens « mais en fait là, le sirop, vous pouvez essayer, mais ça ne fait pas non plus grand chose. Moi, je ne l'aurais pas pris » donc...

Donc les gens ont quand même des attentes par rapport à ça.

Et donc c'est vrai que nous, peut être que, plutôt que de discuter avec le patient et dire « bah voilà, non c'est pas adapté parce qu'il vaudrait mieux faire ça ou attendre que ça passe, etc. »

On va faire « ok, je vous le fais », on discute pas, je réfléchis pas et c'est machinalement que les choses sont faites quoi.

Oui c'est vrai que je pense que ça peut mettre de la distance.

C : Oui parce que quand même les gens sont devenus exigeants.

S : Ah oui. Ben c'est tout, tout de suite maintenant, tout leur est dû.

Moi je trouve que c'est...

C : Et si ça se passe pas comme ils veulent... ils sont clients de la santé quasiment et puis si ça ne se passe comme ils veulent ils montrent les dents un peu.

S : Ah bah oui oui oui, clairement. Je trouve que les médecins sont un peu devenus...

surtout les médecins généralistes, c'est un peu les épiciers quoi.

Ils arrivent, ils ont fait leur liste de courses, on leur donne ce qu'ils veulent et s'ils ne sont pas contents, ils s'énervent parce qu'ils ne comprennent pas, parce qu'ils payent, parce qu'ils sont là, que.

Et oui, ils peuvent s'énervent... après si ils ne sont pas contents, ils vont voir ailleurs. Ah ah !

C : Ah ah, ça marche comme ça avec toi ?

S : Ouais, ah ah.

C : Tu disais « surtout en médecine générale », mais tu trouves qu'il y a une différence entre l'hôpital et puis la médecine générale ?

S : Oui.

C : Surtout du point de vue de la médecine défensive on ne fait pas la même...

S : Sur la médecine défensive, je ne sais pas... Parce que j'ai l'impression que les gens font un peu plus confiance aux spécialistes, mais après c'est peut-être qu'une impression.

Franchement, je sais pas trop, mais...

C'est vrai que je ne sais pas si sur la médecine défensive après par exemple les chirurgiens, je pense que médecine défensive, ils sont blindés doit faire archi attention.

Après les autres spé...

C : Et toi quand tu étais en stage par exemple aux urgences ou quoi ? Tu faisais...

S : Ah ben urgences c'est archi médecine défensive quand même.

Oui, les urgences c'est quand même un autre monde, c'est là vraiment...

Et pour le coup, les gens dans la société, sont plutôt remontés contre les urgences de manière globale.

Donc là on justifie tout, on fait des imageries à tout le monde, on fait des bio à tout le monde pour des trucs qu'en cab on ferait pas forcément.

C : Et tu penses que toi la médecine défensive, elle aura une place importante dans ta pratique future ? De beaucoup prescrire ou de prescrire pour se défendre ?

S : J'espère pas ah ah.

En tout cas moi j'aimerais essayer de ne pas trop être là dedans parce que je pense que tu te bouffes le moral et la santé.

C'est trop stressant de penser tout le temps à ça.

Après, c'est le temps de prendre de l'assurance sûrement, mais j'aimerais réussir à dire facilement aux gens non en fait, « je vous ferai pas ça parce que j'ai pas envie » et j'ai pas envie de me défendre tout le temps.

Mais par contre, je pense quand même que je vais avoir souvent en arrière pensée le côté un peu procédurier des patients qui pourraient me faire... me faire payer entre guillemets les choses que j'ai fait ou pas fait.

C : Tu y penses quand même au côté procédurier ?

S : Oui quand même, Oui, franchement. Pas avec tous les patients, mais sur les situations un peu bancales où tu sais pas trop pour l'instant, j'ai quand même tendance à me protéger moi.

Il y a peut-être un peu trop prescrire pour pas qu'il y ai de soucis après quoi. Ouais donc il y en aura quand même de la médecine défense je pense, au moins au début.

C : Et justement tu verrais sur quels axes de travail pour diminuer la médecine défensive ?

S : Je pense qu'on devrait nous former plus à savoir ce qu'on risque vraiment sur des situations un peu plus concrètes que nous dire « ah bah je sais pas prescrire un arrêt de travail de complaisance c'est tant d'amendes, et machin et tout ».

Peut-être qu'on n'ait plus conscience de ça, qu'on nous explique aussi vers qui on peut se tourner s'il y a un souci parce qu'on est pas trop accompagné là-dedans.

Et puis nous en parler un peu plus parce qu'en fait on part de rien. Donc... Peut-être aussi nous former un peu plus à dire non aux patients... on ne sait pas dire non, on ne nous apprend pas trop à dire non alors qu'en vrai ça arrive tous les jours des gens qui viennent « je veux ça ».

C : On nous laisse un peu dans notre bain tout seul.

S : Ouais, ouais.

C : Au final, parce que même si... Alors quand tu as le senior c'est sécurisant...

S : Ouais c'est ça.

C : Ça par contre oui, mais c'est un peu avec eux en fait... Enfin on se forme avec deux stages surtout de médecine générale.

S : Ouais c'est vrai... oui, et avec ce qu'on voit de leur façon de faire à eux.

- Et c'est vrai, on pioche dans ce qu'on voit chez les gens avec qui on bosse. Mais sinon on n'en sait rien quoi.
- C** : C'est vrai qu'on nous en parle pas, on nous en parle pas de la trouille de l'erreur.
- S** : Non...
- C** : En fait le concept de médecine défensive, tu te dis que ça fait 30 ans que ça existe aux Etats Unis, que c'est bien ancré là-bas, parce que bon ils sont très procédurier là-bas.
- S** : Ouais.
- C** : Mais chez nous, ça ne fait pas encore partie du dictionnaire médical français. Donc c'est pour ça que tu as pas le concept au départ, mais par contre je t'explique le concept en deux secondes tu te reconnais dedans.
- S** : Oui, oui, oui c'est vrai !
- C** : Oui tu reconnais des trucs dedans. Mais tu vois on nous en parle pas.
- S** : Non, pas du tout. Et puis même, comme tu disais, en général tu fais une connerie, tu n'oses pas trop en parler quoi. Alors qu'on devrait pouvoir dire « ah bah j'ai fait ça là, je suis pas sûr de ça. Est-ce que tu aurais fait ça ? »
- C** : Oui une culture positive de l'erreur.
- S** : Ouais, ouais.
- C** : Ouais, ça revient ça aussi.
- S** : Ouais, c'est vrai.
- C** : Donc moi c'est bien parce que là, j'ai interrogé les gens, j'ai tout un panel de personnes où j'ai du pas du tout stressé au totalement stressé. J'ai tout un panel c'est intéressant. Après oui, je pense, il y a l'expérience aussi, peut être que...
- S** : Ah oui je pense que ça joue vraiment l'expérience aussi. Au final plus t'avances dans ta carrière... déjà je pense que plus tu es... enfin plus tu relativises sur les choses et puis plus tu dis « ben non en fait ça se passe comme ça et c'est comme ça ».
- Et puis oui je pense que tu relativises plus à force.
- C** : Puis d'installer un climat de confiance aussi avec les gens.
- S** : Oui, les gens te connaissent, ouais, c'est ça. Mais c'est vrai.
- C** : Il faut de la communication aussi avec les gens.
- S** : C'est vrai que là, nous, au final, on a connu le statut de remplaçant et le statut de remplaçant, les gens viennent, ils te connaissent pas, t'as tout à prouver en quinze minutes.

Donc oui, je pense que pour le coup ça change quand t'es med gé de tes patients depuis des années. Ouais c'est vrai.

C : Ok, merci beaucoup.

S : Bah de rien.

7. Retranscription de l'entretien 7

C : Du coup, est ce que tu peux me dire où tu en es au niveau de tes études de médecine ?

G : Alors moi je suis en dernier semestre, je suis en stage là au REPOPP, à *ville* à *lieu*, c'est un stage couplé, je fais trois mois au REPOPP et trois mois ensuite à la PMI de *ville*.

C : Donc tu as déjà fait ton Saspas.

G : Saspas ouais, au dernier semestre. C'était ici, chez le docteur *nom* et j'ai fait aussi à *ville*.

C : Est-ce que t'avais une licence de rempla ?

G : Oui, je l'ai faite. Dès novembre dernier, j'ai fait dès que j'ai pu faire.

C : OK, t'as commencé les rempla ?

G : Oui, j'ai commencé.

C : Ouais, ok, t'en as fait beaucoup ?

G : J'en ai fait quelques-uns à Gray. Et puis là, je remplace chez un Docteur à côté. Et j'ai fait aussi un peu de clinique.

C : Ok, ça marche. Du coup, moi je m'intéresse au vécu de l'erreur médicale chez les étudiants en Saspas. En fait quand je te parle d'erreur médicale, ça t'évoque quoi de prime abord ?

G : Ce que ça m'évoque ? Quelque chose qui aurait pu avoir causé des dommages chez les patients. Quelque chose de grave en tout cas. En tout cas, moi je l'aurais vécu comme ça.

C : Ok. Un truc qui aurait pu avoir des conséquences sur le patient. Ok. Est-ce que toi t'as peur de faire des erreurs ?

G : Oui. Oui, constamment.

C : Constamment ? C'est vraiment présent chez toi.

G : Oui, oui, oui, oui.

C : Tu y penses beaucoup ?

G : Oui, oui, parfois même je pense que je sur-prescrit.

C : D'accord. Est-ce que tu identifies des sources de pression, toi, dans notre travail ?

G : Des sources de pression ? Oui, quand même. Bah déjà peur de faire des erreurs.

Après, il y a la pression d'avoir un chef au-dessus de soi parce qu'on est interne.

Et puis oui, peur de faire une erreur et qu'ensuite il suffit de tomber sur un patient un peu trop procédurier et que

- ça engendre des poursuites, des choses comme ça.
- C** : Tu penses aux poursuites ?
- G** : Oui, oui, pasque j'ai eu un co-interne contre lequel il y a eu des poursuites. Donc du coup...
- C** : Et tu y pensais déjà avant ?
- G** : J'y pensais déjà avant.
- C** : Et ça a encore cristallisé un peu le truc.
- G** : Euh oui bah oui, oui oui, ça peut faire partie des choses qu'on fait, comme je te disais, des prescriptions que je peux faire pour éviter ce genre de choses.
- C** : Parce qu'effectivement il y a la peur des poursuites, la pression qu'on se met un peu tout seul.
- G** : Oui aussi.
- C** : La pression des patients.
- G** : Oui la pression des patients.
- C** : C'est vrai que le fait aussi d'avoir un chef, ça revient quand même pas mal chez les étudiants.
- G** : Oui, oui
- C** : Et et toi, justement, est-ce que par rapport à ces différentes sources de pression, il y a des choses que tu mets en place ?
- G** : Eh bien j'ai tendance peut être sur par exemple des diagnostics où tu es quasiment sûrs d'avoir trouvé, pour éviter une erreur j'aurais tendance peut être à sur-prescrire ou prescrire des examens complémentaires dont je sais qui seront qu'ils reviendront normaux quoi.
- C** : Oui, tu en as conscience de ça.
- G** : Ça j'en ai conscience oui, oui.
- C** : Parce que justement j'ai l'impression que la peur de l'erreur aussi c'est un peu caché, un peu tabou et qu'on en parle pas beaucoup.
- G** : Oui oui.
- C** : C'est un peu à nous de gérer tout seul tu trouves pas ?
- G** : Oui mais surtout en cabinet de médecine général, on se retrouve un peu seul.
- C** : Et puis même dans les études de médecine, on nous en a pas forcément beaucoup parlé.
- G** : Non non non, on nous prépare pas au potentiel fait qu'on peut faire une erreur. Et puis comment faut se défendre derrière. Ou alors comment il faut anticiper les choses. Oui, oui totalement.
- Je me souviens des cours où on nous présente les différentes poursuites,

mais c'est juste on te balance ça sans vraiment dire comment on peut gérer le truc.

C : C'est vrai qu'on n'a pas beaucoup de notion de gestion de notre peur en fait.

G : Non pas du tout.

C : En fait le thème réel de ma thèse c'est la médecine défensive. Est-ce que ça te parle ça ?

G : Non, pas vraiment.

C : Pas vraiment ? Est-ce que tu t'imagines ce que c'est ou pas comme ça ?

G : Est-ce que ce serait le fait de prescrire pour soi-même, enfin, pour s'éviter des soucis ?

C : Ça en fait partie. Ouais. En gros, je vais te donner une définition.

En gros, ils disent que c'est la déviation de la pratique médicale standard en conséquences à diverses sources de pression.

C'est une attitude par laquelle le médecin, il adopte des comportements non justifiés par les recommandations médicales dans le seul but de se prémunir des risques de poursuites judiciaires. Tu vois ?

G : Ouais, ouais, ouais.

C : Donc, est ce que quand je te dis ça, ça te parle ?

G : Ah oui, oui.

C : Une fois qu'on donne la définition, ça c'est un concept qu'on connaît, même si on connaît pas forcément le mot.

G : Oui le terme exact.

C : Ouais, parce qu'aux Etats-Unis, on sait que ça existe depuis 30 ans.

Ce terme, c'est bien ancré, alors que ça ne fait pas partie du dictionnaire médical français.

Du coup, moi je m'intéresse un peu à la perception de ce concept chez les étudiants en Saspas et les conséquences sur leur pratique médicale.

Toi, ça te parle ?

G : Oui. Moi j'en ai conscience.

C : Toi, tu te retrouves dedans ?

G : Oui, oui, oui.

C : Oui moi aussi un peu.

G : Ouais. Peux être plus quand je travaille en milieu hospitalier qu'en médecine générale.

Ou alors il y a plus d'obligation de moyens aussi quand on travaille aux urgences, par exemple que quand on est en cabinet de médecine générale

où on a juste la clinique. Et puis des fois on a tendance à plus temporiser un peu aussi.

Mais oui, en milieux hospitalier oui...

C : Du coup, par rapport à ça, est ce que tu peux voir des côtés positifs et des côtés négatifs ?

Est-ce que tu trouves des côtés positifs à cette médecine défensive ?

G : Ben les côtés positifs, c'est qu'on aurait tendance à aller plus loin dans les choses.

Et puis ça nous permettrait eh bien d'être sûrs.

Enfin, quand on a un diagnostic précis en tête et qu'on prescrit un examen complémentaire, ça nous permet d'être sûr qu'on écarte des diagnostics.

Enfin je sais pas je m'exprime peut-être ma, mais on écarte des diagnostics de façon formelle.

G : Parfois on a juste un autre savoir, on est sûr d'un diagnostic et puis on veut pas aller plus loin, et puis de vouloir se défendre, de vouloir être sûr, enfin de sur-diagnostiquer, de diagnostiquer quelque chose en plus, ça nous permettrait d'éliminer de façon formelle. D'être sûr.

C : De faire un meilleur suivi

G : Oui, oui, un meilleur suivi, et peut-être un meilleur diagnostic aussi.

C : Et puis est ce que tu vois des côtés négatifs ?

G : Et bien déjà le coût que ça engendre, je pense que ça fait partie des côtés négatifs,

Même si on n'y pense pas vraiment parce que on a pas le côté financier.

Et puis la sur-prescription, j'imagine que ça peut aussi bloquer des créneaux qui n'aurait pas lieu si on le faisait pas, si on se faisait un peu plus confiance aussi.

C : Oui, c'est vrai, et il y a aussi le sur-diagnostic, et même le burn out des médecins un peu aussi.

G : Oui c'est sûr.

C : C'est une tendance qui est en conséquence à des sources de pression en fait.

Donc c'est vraiment aussi la pression qu'on se met sur nous mêmes.

G : Ben oui, oui c'est ça.

C : Et puis du coup, toi tu ressens des fois qu'il y a des situations où t'as besoin de te défendre ?

G : Oui, ça dépend des patients je dirais. Il y a des patients très procéduriers auxquels j'aurais tendance plus à prescrire des choses, parce qu'ils sont très questionneurs, ou alors parce qu'ils insistent.

Et puis des fois j'ai pas envie de me

battre plus et voilà.

Donc oui, c'est souvent quand je suis face à un patient.

Et puis parfois comme tout est très protocolisé dans la médecine, parce que j'ai un chef au-dessus de moi pour être sûr de faire les choses de façon... enfin de bien faire les choses.

C : Ok, je vois. Et tu penses que les gens, ils ont conscience de ça ? Et que des fois on a le sentiment de devoir se défendre par rapport eux ?

G : Je sais pas s'ils en ont conscience. Je ne sais pas trop ça, je t'avoue.
Non, je ne sais pas s'ils en ont conscience.

C : En fait, on en parle pas vraiment.

G : Ben non. Oui, puis c'est vrai que des fois on justifie, on justifie beaucoup avec la médecine, mais on ne dit pas « je vous prescris ça parce que vous m'avez demandé, même si je sais qu'il n'y a rien ». En tout cas j'ai jamais dit ça.
Je me dis surtout je le prescris pour éliminer ça, même si je fais plus...

C : Est-ce que tu penses justement que sous toutes ces formes de médecine défensive, ça peut créer une distance entre le patient et le médecin ?
En gros un peu rupture de la relation des fois.

G : Non. Enfin, je ne vois pas comment.
Comment ça pourrait...

Au contraire je pense que dans l'esprit des patients, plus tu prescris, plus tu t'intéresses à lui, puis tu as envie de chercher plus.

Des fois c'est thérapeutique pour eux aussi.

Donc je ne sais pas... sauf si on veut leur expliquer les choses, mais...

C : Et toi tu penses que toi, les recommandations, c'est un bon rempart face à l'erreur ?

G : Oui, oui, parce que ça permet de faire les choses de façon... de ne pas oublier des choses.
C'est surtout ça. De suivre des choses qui sont moins... qui sont écrites et parfois oui... Après je pense qu'il faut s'adapter au cas par cas.
Parfois, oui.

C : Oui, oui, je suis d'accord.

G : En fait c'est une base dont on doit se servir.

Mais faut savoir adapter quoi... on peut pas... si on mettait tous les protocoles pour des douleurs thoraciques à chacun, on s'en sort pas, même si on le fait beaucoup aux urgences parce qu'on a peur, pour se défendre, on a peur, alors que desfois quand on tombe sur un jeune avec une douleur thoracique, on lance le bilan complet, parfois on sait que c'est exagéré quoi.

C : Tu trouves qu'il y a une différence en vrai entre médecine générale et hospital ?

G : Euh oui oui, moi j'aurais beaucoup plus tendance à prescrire à l'hôpital parce qu'il y a une obligation de moyens, il y a tout à disposition. En médecine générale je temporise quand même beaucoup plus.

C : Parce que oui on peut reconvoquer le patient.

G : Oui on peut reconvoquer le patient, ça fait partie des consignes, si ça ne va pas, vous revenez et puis on va un peu plus loin quoi.

En tout cas, en première prescription, enfin en première consultation, je prescris pas forcément des bilans biologiques, alors qu'aux urgences j'aurais tendance à le faire.

C : Ouais je suis d'accord.

Est-ce que tu penses que la médecine défensive aura une place importante dans ta pratique future ?

G : Je pense que oui, parce qu'on a l'impression que tous les patients savent bien se défendre ou alors se défendre peut-être de façon plus facile.

Et ça fait partie des... peut être pas des menaces, mais on sent que... en tout cas, en cabinet de médecine générale, j'ai l'impression d'avoir

rencontré beaucoup de patients procéduriers et parfois oui, ça fait peur. Donc pour se protéger soi oui, je pense que ça fera partie... oui dans le futur c'est possible que ça développe.

C : T'y penses souvent quand même ?

G : Oui, moi oui, parce que j'ai peur de cette erreur.

Et puis, peut-être parce que je suis au début de ma carrière aussi et que du coup je n'ai pas encore assez confiance pour le moment.

C : Et tu verrais quel axe de travail toi pour diminuer la pratique de la médecine défensive ?

G : Alors je sais pas si l'expérience fera que je reprendrai peut être un peu plus confiance et que du coup je serai un peu moins dans cette médecine défensive.

Mais je pense qu'il faut déjà en parler aux patients, leur expliquer que peut être qu'on ne leur parle pas assez. On reste trop en « médecine, médecine, procédures ».

Déjà en parler aux patients. Et puis... parce que ça du coup, c'est vraiment un terme que déjà moi je connaissais pas vraiment et donc j'imagine que les patients pas du tout.

Oui, je pense que communiquer là-dessus, et puis peut être un peu moins se servir des protocoles, ou je sais pas...

C : Oui c'est ce qui se dit en fait pas mal quand même aussi chez la plupart des personnes que j'ai vu.

G : Se détacher un peu des protocoles et puis de faire les choses au cas par cas. Mais est ce que ce sera plus source d'erreurs aussi ? C'est un équilibre à avoir.

C : Toujours un équilibre, ce qui revient énormément c'est l'expérience, des fois avec des manques d'assurance, mais c'est normal, c'est de la remise en question.

Et puis il faut, et elle est nécessaire, faut juste qu'elle ne soient pas trop envahissantes non plus.

G : Oui totalement.

C : Et puis la communication.

G : Oui la communication, oui.

C : Mais effectivement, je pense que les gens ils sont pas forcément au courant de tout ça.

G : Non... Non et puis je pense que c'est une question d'éducation aussi. Comme je te dis, les patients plus tu leur fais des examens, plus ils sont

contents, plus ils voient que tu cherches.

Alors que si tu es sûr d'un diagnostic et il se passe... enfin t'as pas plus d'examens à leur fournir, là ils se questionnent plus quoi.

Et puis c'est là que ça peut être source d'incompréhension quand même.

C : Effectivement. Et puis toi, tu vas bosser comment ?

G : Moi, libéral.

C : Libéral ?

G : Oui, absolument pas de projet d'installation pour le moment, mais en cabinet, mais ce sera du libéral.

C : Ok. Mais oui, tu penses qu'il y aura quand même de pas mal de sécurisation de tes prises en charge.

G : Euh oui, je vais faire en sorte, oui... Oui après je vais continuer comme ça, mais à voir si ça évolue de ce côté là, si on nous laisse un peu plus de liberté ou pas, je sais pas.

C : Ça marche. Merci beaucoup en tout cas.

G : Merci à toi

8. Retranscription de l'entretien 8

C : Du coup, est ce que tu peux me dire un peu là où tu en es dans tes années d'études, là ?

T : Là, actuellement, du coup je suis en Saspas donc c'est mon sixième semestre en médecine général. Donc Saspas à *ville*, *ville*, *ville*, et puis le dernier est à *ville*.

C : Et t'as une licence de rempla toi ?

T : Oui.

C : Tu as commencé à faire des rempla ?

T : Oui, j'ai commencé, mon premier rempla c'était en décembre l'année dernière.
Donc voilà, au tout début du cinquième semestre.

C : Ok donc Saspas et licence de rempla.

T : Exactement.

C : Alors moi, écoute, je m'intéresse au vécu de l'erreur médicale chez les étudiants en Saspas. Toi quand je te parle d'erreur médicale, ça t'évoque quoi de prime abord ?

T : Ben déjà une faute... hmm...

C : Je veux bien des exemples, au sens large hein, pas forcément une histoire précise, mais des exemples d'erreurs

qu'on pourrait faire, ou que t'as vu faire des quoi.

Ça t'évoque quoi erreur médicale pour toi ?

T : Ben ça pourrait être déjà une erreur de prescription en premier.

Donc après dans la prescription, la posologie, la classe du médicament, il y a aussi les interactions je pense, interactions médicamenteuses.

Voilà, si on ne fait pas forcément attention.

Après, dans l'erreur médicale, il peut y avoir je pense deux types, celui où l'on pouvait l'éviter et d'autres en fait, où ça n'est pas forcément de notre ressort. En fait, il y a une erreur, mais soit... voilà en fait par exemple, pour une erreur de prescription, une interaction, par exemple le patient, on a cherché, mais le patient nous l'a pas dit.

Voilà, lui ne savait pas. Et du coup ça c'est plus des erreurs au final, où on ne peut pas grand chose.

On peut toujours essayer de creuser, de faire au mieux, mais...moi je vois surtout ça.

C : Ok, et toi, est ce que t'as peur de faire des erreurs ?

T : Oui, oui forcément. C'est quelque chose de... je trouve qu'en médecine aussi c'est ça qui fait peur en fait. L'erreur, la

peur de l'erreur.

En plus, nous en étant jeune, on sait que... de toute façon on sait qu'on sait jamais tout, mais on sait que ça peut... voilà, ça peut arriver à tout moment. Puis en même temps, on voit pas mal de monde, on voit tellement de choses que des fois un petit moment d'inattention, on fait pas forcément gaffe et puis ça peut... ça peut arriver.

Là, pour le moment, on est encore en temps que Saspas.

On est encore un peu seniorisé, mais même si au final, la responsabilité, on va dire que c'est peut-être le maître de stage qui va la prendre, mais dans tous les cas moralement c'est quand même nous qui l'avons fait, qui sommes... enfin juridiquement on est peut-être moins inquieté mais quand même, pour après la suite de la période c'est quand même pas évident.

C : Ouais effectivement la séniorisation ça apporte une sécurité, mais quand même, au final, si c'est toi qui fait l'erreur, tu as quand même une responsabilité morale.

T : Ah oui, complètement.

C : Et toi, tu penses beaucoup à ça ou pas ?

T : Non. Je trouve qu'en médecine générale...

Voilà, je sais, ça fait que deux mois ou

trois mois de Saspas, donc j'ai pas assez de recul, et puis j'ai pas eu encore vraiment d'expérience où j'ai pu faire une erreur.

Des fois tu le sais pas forcément. En fait, ça peut être une erreur, mais on est pas forcément au courant. Donc je sais pas pour le moment j'ai pas encore eu d'expérience comme ça, de mauvaises expériences où j'ai été en faute.

J'espère qu'il y en aura le moins possible.

Mais non j'ai pas encore été vraiment confronté...

C : Mais plutôt dans l'appréhension d'en faire une tu y penses beaucoup ?

T : Hmm non, franchement ça va, j'essaie de relativiser.

Puis toute façon je me dis « je vais essayer de faire au mieux », même si bon, on sait que ça peut arriver.

Mais non, franchement pas trop... ça reste toujours dans un coin de la tête, mais si on fait que de penser à ça après on part au taf avec la boule au ventre.

J'essaie de me mettre dans un état d'esprit où voilà, j'essaie de faire au mieux, d'être vraiment attentif, sérieux, le plus rigoureux possible et voilà.

Je trouve après que par rapport à ça le fait de passer dans des stages d'urgence... c'est quand même plus rassurant la médecine générale, on a

quand même moins ce côté vraiment urgence vitale.

Et toute façon, si jamais il y a une urgence vitale, on adresse parce que nous on sait qu'on est pas en capacité de...

En fait l'objectif c'est quand même de donner le max, et je me dis tant qu'on donne le max, même si ça se termine mal, faut pas regretter.

Donc c'est pour ça, moi j'essaie de relativiser un peu par rapport à ça.

Je me dis « tant que tu donnes le maximum » que tu essaies de faire au mieux pour les patients, il n'y a pas besoin de se mettre vraiment trop la pression par rapport à ça.

Et puis après on est quand même entourés si il y a besoin, si il y a une urgence

C : Bah oui il y a le 15.

T : Oui il y a le quinze il y a quand même du monde.

C : Oui pour être aider.

T : Oui c'est ça il y a de l'aide. Et voilà moi ça me permet de relativiser. et puis je ne suis pas bouffé par l'angoisse de faire une erreur.

C : Très bien. Et est ce que tu identifies dans notre taf à nous, des des sources de pression ?

T : Des sources de pression en médecine générale ?

C : Oui, plutôt en médecine générale, mais même en mode global.

En fait, dans notre métier de médecin, est ce que tu identifies des sources de pression ?

Est ce qu'il y a des des choses qui pourraient nous mettre la pression ?

T : On peut avoir la pression de prescription.

Je sais pas, avant, je ne sais pas comment c'était, mais là c'est vrai qu'il y a quand même souvent la pression de prescription.

C : Ouais de la part de qui ?

T : Plutôt de la part des patients, c'est quand même quelque chose... après, je pense que c'est vraiment dans les études, tout ça, c'est quand même très très français.

Mais moi, cette pression de prescription, pas forcément en plus des médicaments très... enfin voilà des choses très banal, mais moi je le ressens quand même.

Voilà, si c'est pas prescrit, il y a des gens qui ont du mal à quand même accepter de partir sans une ordonnance, même s'ils n'en ont pas besoin.

Alors que là on repart avec le papier, ça je trouve ça un peu un peu pénible. Après il ya aussi une pression globale,

je sais pas comment l'expliquer, mais c'est la pression un peu des patients aussi par rapport aux délais.

Voilà c'est nouveau avec la situation actuelle, mais la pression d'être vu rapidement.

Voilà, on essaie de faire au mieux, mais c'est quand même assez compliqué la sur sollicitation des patients.

C : Les patients tu trouves qu'ils sont un peu plus exigeants maintenant ?

T : Ouais, c'est un peu plus exigeant, ils veulent être vu tout de suite, enfin, très rapidement, pour des choses pas forcément, toujours très urgentes, il y a un manque de relativisation.

Mais bon, c'est un peu ça, c'est un peu la situation actuelle qui veut que, mais il y a une pression un peu quand même globale aussi du côté des patients.

Moi, je trouve qu'il y a quand même un manque d'éducation à la santé en France.

C : C'est à dire ?

T : Mais en fait, oui, un manque d'éducation à la santé sur toutes les choses un peu du quotidien. Les gens sont très demandeurs de soins. On le voit, avec les motifs de consultation.

Moi, l'exemple qui va... qui me choque, c'est qu'en fait des personnes, mais c'est très souvent, mais ils vont

consulter tous les ans au même moment par exemple l'hiver ils vont tous consulter pour la même chose et en fait il n'y a pas de enregistrements.

Par exemple, je peux comparer ça à l'école, par exemple quand on t'apprend un truc après, du coup, t'as pas besoin de le voir 50 fois.

Là, ils vont venir l'hiver pour quelque chose, on va avoir la même chose l'hiver d'après et puis en fait, ils vont quand même revenir consulter alors qu'ils savent qu'il y a eu la même chose avant et on leur redit la même chose.

Et en fait c'est ça, il y a une énorme consommation de soins et les gens j'ai l'impression qu'ils n'apprennent pas forcément...

En fait le patient il consomme du soin, plutôt que dire « ah voilà la dernière fois il m'a dit que c'était ça, là ça y ressemble, il y a pas forcément besoin de consulter ».

C : Oui tu a l'impression qu'il y a un manque d'éducation à la santé, qu'on a l'impression de faire les choses bien et puis les gens impriment pas trop.

T : Oui et ils reviennent. Parce que ça, je pense que ça libérait énormément de temps si il y avait une certaine forme d'apprentissage.

Après il y a de l'inquiétude, il y a plein de choses, des personnes ça peut se

comprendre aussi qui ont besoin d'être rassuré.

Mais après c'est un truc, je me suis fait la réflexion, en fait tous les ans nous du côté médical on considère que... on se dit ouais on va voir tous les tous les virus de l'hiver et machin mais en fait, est ce que c'est normal entre guillemets ?

T : Alors que voilà, ces personnes elles ont déjà eu ça une fois, voilà elles devraient savoir que ça peut revenir.

C : Et il y a des fois, il y a surtout aussi la pression judiciaire qui revient, tu l'as subie toi ou pas, tu y penses ?

T : Oui, c'est vrai que je n'y ai pas pensé, mais j'ai pas encore eu affaire à ça aussi donc c'est pour ça que ce ne m'est pas venu tout de suite... mais oui c'est vrai qu'il y a la pression en fait de bien cadrer les dossiers, tout noter. Oui de se mettre en sécurité, de sécuriser au maximum ses prises en charges, de tout tracer. Et oui, c'est effectivement surtout aux urgences, alors qu'en médecine générale c'est moins fait à part qu'en fait ça va plus être patient dépendant, quand on sent que la personne peut éventuellement être très procédurière.

Oui mais après plutôt aux urgences.

C : Mais t'y penses pas forcément la non ?

T : Non non, moi pas plus que ça.

C : Ok. Et du coup toi t'as l'impression qu'il y a des situations où tu as besoin de te défendre un peu ? C'est à dire des situations qui te mettent en difficulté, ou tu vas mettre en place des trucs un peu pour lutter contre le risque d'erreur ou pas ?

T : Hmm... tu peux juste répéter ?

C : Ben en gros, est ce que tu penses que dans notre métier tu reconnais des situations qui te mettent en difficultés, où on a besoin de se défendre un peu en fait, de mettre en place des trucs pour limiter le risque d'erreur quoi.

T : Hmmm...

C : C'est pas hyper clair ?

T : Si je suis en train réfléchir aux situations... si la question je vois bien mais... comme ça je... Après moi je vois, je sais déjà qu'il y a un truc que je voudrai pas, et que je ferai pas c'est de la gynéco. Ouais, déjà la gynéco en tant que mec, j'aime pas trop ça et je sens que c'est un truc, c'est source de problèmes. En plus, en tant que mec, les femmes elles vont avoir moins tendance à venir. Je me suis moi déjà... moi-même me sens pas trop à l'aise avec ça. C'est pas que je me sens pas à l'aise, mais je préfère laisser ça à des gens

qui maîtrisent.

Et puis aussi, c'est peut être... je trouve que depuis le début des études, très souvent en fait on a jamais été vraiment intégré, je trouve, à la formation gynéco... à part à l'hôpital, on y était un peu... enfin les femmes sont un peu... pas obligées, elles sont jamais obligées, mais on est quand même beaucoup plus semi imposées on va dire.

Mais sinon, en médecine générale, en Prat niveau un, ou même avant en stage d'externe, en fait, je me suis jamais sentis intégré dans la prise en charge gynéco, même les examens juste pour voir comment on fait, c'est vrai que c'est quelque chose de pas évident.

Donc je me suis toujours dit je ferai pas de gynéco de toute façon je suis pas à l'aise.

Et puis mon stage en gynéco me l'a quand même confirmé, ça reste sympa, mais je pense que moi c'est source de problèmes.

C : Par exemple, éviter une pratique c'est ça ?

T : Oui, oui, ne pas faire certaines choses pour éviter toute source de problèmes comme ça.

C : Moi j'ai l'impression que tu vois, la peur de l'erreur médicale, c'est un peu tabou quand même qu'on en parle pas et que

c'est à nous de gérer un peu tout seul. T'en penses quoi toi ?

T : Hmmmm

C : Toi t'as peur généralement de faire quand même une erreur médicale ou pas ?

Enfin tu me disais plutôt « je sais que je vais faire le maximum, tout ça », c'est sûr, mais tu appréhendes pas toi ?

T : Après, je pense que c'est un peu mis de côté en fait, c'est ça.

C'est même pas une histoire de confiance parce que tu sais que ça peut arriver à tout moment, mais oui, en fait c'est plus je me dis que je me mets dans un état d'esprit positif en fait plutôt que négatif.

J'y vais pas en me disant « il ne faut pas que je fasse d'erreurs », je me dis « voilà, je vais faire au mieux et puis on verra ».

Je vais essayer de tout bien expliquer aux gens. Si je sais pas, j'oriente.

C'est vraiment ça en fait. C'est vraiment rester à sa place.

Et puis je pense que la base aussi c'est la communication.

Parce que voilà, tu peux faire une erreur, mais si les gens en fait, il n'ya rien qui leur est expliqué, je pense que tu peux vite te retrouver toi dans la merde.

Alors que si tu communique avec eux, tu leur expliques ta démarche,

pourquoi tu fais ci, pourquoi tu fais ça, pourquoi tu mets tel médicament...

Imaginons qu'il fasse une réaction allergique, ou qu'il y ai une interaction, un truc, quelque chose de rare, si rien n'a été expliqué il va dire « le médecin il m'a mis ça, il a fait n'importe quoi ». Alors que si ça a été expliqué et que même le risque d'erreur, le risque d'interaction, ça été expliqué au patient, ça peut adoucir au moins les choses.

C : Comme tu disais, oui, il y a une part d'erreur évitable et d'erreur inévitable, mais qu'en fait la communication, ça reste quand même la clé pour limiter les conséquences.

T : Oui, c'est ça le plus, la communication, je pense pour réduire les conséquences. Après voilà, comme toujours il y a des exceptions, tu as beau communiquer, tu as beau dire... c'est pour ça que je pense que des fois il faut tracer, mais j'ai remarqué ça avec les gens en général, quand la démarche est expliquée la plupart du temps quand même ça se passe plutôt bien. Et puis on arrive quand même à convaincre. Après c'est le principe de l'alliance thérapeutique avec le patient. Mais oui, c'est vraiment ça de garder cet état d'esprit parce que sinon, si en

commençant, on est déjà en train de se bouffer avec le risque...

C : Oui si on se fait envahir.

T : Si on commence à se faire envahir, on fait rien...

Après voilà t'as toujours quand même ce petit stress, « est ce que j'ai bien fait ? est ce que j'aurais dû faire autrement ? »

C : C'est limite nécessaire un petit peu aussi pour pas être trop confiant et puis se dire c'est bon, je suis le pro mais faut pas trop que ce soit envahissant non plus.

T : Non, c'est ça, c'est trouver vraiment le juste milieu après voilà, je débute donc ça fait que trois mois les consultations tout seul donc c'est... mais c'est un travail de fond, c'est un peu un travail à faire.

Après aussi, ça dépend du caractère de chacun.

C : Justement je rencontre plein d'internes différent, qui disent plein de choses différentes.

Et moi en fait, le réel sujet de ma thèse, c'est la médecine défensive.

Est-ce que ça te parle ce terme là ?

T : Ouais

C : Ah ouais ?

T : Ouais ben en fait c'est faire plus... en fait plus voir peut-être même en faire trop, même si c'est pas forcément utile. C'est pour au final se rassurer plus soi que.... ou à essayer des fois de sur diagnostiquer, ou vouloir en faire trop en fait pour se rassurer, pour se dire qu'on a fait le maximum.
Enfin moi je vois ça comme ça.

C : Ouais, c'est ça, c'est ça.

En gros, ils disent que c'est la déviation de la pratique médicale standard en conséquence, à divers sources de pression, et puis que c'est quand tu adoptes des comportements non justifiés par exemple par les recommandations médicales, dans le seul but de se prémunir des risques de poursuites judiciaires ou d'une erreur médicale.

Donc oui, c'est ça, c'est des fois en faire trop pour simplement se rassurer en oubliant en gros...

T : Oui pour être tranquille.

C : Et donc du coup, ça c'est un concept que tu connaissais déjà ?

T : Ouais, j'en avais déjà entendu parler.

C : Ouais tu l'as entendu où, tu te souviens ?

T : Euh... C'est une interne qui a fait sa thèse sur la médecine défensive ?

C : Ah oui il n'y a pas longtemps.

T : Ouais, c'est pour ça du coup j'en avais entendu parler.

C : Ok et sinon pas avant ?

T : Euh non, non, pas ce terme là exactement.

C : Oui, mais t'avais déjà vu que t'avais déjà vu le concept sans entendre vraiment le mot.

T : Ah oui, oui, ça bien sûr.

C : Ouais, tu l'as vu faire, ou tu le vois depuis longtemps, ça ou pas ?

T : Aux urgences c'est surtout là-bas qu'on le voit quand même. Aux urgences c'est un peu le mode de fonctionnement.

En médecine générale un peu moins. Mais après aux urgences, de toute façon les gens qui y vont sont quand même plus... il y a des fois de l'inquiétude, ou il y a des fois on ne sait pas trop, donc les examens complémentaires sont faits quand même...

C : En listing ?

T : Ouais en listing, c'est fait un peu à la chaîne à part certains justement qui adoptent, enfin qui refusent d'adopter cette pratique.

Mais voilà, je pense surtout à tout ce qui est... quand on parle des circuits court d'urgences... enfin dans les

circuits longs il y a aussi les scanners qui sont faits un peu pour tout et n'importe quoi.

Mais des fois c'est vrai qu'on trouve des trucs, des fois y'a rien. Les radios et les radios qui sont faites de manière systématique ça c'est de la médecine défensive.

Chaque personne qui rentre a sa radio comme ça ça va, tout le monde est content, on évite les problèmes des... Mais ouais, surtout au plus aux urgences.

C : Donc est ce que tu trouverais des côtés positifs à ça ou pas. A cette médecine défensive ?

T : Hmm moi je ne trouve pas non.

C : Non ?

T : Moi je ne trouve pas non. Ça amène plus d'inquiétude de sur-diagnostic.

Par exemple sur les scanners abdos ils vont trouver des kystes, des machins, des trucs qui au final on s'en fout. Et les gens, ça les inquiète.

Et en fait ça apporte plus de stress, pour eux, pour après.

Ouais, je pense que ce que ça apporte... enfin ce qu'on gagne par exemple, à diagnostiquer peut-être une fois sur... enfin à faire 10 scanner entre guillemets « pas justifier », puis découvrir de manière fortuite un truc, enfin un gros truc et puis tout plein de

petites choses, je pense que l'apport est pas forcément...

C : Ouais, le ratio...

T : Le ratio pour une personne, forcément ça va être top, parce que voilà, il n'y aura pas de retard de prise en charge. Mais c'est vrai qu'après, si on réfléchit...

Enfin de manière individuelle, la personne pour elle, ça va être super bien.

Mais en fait, si on prend vraiment de manière plus globale en mode santé publique, c'est vrai que toute façon on ne peut pas s'en sortir si on fait... voilà si on fait dans l'excès.

C : Effectivement ça fait du sur-diagnostic, ça fait du surcout, tu vois d'autres trucs ou pas ?

T : Ben oui, ça rajoute... déjà dans l'éducation à la santé, c'est un peu catastrophique parce que ça donne l'image que voilà, si on veut... c'est pareil, c'est toujours avec la situation actuelle, mais par exemple des gens qui savent... ça peut faire dévier certains comportements, là, des gens qui attendent une imagerie, et puis c'est dans le bouche à oreille, ils savent que voilà, aux urgences, ils peuvent éventuellement avoir l'imagerie plus rapidement.

Et puis eux ils y vont, et ils l'ont bien

plus tôt et puis voilà...

Ça peut entraîner des abus.

C : Oui ça engorge les urgences

T : Oui, ça peut participer aussi à ça.

Mais encore une fois sur l'éducation à la santé c'est pas bon, ça donne pas une bonne...

Voilà si d'un côté on essaie de dire « il faut éviter de consulter », et puis de l'autre côté on y va, on a ce qu'on veut et puis on rentre.

C'est plus sur ce côté là... je pense que ça apporte à personne.

Et même pour soit en fait, tout ce qu'on a appris, on en tient pas compte en fait, on fait on envoie et puis un peu à la chaîne.

Oui, et puis la médecine un peu à la chaîne.

C : Parce que tu vois, j'ai l'impression que c'est pas hyper connu non plus ce truc. Est-ce que tu crois justement que les patients ils en ont conscience ça que des fois on adopte une posture défensive ?

T : Je pense pas du tout. Pas du tout, du tout.

Je pense que les gens ils...j'ai vraiment pas l'impression en fait...

Après c'est pareil, c'est vraiment, c'est avec la santé, c'est les gens c'est... et puis c'est normal, ils adoptent un comportement quand même assez égoïste quoi.

Tout le monde veut avoir son... il a sa douleur, il veut savoir pourquoi, il a envie d'avoir son imagerie, il a envie d'avoir...

Oui il y a un égoïsme, en fait avec la santé de chacun.

Et c'est pour ça que des fois la communication c'est essentiel, pour justement essayer de recentrer un peu les gens sur tout ce qui est... recentrer sur la gravité des choses.

Voilà une douleur, c'est pas quelque chose de forcément grave ...

C'est pénible, mais ouais, essayer de vraiment les recentrés sur les choses. Parce qu'effectivement, quand on a quelque chose, on a envie de savoir, d'être pris en charge tout de suite, que ça aille le plus vite possible, mais peut être que le voisin aussi il a ça, et ça peut être un truc plus grave, et il faut parfois prendre son mal en patience parce que c'est pas toujours évident.

C : Mais c'est vrai que pour lutter contre l'exigence des patients, peut être que de la communication... parce que nous on a l'impression de la faire à notre échelle individuelle, dans notre relation patient-médecin, mais il faudrait limite presque une communication un peu plus globale quoi.

Au final, juste leur dire qu'il y a des situations où l'on sait que c'est compliqué, mais voilà, c'est compliqué aussi pour nous aussi.

Et justement, est ce que tu crois que ça

peut impacter la relation médecin-patient ?

De manière silencieuse un peu.

T : Dans le fait que ? ...

C : Que le concept que nous on doit se défendre par rapport à certaines situations, est ce que tu penses que ça peut impacter la relation qu'on a avec le avec le patient ?

T : Hmm oui, oui je pense que ça peut jouer quand même, ça peut jouer...

C : Par exemple toi ça te ferait déjà éviter une pratique, déjà ça, ça pourrait être l'exemple même d'une patiente que tu suis pendant des années, elle te demande de faire son suivi gynéco, tu lui dis « ah non je peux pas le faire », après elle peut se demander « ah pourquoi il veut pas me le faire ça ? ».

T : Oui oui, dans ce sens-là, effectivement, des choses que toi tu peux pas faire, enfin que tu ne veux pas faire. Ouais, là dessus ça peut jouer.

Après c'est pareil en expliquant en fait, il n'y a pas forcément vraiment de tabou, en expliquant simplement je pense que les gens comprennent sans soucis.

C : Ouais donc toujours la communication la clé quoi.

T : Oui, c'est vrai, c'est ça. Et puis quand ça fonctionne pas de toute façon, ça fonctionne pas et voilà.

C : Et puis toi, est ce que tu penses que ça aura une place importante dans ta pratique future la médecine défensive ? C'est à dire mettre des trucs en place, même si tu n'arrives pas à te projeter pour le moment.

Est-ce que tu penses que ça aura une place quand même dans le futur, dans le sens où tu vas mettre des trucs en place pour limiter une éventuelle erreur ?

T : Justement, j'aimerais pas. J'ai pas du tout envie de fonctionner comme ça, mais après je pense que c'est toujours... enfin je l'ai déjà fait ça c'est sûr.

Il y a des fois où la pression en fait, oui, le patient est hyper insistant, t'es la t'es en retard.

Il te soule pour avoir son truc, c'est pas du tout justifié, voilà, c'est des fois ça, des fois tu dis bon allez, je le mets et puis comme ça il me fait pas chier.

Mais après c'est vrai que c'est compliqué, mais ce que je veux c'est vraiment limiter au maximum.

Après en Saspas c'est plus compliqué parce que c'est pas mes patients, c'est les patients du médecin. J'ai pas envie de trop me mettre en porte à faux.

Ils ont eu leur éducation aussi avec, du coup ils comprennent pas toujours

pourquoi moi je le fais pas alors que le médecin il le fait tout le temps, il met tout le temps ci, il met tout le temps ça.

J'essaie d'expliquer, mais il y a des fois en fait, quand tu expliques 20 fois les mêmes choses à des personnes qui ne sont pas tes patients, et que tu vas plus voir après, je me casse plus trop la tête.

J'essaie de faire quand même au mieux, si ils comprennent tant mieux, sinon je leur dis de revoir plus tard avec le médecin vu que moi je le fais pas et puis voilà.

Mais plus tard je pense que j'essaierai de faire vraiment au mieux... enfin ne pas le faire, mais dans la mesure du possible, sans me mettre non plus trop en difficulté... sur des situations pour que ça dégénère pas.

Mais voilà, si il y a des situations où tu te sens trop trop sous pression, c'est vrai que des fois tu peux adopter de la médecine défensive. Tant que c'est pas pour trop de patients.

Si pour une situation, pourquoi pas, ça t'enlève cette charge, tu te dis « ok, comme ça, ils sont contents, ils ont, ils ont leur ordonnance, ils ont leur truc et puis voilà ».

C : Ok.

T : Mais très peu.

C : Oui toi t'as pas du tout envie de te mettre là-dedans.

T : Non pas du tout.

C : Ok, c'est intéressant parce qu'il y en a qui se voient totalement là-dedans.

Par exemple, j'ai interrogé tout un panel d'étudiants, il y en a qui disent « ah ouais, j'ai la trouille de l'erreur, donc je blinde. J'ai la prescription hyper facile, que ce soit biologie, imagerie. ».

Toi tu dis non, je vais être plus pragmatique, je vais jouer quand même la communication, expliquer pourquoi je fais ceci, pourquoi je fais cela. Et puis si ça va pas, au pire, revoir le...

T : Oui, exactement, c'est ça

C : Oui revoir le patient, mais pas faire pour tout le monde scanner, biologie dès qu'il y a le moindre...

T : Non, non, non, non, pas envie d'être là dedans.

Non et surtout je me dis que c'est une perte de chance pour les autres patients.

Si t'envoies dix personnes faire un scanner alors que même toi tu sais qu'il n'y a rien, enfin que t'es très peu... c'est toujours une histoire de probabilité, voilà de clinique de tout.

Mais si t'as très peu d'arguments, voilà et que tu les envoies faire un scanner, ben la personne qui elle est suspecte de cancer ça va retarder de une, deux

ou trois semaines.

C'est surtout des choses comme ça. Je me dis si toi tu envoies, si toi tu surcharges, je me dit qu'il ne faut pas créer de perte de chance.

Parce que toi t'es bien content si ton patient tu suspectes un truc grave et qu'il a son rendez vous très rapidement, et que ce ne soit pas embolisé par du scanner abusif injustifié.

Après c'est pareil, c'est aussi... chacun a sa... enfin comment dit...

C : Chacun a sa façon de pratiquer.

T : Oui, sa façon de pratiquer, ses arguments, son ressenti si la personne le sent pas, mais dans le cas de la médecine défensive, je pense que c'est vraiment un peu excessif quoi, sur le « on sait jamais, on sait jamais ».

C : Toi t'as pas envie d'être là, donc ?

T : Non, non, non, non. Et puis après c'est même pas stimulant quoi.

Tu ne fais pas de la médecine, tu ne te poses pas de questions en fait, tu ne réfléchis pas.

Et puis en fait je trouve que c'est du négatif vraiment pour tout, même pour le patient.

Enfin seul truc de positif, parce qu'il aura eu ce qu'il voulait, il sera content, voilà, il aura eu son truc, mais derrière voilà ça peut se...

C : Est-ce que tu penses que les recommandations, tu trouves que c'est un bon rempart toi face à l'erreur ? D'être vraiment que reco, que reco, que reco ?

T : Faut venir en tenir compte mais après faut il faut pas que ce soit trop... on est pas dans un truc, on est pas dans des maths, donc pas dans une science vraiment purement théorique.

Il y a pas une situation... enfin il y a des situations qui se ressemblent, mais c'est jamais... c'est jamais vraiment exactement la même chose.

Il y a plein de choses, plein d'autres paramètres à prendre en compte.

Donc les recos bien sûr, c'est un peu la Bible quoi et c'est ça qui nous permet de savoir quand même quoi faire.

Et on peut peut-être se cacher derrière, enfin on s'y fit, et puis même des fois pouvoir l'expliquer aussi aux patients parce qu'ils ne sont pas forcément au courant.

Voilà, ils ont chacun aussi chacun leur manière de voir, enfin d'imaginer un peu la médecine, comment ça fonctionne, sur quoi on se base.

T : Mais oui, effectivement leur expliquer que la Haute autorité de santé, ils disent qu'il faut faire ça, ça, ça, en leur expliquant que eux ils sont dans telle situation, on leur montre l'algorithme, ils disent... voilà parce que des fois qu'on sorte pas un truc du chapeau,

des fois ça peut aussi... pas les convaincre mais

C : Les sécurisés un peu.

T : Ouais ben oui, effectivement, ils nous ont dit ça... après il y a des gens qui sont plus ou moins sceptiques, mais bon, moi je pense que c'est bien.

C'est bien, mais c'est pareil, il faut tout prendre en compte.

C : Ouais je vois. Et puis même si toi tu te sens pas forcément concerné par ça, ou tu anticipes pas forcément ça dans ta pratique future la médecine défensive, tu te vois plus comme tu disais à dire « je vais faire le mieux, je vais communiquer, je vais essayer de faire mon maximum, je vais pas commencer à ce que ça m'envahissent la peur de l'erreur et puis faire des batteries d'exams ». Un peu rester pragmatique, c'est ça ?

T : Oui totalement.

C : Et toi, tu as déjà vu quand même la pratique de la médecine défensive chez d'autres ?

T : Ouais.

C : Tu penses qu'il faudrait travailler sur quoi pour baisser un peu cette pratique de médecine défensive dans le monde médical ?

T : Hmm...

C : Il y aurait quoi comme axe de travail en gros ?

T : Ben ce que je remarque beaucoup c'est aussi un peu le manque de temps.

En fait, les gens vont avoir tendance à... vu que c'est plus compliqué avec la surcharge de travail, c'est quand même plus compliqué de les revoir.

Ils vont plus à avoir tendance à mettre un petit peu tout dès le début, et éventuellement expliquer à l'oral ce qu'il faut faire mais sans pour autant s'assurer que les patients le suivent derrière.

Mais je pense qu'il y a déjà ça, déjà la surcharge de travail qui fait qu'on peut pas toujours bien revoir les patients, donc on a vite tendance à prescrire.

Et voilà peut-être un peu de surprescrire et puis en se disant « bon bah comme ça ce sera fait, au pire si il y a quelque chose bah... »

Après sinon l'idée que l'éducation, on en revient toujours au même point avec l'éducation à la santé, des campagnes nationales... enfin c'est pareil c'est toujours beau de mettre des messages à la télé, ça marque un petit peu, mais les gens c'est pareil quand ça touche à la santé... enfin, ça a beau être dit à la télé, ils ont des représentations, ils ont des expériences passées, ils ont des histoires de famille, plein de trucs et en fait voilà, des sources d'angoisse et souvent ils veulent un truc.

On a essayé, on peut toujours essayer, mais ça prend du temps.

Il faut que chaque médecin fasse ce boulot là.

Et c'est sûr que maintenant, avec la surcharge, en cinq minutes, cinq ou dix minutes, ou encore un quart d'heure, des fois c'est pas évident.

En fait, ça peut vite prendre vingt minutes pour argumenter.

T : Et puis si ça marche pas, c'est vrai qu'on a vite tendance à... enfin pour nous aussi ça reste une grosse... une journée où à toujours expliquer la même chose c'est vrai que c'est une charge assez lourde et surtout si c'est pas enregistré.

Mais je pense que c'est ça qu'il faut faire.

Après l'éducation à la santé, c'est vrai que c'est une bonne approche

T : C'est le point, c'est le truc principal. Je pense, c'est qu'en plus c'est vrai que les gens, enfin j'ai remarqué un petit peu, les gens y sont quand même réceptifs.

Ils disent « ah ouais ça on me l'a jamais dit, ah ok très bien je saurai »

Et des fois c'est des petites choses, pour nous ça nous paraît hyper logique et en fait pour eux pas du tout.

Et des fois ça prend même très peu de temps.

Mais je pense que si tout le monde fait

un peu ce boulot là, que effectivement on a des campagnes un petit peu plus... ouais expliquer aux gens.

Parce que la médecine nous on l'apprend, c'est quand même compliqué, c'est beaucoup d'études, mais il y a énormément de choses en fait qui sont... moi j'aime bien expliquer un peu le fonctionnement des choses.

Parce que des fois, les gens, ils sont habitués, ils disent je prends ça, par exemple le sirop pour la toux, tout le monde en demande, le médecin il met le sirop, et en fait quand on leur demande si ça fonctionne ils disent tous que non mais ils le veulent quand même.

Et même le fonctionnement, voilà, je leur explique que le sirop il va pas du tout par l'endroit où il respire. Donc quand tu leur expliques un peu le mécanisme, il se dit « ah oui, c'est vrai que ça sert à rien, vous avez raison ». Mais tout des petites choses comme ça, juste le fonctionnement très simple, un peu du corps, de différents mécanismes, les gens sont assez réceptifs et puis ça les intéresse en fait.

C'est pour ça que je me dis le savoir aussi... nous on sait des choses, mais c'est bien j'aime bien essayer de leur expliquer aux gens comment ça fonctionne pour que eux après ça... oui essayé de les stimuler un peu et puis pas que ce soit une consultation

comme au supermarché.

Je viens chercher mon ordo et puis je repars avec.

C : Peut-être qu'on y arrive, avant c'était différent, et on arrive maintenant à être plus sensibilisé à la communication avec le patient.

Ça aussi, peut être que ça va améliorer un petit peu les choses.

T : Je pense que maintenant, les jeunes, la jeune génération, c'est un peu plus... peut être qu'on communique plus, on est plus sensibilisés à ça.

C : Après, c'est bizarre parce que a l'impression que les gens deviennent plus exigeants d'un côté et ils sont peut-être plus procéduriers, plus à attaquer en justice s'ils ont un problème, etc par rapport à avant.

Donc ça a fait des trucs, on a eu un peu justement des mécanismes de défense qui se sont mis en place, mais nous on est plus sensibilisés à la communication en fait, peut-être pour limiter plus ça.

Peut-être qu'à un moment ça va arriver un équilibre.

T : Ouais j'espère. Rien que tu sais, avec les histoires d'antibio. Voilà y'a eu les

campagnes et puis effectivement, les jeunes on est beaucoup plus sensibilisés à ça.

On pense à tout ce qui est antibio-résistance, mais parce que on nous le rabâche, nous le rabâche et au final tout ça, ben enfin ça rentre et du coup ben voilà, on essaie de faire attention.

Et puis ouais je pense que ça petit à petit, là... enfin oui les vieilles générations ils ont plus tendance à envoyer les antibio

C : Ouais c'était une question d'éducation.

T : Ouais et rien que ça à défaire c'est quand même pas évident.

Et quand on voit les patients de médecins plus âgés qui arrivent, en fait ils arrivent comme au supermarché en sachant ce qu'ils veulent. En fait j'ai ça, donc il faut ça.

Sauf que pour moi en fait la consultation médicale c'est plus tu vois le médecin parce que tu ne sais pas forcément ce que tu as.

C'est vrai que ça c'est un point aussi... enfin voilà...

C : Ok, Bien, merci beaucoup en tout cas.

T : Ouais, pas de soucis

9. Retranscription de l'entretien 9

C : Eh bien du coup, c'est parti.

Du coup, toi, est ce que tu peux déjà me dire là où tu en es dans tes études médicales ?

M : Là, en ce moment, je suis en dernier semestre de médecine générale et je suis en stage de Saspas à *ville*.

C : Ok, ça se passe bien ?

M : Parfaitement.

C : Ok, ok, super. Et est-ce que t'as toi ? T'as une licence de rempla ou pas ?

M : Yes ! J'ai une licence de rempla depuis novembre et j'ai déjà commencé les remplacements.

C : Ok, tu as fait ou à peu près ?

M : J'ai commencé à la maison de santé de *ville* pour l'instant.

C : Ok tu fais ton Saspas mais tu fais aussi des rempla là-bas.

M : Oui pas chez le mêmes prat, mais dans la même maison de santé.

C : Ok, ça marche. Du coup, je m'intéresse au vécu de l'erreur médicale chez les étudiants en Saspas. Toi quand je te parle d'erreur médicale de prime abord, ça t'évoque quoi ?

M : Ça évoque en premier le fait que l'on s'est trompé. Déjà, c'est la première chose.

Sensation d'échec, quand même, au départ. Et après, je

me dis que ça peut arriver à tout médecin et que derrière il faut essayer de trouver un moyen d'éviter que ça revienne surtout.

Et voilà en gros c'est la première chose qui me vient en tête.

C : Ok, toi t'as peur de faire des erreurs ou pas ?

M : Non, je dirais que c'est pas une peur, c'est surtout qu'on est attentifs quoi, attentifs à les éviter au maximum, et en soit je sais pertinemment que ça arrivera et après on n'y est pas beaucoup préparé mais je sais que ça arrivera et à ce moment-là on verra, on verra comment ça se passera.

Parce que ça m'est encore jamais arrivé, mais en tout cas, j'en suis... enfin je ne le sais pas quoi. Pour l'instant du moins.

C : Ok, effectivement, t'as pas l'impression qu'on y soit forcément préparé à ça ?

M : Bah honnêtement, je pense pas. On nous a rarement... déjà en cours théoriques c'est difficile à faire j'imagine.

Et c'est vrai que c'est pas des choses qu'on aborde souvent au niveau des cours.

Et puis après en stage, tant qu'on y a pas fait face, on nous en parle pas spécialement.

Et puis en soit, ça ne nous vient pas non plus à l'esprit.

Donc je pense que non, en vrai je pense qu'on est pas plus préparés que ça.

Après, est ce qu'on peut être mieux préparé ?

Je ne sais pas exactement, mais...

C : Ouais tu saurais pas comment on pourrait s'y prendre comme ça de prime abord.

M : Ouais je vois pas vraiment comment on peut faire.

Comme ça en tête je vois pas comment comment on pourrait s'y préparer mieux.

De toute façon quoi qu'il arrive à mon avis c'est quelque chose qui vient de l'expérience et que ça vient en en faisant j'imagine.

C : Est ce que toi tu identifies dans notre travail de médecin des sources de pression ?

M : Oui, oui, oui. Bah oui, quoi qu'il arrive, il y a nous-mêmes je pense.

Enfin personnellement, je pense que moi même, je me mets un peu la pression parce qu'évidemment, mine

de rien, l'erreur médicale, on a pas envie de la faire.

Donc c'est une sorte de pression dans le sens où on essaie d'être attentif à tout et à rien oublier surtout.

Et c'est vrai que le fait d'oublier quelque chose sans que ça amène forcément à une erreur médical, c'est pour moi une sorte de pression.

Il y a aussi la pression du patient, quoi qu'il arrive, qui lui vient avec des symptômes et a envie de réponses. Et si on lui donne des réponses, et que c'est pas les bonnes, forcément il sera pas content et derrière...

Et d'ailleurs je trouve que ça c'est aussi une sorte de pression pour le médecin, la pression du patient, et la pression de la famille du patient aussi, mais ça c'est encore un peu plus...

Mais en médecine générale j'ai l'impression qu'on est quand même moins confronté à ça.

C'est surtout avec le patient en tant que tel

C : La pression judiciaire tu y penses toi ?

M : Pas en premier, mais c'est vrai que ça vient quand même effectivement.

De se dire que ça peut... oui, ça peut quand même mettre en jeu une carrière de médecin.

Donc c'est un truc qui vous... mais bon, j'y pense quand même. Effectivement.

Mais j'y pense pas en pleine

consultation avec un patient, j'y pense pas en me disant je vais tout faire pour éviter les erreurs médicales parce que je vais avoir un problème judiciaire.

Mais c'est vrai que... on y pense quoi.

C : Et toi, est ce que justement par rapport à ces sources de pression, t'as l'impression parfois d'avoir besoin de te défendre un peu ou pas ?

M : Je pense pas. En tout cas, moi je le vis pas comme ça, je le vis pas forcément comme une défense.

Plutôt dans le sens...en fait c'est juste que je trouve pas que ce soit vraiment qu'il y ai besoin de se défendre face à ça.

Je pense que peut être... peut être si on se dit d'anticiper les choses, les principales en premier lieu et ensuite on verra.

Je pense que le début c'est déjà de discuter avec les gens et d'expliquer un petit peu, quitte à expliquer qu'on est pas sûr de nous et que au cas où on se revoit, il n'y a pas de problème.

Moi je ne vois pas ça comme de la défense, je préfère plutôt faire les choses principales qui me viennent en tête et ensuite, quitte à faire on fera le bilan suivant derrière, en expliquant bien aux patients, plutôt que de faire tout d'un coup en se disant « ça fait peur là, si jamais je rate un truc, qu'est ce qui peut m'arriver ? » quoi.

C : Et plutôt d'abord expliquer, communiquer plutôt que de tout balancer d'un coup

M : Oui exactement plutôt vraiment communiquer avec le patient, quitte à lui expliquer qu'on est pas sûr de ce qu'on fait, et que ça amènera peut être à faire plus de bilan après, plutôt que de tout faire en un coup et de se dire on se protège quoi.

C : Ok, donc le patient plutôt quand même au centre de la prise en charge.

M : Oui plutôt le patient que oui, plutôt le patient au centre.

En cherchant vraiment les symptômes et en allant sur la priorité par rapport à ses symptômes.

Et après en second lieu, aller un peu chercher plus loin si besoin, en fonction du bilan premier du bilan initial.

C : Parce que justement, la peur de l'erreur, tu vois, j'avais l'impression que c'est un peu caché quand même qu'on en parle pas. C'est ce qu'on disait un petit peu avant. C'est un peu pudique, ça reste tabou, et puis ça reste un peu à nous de gérer tout seul. T'en penses quoi de ça ?

M : Oui, c'est clair que... mais je pense que n'importe qui a peur de l'erreur parce que c'est quand même un constat d'échec, et l'échec quoi qu'il arrive on a pas envie de l'avoir, donc

c'est évident que tout le monde en a un peu peur.

Après c'est un certain... chacun le vit différemment et le gère différemment, effectivement comme on n'y est pas préparé, tant qu'on ne l'a pas vécu je pense qu'on peut rien faire, en fait on n'a pas d'informations à propos de ça. Et puis après, quand la première arrive, effectivement, je pense que du coup on est un peu tout seul, et donc à qui en parler ? Puisque vraiment nous on en a jamais parlé avant, on nous a pas donné d'info là dessus.

Donc je pense que comme ça arrive tout seul, notamment en Saspas... après en Saspas on a quand même nos med gé référent, donc là, à ce moment là, oui, je pense qu'on pourrait en discuter avec eux, mais c'est vrai que si ça arrive sur un remplacement ou autre chose, on est assez seul je pense face à ça.

Et donc et pour gérer l'erreur et pour gérer les conséquences psychologiques que ça peut avoir pour nous ou pour le patient, je pense qu'on est un peu seul là dedans, à propos de ça à mon avis.

C : Je suis assez d'accord avec ça, parce que finalement, le sujet de ma thèse, ce n'est pas tant l'erreur médicale, mais à force de lire des thèses sur les erreurs médicales, il y a un concept qui s'est dégagé, c'est la médecine

défensive.

Est ce que ça te parle ou pas ?

M : Ouais, je pense. J'ai la notion de médecine défensive. En tout cas, j'ai ma propre définition, je sais pas si c'est la bonne, mais pour moi c'est plutôt « faire tout d'un coup pour se protéger » plutôt... autant les bilans en premier que les bilans secondaires, vraiment je pense que la médecine défensive, c'est pour se protéger quoi notamment des conséquences judiciaires potentiellement.

Et puis se protéger aussi à mon avis personnellement face à ça, enfin, éviter les conséquences psychologiques pour le médecin en tant que tel aussi, je pense que ça joue aussi sur le fait d'avoir envie de faire de la médecine défensive.

Enfin envie, je pense qu'on en a généralement jamais envie...

C : Vu qu'on la fait par défaut parfois.

Moi j'ai plutôt en tête qu'on l'a fait par défaut et comme je disais pour se protéger. Autant psychologiquement que judiciairement je pense. C'est pas vraiment un objectif en tant que tel à mon avis.

C'est un avis personnel mais je pense pas qu'un médecin ai envie de faire de la médecine pour se protéger.

Enfin, j'espère que le médecin a envie de penser plutôt au patient et de faire une approche qui est centrée sur le

patient plutôt que de se défendre soi-même quoi.

C : C'est une déviance en fait de la pratique médicale actuelle. C'est un concept qui ressort un petit peu.

M : Oui je pense que c'est quelque chose qui est plutôt récent.

J'ai l'impression qu'actuellement ça arrive plus souvent que ça arrivait avant.

Pour avoir un peu de contact avec des médecins qui sont un peu plus vieux, notamment des maîtres de stage qui sont avec moi, ils ont pas du tout ça en tête quoi.

C'est plutôt prioriser selon les... comme je disais selon les symptômes, vraiment ils sont pas du tout dans l'approche défensive quoi.

C : Alors que nous, notre génération, elle y est peut-être un peu plus au final sans le savoir, parce que c'est vrai que c'est pas un mot comme ça qu'on nous a vraiment appris quoi.

M : Non, on nous a jamais appris ce terme, mais pour autant on le connaît tous.

C : Oui et c'est une situation qu'on connaît.

M : Et je pense qu'on a tous peut être fait un jour de la médecine défensive dans un cas ou dans un autre, pour une raison ou pour une autre, pas forcément...

Et après, il y a ceux qui le font régulièrement parce qu'ils ont peut-être peur de cette erreur médical.

Mais c'est vrai que je pense que tous les médecins ont eu ce sentiment de faire de la médecine défensive au moins une fois dans leur vie, dans leur carrière.

Après, c'est vrai qu'on a... C'est un terme qu'on nous a jamais appris et au fond, tout le monde le connaît.

C : Parce que ma thèse ça s'intéresse justement à la perception de ce concept de médecine défensive chez les étudiants en Saspas et puis des conséquences sur la pratique médicale.

Moi, je vais te donner une définition de la médecine défensive, mais c'est déjà un peu ce que tu as dit.

En gros, ils disent que c'est la déviation de la pratique médicale standard en conséquence, à diverses sources de pression. Et que c'est l'attitude par laquelle le médecin adopte des comportements non justifiés par les recommandations médicales dans le seul but de se prémunir d'un risque de poursuites judiciaires ou d'un risque d'erreur.

Ça te parle quand je te dis ça ?

M : Bah ouais, clairement, ben c'est exactement ce que j'avais en tête après, honnêtement, je l'avais pas forcément en tête pour les

conséquences forcément judiciaires, enfin que c'était forcément par rapport aux conséquences judiciaires, je me disais que c'était vraiment l'adopter aussi pour les conséquences psychologiques qu'il se défendait lui-même aussi par rapport à ça.

C : Bien sûr ça a effectivement des conséquences.

Tu les imagines un peu les conséquences que ça peut avoir, cette pratique de médecine défensive ?

M : Oui, je pense qu'il y a déjà des conséquences de santé publique avec notamment l'utilisation de médicaments.

J'ai en tête les antibiotiques, sur l'utilisation d'antibiotiques, en termes de santé publique, on sait que ça a des conséquences hyper importantes et qu'on est plus dans une politique de limiter au maximum l'antibiothérapie.

Il y a des conséquences, j'imagine, aussi financières pour pour la sécurité sociale, etc.

Un surplus d'examens, et même, que ce soit surplus d'examens ou prescription de traitements, ça a toujours des conséquences pour le patient, parce que chaque examen peut avoir des conséquences néfastes pour un patient.

M : En effet, je pense qu'il faut bien choisir ses examens pour éviter et de donner

trop de conséquences pour le patient. Et puis même notamment les antibiotiques, c'est pour le patient en priorité.

Et puis même mettre un traitement pour mettre un traitement, chaque traitement a des effets indésirables, donc il peut toujours y avoir un souci la derrière.

C : Ouais tu peux faire de la iatrogénie effectivement. Ils parlent aussi du sur diagnostic.

Tu vois par exemple tu découvres quelque chose...

M : Ouais, typique de l'incidentalome du scanner fait, un peu balancé n'importe comment et au final on trouve une lésion, on ne sait même pas ce que c'est, il n'y a pas de symptôme, on sait pas quoi en faire.

C'est vrai qu'il faut y penser aussi, c'est vrai que je n'y pensais pas tout de suite.

C : Du coup là on était plutôt dans les négatifs, effectivement, tu peux avoir un peu tout ça, que ce soit du sur diagnostic, de la iatrogénie, de la sur prescription quoi.

Mais il y a aussi des fois des côtés plus positifs qui se dégagent. Est-ce que t'en vois toi ?

Qu'est-ce que ça pourrait amener, par exemple de positif la médecine défensive ?

M : J'imagine que du coup ça entraîne des examens peut être un peu plus complets.

Un examen clinique, je veux dire.

L'examen clinique, je pense pas qu'il y ait de grosses conséquences sur le sur le patient donc tant que c'est bien expliqué et qu'on explique pourquoi on le fait.

Peut-être que ça entraîne un examen clinique un peu plus poussé et que du coup on élimine par l'examen clinique plus de choses.

Après de toute façon... est ce que c'est positif je ne sais pas, mais la médecine défensive l'objectif c'est d'éviter les erreurs, donc j'imagine qu'on a moins d'erreurs avec la médecine défensive. En tout cas, c'est ce que j'ai en tête, peut être que c'est le point positif.

Après je pense qu'il faut peser le pour et le contre entre tout ça. Et que faire en priorité face à chaque patient quoi.

C : Oui c'est un peu trouver l'équilibre en fait aussi.

M : Effectivement, je pense, trouver l'équilibre entre pouvoir traiter le patient et pas en faire trop quoi en gros.

C : Et puis ils disent que ça peut aussi amener une rupture dans la relation médecin patient.

T'en penses quoi de tout ça ?

M : Bah oui, je suis d'accord avec ça, on en parlait justement de l'incidentalome,

enfin le sur diagnostic, le patient qui ne voulait pas forcément faire d'examens et à qui on a plus ou moins convaincu de faire l'examen, en ayant pour objectif personnel la médecine défensive et à qui on découvre quelque chose, on s'y attendait pas, pour lequel il a aucun symptôme et que du coup on a peut être envie de traiter et lui non, je pense que oui, effectivement, on peut à ce moment là avoir des conséquences sur la relation.

Après je pense que c'est patients dépendant parce que certains patients sont plutôt pour la médecine défensive selon moi.

Il y en a même qui l'encourage, je pense, pendant les consultations, qui voudraient qu'on fasse tout tout de suite et qu'on traite quoi qu'il arrive.

Donc voilà, je pense que, selon les patients, effectivement, soit ça, ça peut entraîner des difficultés dans la relation, soit peut-être le fait de refuser les examens du patient peut aussi entraîner des conflits avec le patient. Donc je pense que dans les deux cas, il peut y avoir... à mon avis c'est vraiment patient dépendant.

C : Et puis il peut y avoir une rupture dans les deux cas.

M : Je pense que dans les deux cas il peut y avoir... peut être pas forcément de rupture, mais au moins conflit... enfin

pas forcément conflit... mais opinion différente quoi.

C : Ouais et tu as mis le doigt aussi sur quelque chose, est ce que tu as l'impression que les gens sont devenus plus exigeants aussi ?

M : Je n'ai pas énormément d'expérience à propos de ça, mais de ce que j'entends et de ce que justement je discute aussi avec des médecins un peu plus vieux, effectivement, c'est ce qui ressort des discussions, c'est qu'effectivement les gens ont plus d'exigences et... je sais pas si c'est vraiment une exigence, mais ils ont besoin de réponses peut être plus rapides et peut être voilà, ils ont pas forcément envie que ça traîne. Et forcément, je pense que ça a des conséquences sur la manière de pratiquer la médecine.

C : Oui parce qu'il se demandait aussi si c'était pas à cause de ça que l'émergence de la médecine défensive était venue.

Est-ce que c'est par rapport à la recrudescence de l'exigence des patients qui veulent des réponses ou qui ne tolèrent plus qu'on se trompe ?

M : Effectivement j'ai l'impression aussi que pareil, c'est une maigre expérience, mais qu'il y a de plus en plus de conflits peut être justement judiciaires notamment qu'avant, et qu'effectivement on a tendance à

moins faire confiance aux médecins et peut être plus se poser des questions sur la pratique du médecin en tant que patient, je pense.

Avant, c'est vrai qu'on avait notion qu'ils avaient une entière confiance en le médecin et que quoi qu'il arrive, le médecin ferait tout pour eux pour que ça aille bien.

Et là maintenant ils remettent vachement je trouve en question notre manière de pratiquer la médecine.

Effectivement, il y a aussi, je pense que ça joue aussi, enfin je ne suis pas sûr que ça ait un impact hyper important, mais l'émergence d'internet et donc de la manière d'aller chercher les informations sur internet, c'est vrai qu'on a quand même pas mal de patients aussi qui confrontent notre avis à l'avis médical d'internet... qui n'est pas forcément un avis médical d'ailleurs.

Et qui voilà, nous en parlent et nous disent « vous êtes sûrs ? », ils sont plutôt moins confiants par rapport à ce qu'on leur dit je pense vis à vis aussi des avis d'Internet.

Et je pense que ça a un impact aussi là dessus à mon avis.

C : Je suis d'accord. Parce qu'on a tous fait de la médecine défensive à un moment ou à un autre, on y a tous pensé sans forcément connaître le terme, c'est ce qu'on disait, mais on a toujours fait quelque chose, en tout cas qui s'y

rapprochait.

Est ce que tu crois que la population, les patients, ils en ont conscience qu'on doit se défendre, ou qu'on a la sensation de devoir se défendre ?

M : Je pense que tout le monde n'en a pas conscience. Pour avoir déjà discuté avec des patients de ce genre de choses effectivement, je pense que certains en ont conscience, et certainement que c'est ces patients à qui on en fait le moins justement de médecine défensive, parce qu'ici ils se rendent bien compte que nous on essaie plus de se défendre plutôt que vraiment de les traiter finalement.

Pour en avoir discuté avec certains patients, je pense que certains sont conscients de ça, et effectivement... mais à mon avis pas tous. Je pense que comme on disait, selon les patients, certains patients auraient plutôt envie et pousseraient plutôt à ce que ça aille vite justement et qu'on traite tout d'un coup et que comme ça, on est sur quoi.

C : Alors que nous, des fois ça nous sort des recommandations qu'on connaît et on sait que c'est pas la bonne manière de faire pour eux.

M : Effectivement, je pense que c'est arrivé un peu à tout le monde d'aller un peu plus loin que ce qu'ils pensaient faire initialement. Parce que nous on a des recos et que

selon les recos on fait ce qu'on pense être le mieux.

Je pense que c'est arrivé à tout le monde d'être allé un peu plus loin que les recommandations.

Alors selon les personnes, un petit peu plus loin, ça peut être même beaucoup plus loin, mais parce qu'on a la pression du patient qui... justement, on parlait de pressions et d'exigences, probablement que chaque médecin est allé un peu plus loin à cause de cette exigence, cette pression du médecin en se disant que, effectivement, quoi qu'il arrive, je pense que le patient n'entendra pas forcément ce qu'on lui dit et que des fois il faut peut être se dire... lâcher un petit peu l'affaire, même si c'est pas du tout ce qu'on a envie de faire.

Alors bien sûr, il y a des degrés différents à chaque fois, j'imagine que... pas n'importe quoi non plus, mais certaines fois sur certains traitements ou bilan, peut être qu'on va peut-être un peu plus loin en se disant voilà, on fait un peu comme veut le patient pour éviter d'avoir trop de problèmes.

C : Oui et si jamais... et si jamais quelque chose n'allait pas, que ça ne nous soit pas forcément reproché.

M : Voilà déjà. Et puis oui, je pense qu'il y a une part de ça et puis je pense que oui, je pense que c'est toujours une

question de doser, c'est à dire qu'il faut jamais aller trop loin, mais peut-être qu'il n'y a aucun risque franc à aller un petit peu plus loin des fois.

Et par contre, si on n'y va pas, peut-être qu'on peut perdre la confiance avec le patient.

C'est aussi ça.

Je pense que c'est un dosage à avoir et c'est toujours un petit peu compliqué de gérer tout ça.

C : Bien sûr.

M : Mais oui c'est surtout ça qui est important je pense.

C : Effectivement. Et les recommandations autour, tu trouves que c'est un filet de sécurité parfait ou utile ?

M : Parfait je ne pense pas. Utile oui, clairement.

C'est vrai que ça m'arrive très souvent de l'utiliser pour le patient.

Et la plupart du temps, quand on explique au patient et qu'on lui montre que dans les recommandations, on fait ça d'abord, puis ensuite ça, en général, le patient, il est ok avec ça, il est d'accord.

Et puis voilà, il pose pas forcément plus de questions que ça, il est en confiance en se disant qu'on a connaissance de ces recommandations et qu'il y a quand même des experts qui ont l'habitude de gérer ces situations.

Et si les recommandations c'est ça, effectivement on les suit quoi.

C : Ok, maintenant qu'on a un peu dégrossi le concept, qu'on a vu un peu les aspects, est ce que tu penses que, à l'aube de ta carrière médicale, vu que tu vas commencer dans pas longtemps, est ce qu'elle aura une importance dans ta pratique ?

Est ce qu'elle aura une place ou une importance ?

M : Bah je pense que de toute façon, elle a une place dans toute carrière de médecin à mon avis.

Même sans vouloir, comme on disait tout à l'heure.

En tout cas je n'ai pas forcément... personnellement, je n'ai pas forcément envie de pratiquer cette médecine là et comme je disais, j'imagine que je la pratique peut être déjà et que je la pratiquerai peut-être encore dans certains cas.

Mais en tout cas c'est pas une envie. J'ai pas envie que ça prenne trop de place dans ma carrière de médecin. Je pense que voilà, comme je disais, je préfère mettre au centre le patient, les recommandations et ensuite au cas par cas, bien sûr, dans certaines situations où le bénéfice pour le patient est plus important que le risque en se disant voilà, le plus important c'est de ne pas perdre la confiance avec le patient.

S'il y a un examen ou un médicament,

et qu'il y a très peu de risques pour le patient et que si il ne l'a pas, on perd toute confiance peut être justement à aller un petit peu plus loin que ce qu'on devrait et peut être aussi s'éviter certains problèmes.

Effectivement, toujours en se disant que le risque est très peu important, vraiment doser le risque et juger un petit peu si il n'y a vraiment un risque pour le patient.

S'il y a aucun risque pour le patient et que ça nous permet de garder cette confiance, alors d'un petit peu se protéger à la limite peut être que c'est understandable je pense dans certaines situations bien précises.

C : Ok, tu tu te dis bon voilà, je vais essayer de toujours conserver la balance bénéfice risque alors que ceux qui sont complètement dans la médecine défensive, ils en sortent de cette balance bénéfice-risque pour vraiment, plutôt que le patient, c'est vraiment se mettre en mode protection, je coche toutes les cases pour être sûr qu'on puisse rien me reprocher.

Tu ne te sens pas là dedans, dans ce mode de fonctionnement.

M : Non non, je me sens pas là dedans. Personnellement, je ne m'y sens pas et je ne pense pas l'être. Je pense que toujours, vraiment le plus important, c'est de centrer sur le patient et de mon point de vue le

médecin est plutôt en arrière du patient.

C'est à dire qu'on priorise le patient et c'est vraiment ça qui doit être au centre selon moi, pour se protéger soi même. Comme je disais, c'est vraiment dans certains cas très précis où justement il y a très peu de risque pour le patient de faire quelque chose, à ce moment là peut être qu'on peut se dire « on peut se protéger ».

C : Dans certains cas, j'en ferai un peu plus, mais pour au cas par cas.

M : Au cas par cas, vraiment très précis et toujours en gardant cette balance bénéfice risque en tête.

C : Ok, Et tu verrais quoi comme axe de travail qu'on pourrait imaginer pour justement diminuer la pratique de la médecine défensive ?

M : Travail par rapport à ...?

C : Ben qu'est-ce qu'on pourrait faire...

M : En tant que médecin ou...

C : Ben tout n'importe quoi ? Que ce soit à l'échelle personnelle, collective ?

Qu'est-ce qu'il faudrait qu'on fasse ? Parce que cette médecine défensive elle est quand même là en réponse à l'augmentation de l'exigence des patients, même si à notre échelle on ne la pratique pas forcément, ou tout le monde la pratique de manière, on va

dire individuelle à un certain degré.

Mais sur le concept global qui est quand même là, qu'est ce que tu penses par exemple qu'on pourrait imaginer pour diminuer cette pratique ?

M : Je pense qu'on peut agir sur la connaissance du patient dans le sens où... peut être faire encore un peu plus de prévention, un peu plus d'information aux patients, peut-être pas forcément que les médecins, mais même de l'information un peu... vulgarisée.

Peut être là dessus aussi d'ailleurs, sur la médecine défensive, pourquoi pas expliquer que ça existe et que finalement c'est peut-être pas forcément une bonne chose pour le patient.

Parce que certains patients pensent que si, mais justement, personnellement, je n'en suis pas persuadé.

Après, peut être des groupes de travail entre médecins pour essayer de se protéger autrement on va dire, en ayant plusieurs avis, je pense que c'est une manière de se protéger aussi en ayant plusieurs avis.

Et peut être que ça permettrait d'éviter de se protéger en faisant trop quoi. Je pense.

Et puis après peut être que... j'ai pas en tête exactement toutes les lois etc... mais peut être que la loi protège un

petit peu plus le médecin... je sais pas exactement...

C : Ben actuellement là depuis 2002 il me semble, c'est la loi Kouchner qui réintroduit le droit des patients. C'est maintenant au médecin de prouver qu'il n'a pas fait de faute, alors qu'avant c'était au patient de prouver que le médecin avait la faute.

Ça change quand même énormément la donne.

M : Effectivement, et c'est vrai que ça met peut-être le médecin un peu en position défensive justement.

Alors que peut être trouver un juste milieu entre les deux.

C : Je pense que ça a été voté en réponse face aux abus qu'il y a eu, mais ça en a entraîné d'autres au final.

M : Effectivement, je pense que c'est un peu radical dans un sens ou dans un autre.

Peut-être justement, on va essayer de trouver un juste milieu où le médecin n'est pas en avant mais pas en arrière non plus, et inversement pour le patient.

Dans le sens où oui, je pense que je pense que là, la loi actuelle peut être dans certains cas, dans certaines idées de certains médecins, peut être justement les pousse à faire cette médecine défensive, je pense, parce que maintenant ils sont obligés de

prouver qu'ils ont pas fait d'erreur, donc ils veulent justement ne pas en faire quoi.

C : C'est un peu ce qu'on nous a appris au final.

J'avais l'impression que dans les anciennes générations, quand ils apprenaient la médecine, ils mettaient immédiatement les mains dans la médecine et que nous, on nous a plus appris à tenir un dossier, et puis à tout noter.

M : Effectivement, dans toutes les étapes de notre formation, hormis les formations théoriques bien sûr, mais dans toutes les formations qu'on a eues de l'externat à l'internat justement, on nous a toujours appris à faire des dossiers bien tenus, bien carrés, que tout apparaisse et qu'on n'oublie surtout pas de noter certaines informations hyper importantes.

Effectivement, c'est très important de le noter, notamment par exemple si d'autres médecins. s'occupent de ce patient et qu'ils ne le connaissent pas spécialement comme ça voilà on a toutes les informations.

M : Mais je pense que voilà, ça, ça nous retire un petit peu du malade.

Et on a, par exemple, en médecine générale, on a moins de temps avec le patient

parce qu'on passe plus de temps à taper sur notre ordinateur.

Et effectivement, je pense qu'il y a peut-être des choses à faire là, j'ai pas en tête quoi faire, mais je pense que nous sortir un petit peu de cette obligation d'avoir toutes les informations hyper précises peut être nous pousserait à aller plus voir le patient, à être plus clinique quoi.

C : Tu vois rien que de communiquer je pense aussi entre nous, comme d'être allé voir les Saspas, je pense que quand vous sortez des entretiens, vous allez vous refaire un truc dans votre tête, à dire « où est-ce que j'en suis là-dedans, etc etc. ».

M : Bien sur oui.

C : Et puis en discuter aussi... Avec la communication, tu l'as dit aussi, je pense que c'est un truc essentiel. Peut-être qu'un jour on mettra les pieds dans le plat en disant « bon bah voilà, la situation est comme ça actuellement : des fois on a la trouille de se planter, on l'a déjà pour vous en fait, mais c'est dur de l'avoir aussi pour nous même, en fait c'est double sentence quoi. »

M : Mais je pense que vraiment, il y a dans quasiment la totalité des situations, je pense que... bon pareil il y a des exceptions, mais je pense que quasiment la totalité des situations peuvent être gérées grâce à la communication.

Si le patient est d'abord d'accord avec ce qu'on fait, c'est toujours le plus important.

Si le patient est d'accord avec ce qu'on fait et si on lui explique pourquoi on le fait et qu'il comprend pourquoi on le fait, selon moi, on sort déjà de la plupart des situations qui peuvent être dangereuses pour le patient et pour nous aussi... même si on ne peut pas vraiment appeler ça un danger, mais qui peut vraiment nous mettre dans des situations compliquées.

Je pense que juste en discutant avec le patient... et en plus ça renforce justement ce qu'on disait l'adhésion du patient à ce qu'on fait.

Et je pense que c'est vraiment le truc le plus important.

C : Et justement je suis d'accord, là ça revient énormément, que la communication, ce que tu viens de dire, ça permet d'anticiper énormément de choses en fait, énormément de conséquences pour tout le monde.

Est-ce que toi t'as l'impression qu'on a été bien formés à la communication dans notre cursus de médecine générale ?

M : J'ai l'impression que depuis peu de temps, on l'est un peu plus. C'est vrai que nous, on a eu la chance d'avoir des... pas vraiment des cours mais de la pratique un petit peu sur la communication.

Alors je pense personnellement que c'est encore pas assez selon moi.

Mais effectivement on nous a quand même un peu plus préparé j'ai l'impression par rapport aux anciens, on va dire pas forcément les plus anciens mais en tout cas même l y a une dizaine d'années, je pense que beaucoup de monde avait moins de cours que ça quoi.

Je pense que ça va dans le bon sens, mais je pense qu'on est encore un peu trop peu formés là-dessus à mon avis, et on forme un peu sur le tas en fait. Après, est ce qu'il y a une bonne formation sur la communication, je ne sais pas, mais on peut avoir au moins quelques conseils sur comment organiser une consultation, un interrogatoire.

Je pense qu'on n'a pas tous été formés de la même manière là-dessus. Et peut-être que moi j'avoue que j'ai peut-être été bien formé aussi, parce que certains de mes maîtres de stage et chefs étaient plutôt bien là-dessus.

Mais je ne suis pas sûr que tout le monde soit formé de la même manière à propos de ça quoi.

C : Je pense que les seniors ont beaucoup joué sur les stages de médecine générale.

M : C'est clair. C'est clair que moi, tous mes chefs et mes seniors, notamment sur la communication je pense que

c'est hyper important, et c'est je pense grâce à eux que j'ai réussi à me former, sans être non plus à un stade incroyable.

Je pense qu'à la fin de la carrière de médecin, on pourra peut-être se dire que la communication, elle est à peu près gérée mais je pense que sans mon maître de stage et sans mes chefs, je pense que j'en serais pas là où j'en suis.

C : Donc ça a permis quand même avec la communication de pouvoir anticiper

pas mal de situations qui pourraient être périlleuses parfois

M : Clairement juste en discutant avec le patient, je pense qu'on a fait la majorité du travail, on va dire, sur la peur du patient par rapport à ce qui va lui arriver ou ce genre de choses.

Je pense que juste avec la communication si il comprend tout on se règle pas mal de soucis,

C : Ça roule. Merci beaucoup en tout cas M !

M : Et bien je t'en prie.

10. Retranscription de l'entretien 10

C : Du coup, est ce que tu peux me dire un petit peu où tu en es dans tes études de médecine ?

M : Alors là, je suis au dernier semestre, donc au sixième semestre de médecine générale, je finis dans deux mois pour faire des remplacements en tant que med gé ensuite.

C : Ok, tu as déjà fait des remplacements ?

M : Non, jamais encore. J'ai juste fait mon stage de Saspas.

C : Ok, Tu l'as fait ou ?

M : A *ville* et à *ville*. Chez deux prats à *ville* et deux prats à *ville*.

C : Ok, ça s'est bien passé ?

M : Très bien. Je n'avais pas de soucis particuliers.

C : Ok, impec. Moi déjà, je voulais qu'on aborde le sujet de l'erreur médicale. Quand je te parle d'erreurs médicales, ça te fait penser à quoi ?

M : Ben... c'est une erreur liée aux soins donc à un acte, qu'on peut faire malgré notre volonté, mais qui entraîne des conséquences lourdes pour le patient. Euh... Pas plus de....

C : Ok, c'est donc plutôt des conséquences pour le patient.

M : Oui.

C : Toi t'as peur de faire des erreurs ?

M : Ben oui, oui, je pense qu'on a tous peur de faire une erreur un jour dans notre vie, qu'on n'est pas à l'abri de ça. Ça peut arriver vite, parce qu'on est des humaines qui bossent avec des humains et donc bah c'est pas des robots qui travaillent et qui font pas de fautes.

C : Oui ! Tu y penses souvent ? A l'erreur ?

M : Alors non, pas souvent, mais c'est vrai que c'est une pression qu'on nous met aussi pendant les études avec toutes les... un peu les algorithmes, à faire des examens complémentaires en fonction de chaque symptôme pour justement essayer de ne pas faire d'erreur du tout derrière.

C : Ouais, tu trouves que c'est... un peu les recommandations en fait.

M : Oui, c'est ça.

C : Tu trouves que c'est un bon rempart par rapport à l'erreur les recommandations ?

M : Alors ça aide à éviter d'en faire, mais c'est pas ça qui va faire qu'on en fait pas.

Parce que l'erreur, ça va être une faute d'inattention qui peut engendrer des conséquences pour le patient derrière. Donc si on suit des recommandations à un moment donné, on peut faire quelque chose à côté malgré notre volonté et se tromper de prescription, ce genre de chose.

Donc non, c'est pas forcément les recommandations qui vont vous éviter ça...

C : Oui, c'est pas parfait non plus.

M : Non.

C : Et donc oui, t'as peur de faire des erreurs comme tout le monde, mais tu y penses beaucoup dans ta pratique de tous les jours ?

M : Alors non, je ne vais pas y penser tous les jours avec tous les patients. C'est vrai que j'y penserais plus si j'ai un patient fragile qui a déjà beaucoup d'antécédents, beaucoup de traitements avec une pathologie lourde. Là oui, je vais avoir plus de pression pour pas surajouter une complication ou autre. Ou alors avec une famille qui va paraître un petit peu judiciaire ou revendicative, où là, on a un petit peu plus cette pression de l'erreur médicale parce qu'on sait qu'on peut risquer quelque chose de légal.

C : D'accord, c'est ok. En fait, soit patient complexe, soit famille ou patient procédurier.

M : Oui.

C : Ça c'est un peu les trucs... enfin les situations on va dire, qui te feraient un peu plus peur.

M : Oui.

C : Ok, ok, ok. Et est-ce que dans notre travail, tu identifies toi des sources de pression ?

M : Alors oui, ben par exemple, aux urgences, il y a la pression du flux, une ou deux personnes qui peuvent arriver par heure. La pression après, d'efficacité entre guillemets, si on a beaucoup de patients à gérer sur la journée, de ne pas faire de fautes d'inattention d'un patient à l'autre, d'avoir le cerveau pour se remettre sur la situation du patient et puis faire faire le vide sur le reste. Et autrement.... Non, pas trop de...

C : D'accord, bon ben c'est déjà pas mal. Et puis ça provoque des choses chez toi un peu toute ces... tout ce genre de pression. Ou cette peur de l'erreur ?

M : Bah après oui, je pense qu'on peut rentrer à la maison avec l'esprit pas très serein certains jours où on a eu plus de choses à faire, ou plus de pression qu'un jour d'avant. On va pas

forcément être tranquille ou on sait plus trop si on a prescrit la bonne chose au patient comme on voulait parce qu'on a été coupé dans la tâche qu'on était en train de faire.

Donc oui, ça m'arrive d'y repenser en rentrant à la maison. Après, pas de troubles du sommeil ou ce genre de choses non plus.

C : Ok ! Et parce que moi je trouve que la peur de l'erreur, au final, on ne nous en parle pas des masses. Je trouve que c'est soit un peu tabou, soit un peu à nous de gérer tout seul. Tu vois, qu'on nous en a pas parlé forcément au cours de nos études. Qu'est-ce que tu en penses ?

M : Non, alors ça je suis d'accord, On nous parle du risque légal qu'on peut faire derrière, mais la peur de l'erreur, non. On ne nous apprend pas à gérer notre stress par rapport à une peur d'un acte qu'on peut commettre. C'est vrai qu'on est un peu seul au monde si on va pas chercher de l'aide autour. Et que après je pense que c'est une question aussi de caractère et de personnalité, tout à chacun, on va pas avoir la même gestion du stress et la même gestion de la peur de cette erreur d'une personne à l'autre.

Mais c'est sûr qu'on n'est pas du tout formés à ça et on n'est pas du tout formés à gérer ce stress là.

C : Moi je suis assez d'accord avec ça. Parce qu'en fait, moi, le réel thème de ma thèse, c'est la médecine défensive. Est-ce que ça te parle, ça ?

M : Oui. Oui, c'est vrai que ça me parle parce que j'avais fait des recherches sur un RSCA, des choses qu'on doit faire dans le cursus de med gé. Et oui, j'avais fait face à une situation où... qui m'avait amené à réfléchir sur la médecine défensive. Et oui, c'est quelque chose qui est fait, en fait, plutôt par rapport à la peur du risque judiciaire derrière, et qui va influencer notre pratique, nos examens complémentaires, nos demandes de consultations spécialistes ou d'éviter justement des situations à risque aussi pour pas avoir de soucis.

C : En faisant quoi par exemple ?

M : Par exemple ? Alors quelque chose de concret là j'ai pas tout de suite, mais si je me mets dans la peau d'un chirurgien, de ne pas vouloir aller opérer quelque chose de bénin pour pas risquer un événement indésirable derrière dû à ce geste là. Entre autres.

C : Et ou sinon... toi par exemple, pourquoi tu avais réfléchi à cette situation de médecine défensive ?

M : Et bien c'est parce que j'avais fait face à une situation en cabinet de ville, donc pendant le stage de Saspas. Un papa

qui avait envoyé un mail revendicateur par rapport à une petite que j'avais eu en consultation, qui n'avait pas reconsulté avec les consignes données, et qui avait donc envoyé un mail parce qu'il était pas content de la prise en charge, mais que lui avait refusé en partie, et qui derrière nous proposait plein d'actes, enfin plein de propositions pour améliorer notre pratique de tous les jours, pour éviter ce genre d'événements.

Et c'est ça qui m'a fait réfléchir à tout ça.

C : Ils disent en fait que la médecine défensive, c'est quand le médecin, il demande des examens ou des avis, qu'ils évitent les patients ou opérations à haut risques pour diminuer le risque de faute professionnelle. C'est la première définition des années 90. Ensuite la définition ça a progressivement évolué jusqu'à correspondre à l'ensemble des pratiques et des décisions médicales fondées sur un désir d'éviter des poursuites judiciaires plutôt que sur une considération de la balance bénéfice risque.

Ça te parle ça, quand on parle de ça dans notre pratique ?

M : Alors dans notre pratique, je n'irais pas jusqu'à dire que je le mets en pratique tous les jours, mais si ça peut. Ça peut se voir quand même justement avec

des familles revendicatrices ou ce genre de choses où on va réfléchir à deux fois avant d'être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose. Donc en surprescrivant des examens juste le côté pour se protéger et dire qu'on a tout fait, ça oui.

C : Ok, mais c'est quelque chose dont tu as conscience que ça fait partie de notre pratique ?

M : Oui quand même.

C : Donc que c'est... je ne vais pas dire que c'est en permanence, mais ça en fait quand même partie.

M : Oui, ça peut arriver d'avoir accès à cette médecine défensive et puis de la pratiquer aussi, je pense tout à chacun. En tout cas, je pense que ça m'est déjà arrivé de faire ça.

C : Moi aussi, complètement. Est-ce que... tu vois il va y avoir des conséquences à cette médecine défensive, des bénéfices et des conséquences, si on parlait par exemple des bénéfices, tu penses qu'il y en aurait toi ou pas ?

M : Je suis pas certaine qu'il y ait des gros bénéfices à ce genre de pratiques, mis à part peut-être s'enlever un stress de se dire qu'on soit passé à côté de quelque chose. Par contre, ça oui, il peut y avoir des conséquences majeures en termes de coût qui n'est

pas négligeable et derrière il peut y avoir aussi de la iatrogénie avec plein d'exams fait pour rien, ou il peut se passer quelque chose pendant cet examen,

C : Hmm clairement. Et puis, et puis ils disaient aussi par exemple l'incidentalome crée de l'inquiétude. C'est vrai que... c'est vrai que ça arrive, ça arrive aussi.

Moi ce que je voulais ensuite savoir... on a abordé en gros les côtés positifs et négatifs... Enfin parfois on a envie de se protéger. Est-ce que tu penses que ça peut influencer la relation médecin patient ?

M : Alors d'un côté oui, parce qu'on va pas avoir la même relation avec des patients chez qui on pratique pas ce genre de choses parce qu'on ne se sent pas en danger, qu'avec les patients avec qui on pratique cette médecine défensive parce qu'on se sent en danger justement derrière. Donc si il va y avoir plus de barrières et plus de limites parce qu'on va jamais dévier du cadre et on va toujours être dans le contrôle.

C : Je suis assez d'accord et tu penses que les gens ils en ont conscience de ça, de nos pratiques de médecine défensive ?

M : Non... Non je pense pas du tout, parce que justement quand on pratique cette

médecine, c'est généralement des patients qui sont demandeurs de tout ça et je pense qu'ils se rendent pas compte que des fois il y a des examens pour que le médecin se protège du côté légal. Avec cet examen là.

C : Parce que ça, je trouve que ça fait des fois une forme de rupture un petit peu entre le médecin et le patient.

M : Complètement.

C : Tu vois le besoin de se protéger. Alors que normalement les médecins gé, on est très dévoué aux patients je trouve comme profession.

M : Oui, ça je suis d'accord.

C : Et que des fois se protéger, justement, ça nous retire un peu de la profession. Je sais pas ce que tu en penses.

M : Je suis d'accord avec ça parce que justement il y a ce contrôle de la situation qui fait qu'on va être très distant du patient. Et oui, il ne va pas y avoir une relation de proximité comme on a avec quelqu'un d'autre, parce que à être trop proche on peut avoir peur derrière de risquer quelque chose ensuite. Qu'on peut nous reprocher.

C : Oui je suis totalement totalement d'accord. Toi est ce qu'il y a des choses que tu mets déjà en place pour être moins défensive ou pas ?

M : J'essaie de prendre du recul par rapport aux situations, et m'enlever de la tête ce risque de procès derrière, en disant que par rapport à une situation on pourra pas me reprocher ce que j'ai fait ou ce que j'ai pas fait avec les patients. Donc si, je pense que j'ai toujours cette réflexion là, à essayer de ne pas y avoir recours, en tout cas le moins possible pour derrière rester correct dans les prises en charge sans trop ni pas assez en fait.

C : Ouais, trouver l'équilibre.

M : Oui complètement, c'est un équilibre qu'il y a à trouver dans notre... dans notre pratique.

C : Et tu penses qu'on pourrait faire quoi justement pour diminuer cette pratique de la médecine défensive dans notre quotidien des médecins ?

M : Peut-être faire plus de médiation et avoir du recul sur les situations qui auraient pu poser soucis. Et de savoir un petit peu ce que ça donne si des patients écrivent des lettres de mécontentement, ce genre de choses, savoir ce que ça a donné, pour derrière modifier des choses si il y a à modifier ou autre. Donc oui, cette médiation là, ça peut... il peut y avoir des bénéfices à ça.

Et puis après restez rester correct dans les prises en charge en se disant qu'on a fait ce qu'il fallait, sans trop en faire

et pas assez. C'est aussi un petit peu...

C : Quand tu parles de médiation, tu dis médiation avec le patient ?

M : Oui, oui, savoir ce que le patient il en a pensé a posteriori de la situation, savoir s'il y a eu des choses qui lui ont... qui lui ont pas convenu ou d'autres qui lui ont convenu. Et si... ben par exemple, quand il y a des plaintes ou des lettres au directeur ou autre, savoir ce que ça a donné derrière, de ce que le patient a réussi à avoir et ce qu'on aurait pu changer... enfin la plainte du patient en elle-même quoi.

C : Parce que c'est un peu l'inconnu au final de ce qui se passe aussi. Et on nous en parle pas forcément pendant nos études de tout ça. T'en penses quoi ?

M : Ah ben je suis totalement d'accord. En fait, on sait pas ce qu'on risque d'une erreur ou d'un événement indésirable comme ça, on en a aucune idée, et c'est vraiment situation dépendante et patient dépendant aussi. Et je pense même que c'est... d'un patient à l'autre, avec la même situation, on risque pas les mêmes choses parce qu'il y a le caractère du patient qui rentre en compte aussi derrière. Et donc oui on n'est pas du tout formés à ça...

C : Ouais, je suis totalement totalement d'accord avec ça. Et tu penses que... tu vois justement tu dis « dans deux mois j'ai fini », dans deux mois tu vas commencer. Est-ce que tu penses que la médecine défensive elle va avoir une place dans ta pratique ?

M : Alors j'espère pas, vraiment j'espère pas. Mais après on peut pas tout contrôler non plus. Et des fois, avec les émotions du moment, on peut être amené à faire ce genre de pratique. C'est possible. Mais c'est pas quelque chose que je souhaite faire ou que je souhaite mettre en place parce que je pense qu'à trop vouloir en faire ou pas assez, de peur du risque, on prend pas correctement en charge les patients quoi.

C : Oui tu perds ta capacité de jugement aussi à trop...

M : Oui complètement, on a pas le même jugement, c'est complètement biaisé, et derrière ben... pas la même relation avec le patient dans tous les cas. Et je pense qu'on peut s'en vouloir vite parce qu'on s'en rend vite compte, qu'on n'est plus dans le cadre normal et derrière, oui, ça peut vite ruminer par rapport à ce genre de pratique.

C : Qu'est ce que tu dirais qu'on a comme... comme facteur protecteur au final contre cette médecine défensive ?

M : Bah déjà les connaissances qu'on a nous font savoir que il y a des limites aux examens, les choses sur lesquelles faut plus se creuser ou pas d'une part, et puis la deuxième, il y a quand même l'ordre des médecins qui est censé protéger un tout petit peu, en tout cas être un premier recours entre le patient et nous, si jamais il y a un souci.

M : Après en vrai facteur protecteur, juste être juste dans les examens qu'on prescrit, c'est surtout nos connaissances en fait je trouve le facteur protecteur.

C : Ouais, oui, oui c'est vrai. Après je suis assez d'accord, c'est dans les connaissances... comme on disait avec les recommandations, bon même si après c'est pas le truc non plus le mieux parce que de tout théorisé non plus... Mais en fait au final c'est ton libre arbitre aussi qui est facteur protecteur.

M : Oui et ben oui, c'est sûr que les recommandations elles influent dans notre libre arbitre, parce qu'elles nous guident dans notre pratique, c'est... Elles sont adaptables en fonction de la situation. En médecine de ville par exemple, on va pas gérer de la même manière une situation un vendredi ou un lundi. Euh... mais c'est sûr qu'elles nous guident quand même.

C : Il y a toujours hein cette histoire de pas travailler de la même façon en fonction du moment de la semaine.

M : Ah bah oui, complètement. Ça... ça change nos pratiques. Un patient qu'on sent un petit peu limite, on va lui prescrire plus d'exams si on est le vendredi ou l'adresser plus vite parce qu'on sait qu'il ne va pas pouvoir reconsulter le lendemain ou dans 48h si ça va pas quoi. En tout cas moins facilement qu'en semaine.

C : C'est une histoire de continuité des soins un peu.

M : Oui, complètement. Et puis pour recevoir les résultats, être au courant de l'évolution des choses et tout ça, je pense que oui, on a pas la même pratique.

C : Et au final tu disais aussi tout à l'heure, en fait ce qui va être important pour diminuer un petit peu la pratique de la médecine défensive c'est de communiquer un peu aussi avec les patients, et d'en parler aussi.

M : Ah ben c'est le rôle majeur. Ça c'est vraiment la première chose la communication. Si les informations elles passent bien et qu'on s'assure déjà que l'information est bien passée, et que le patient a bien compris ce qu'on lui a dit, on a déjà fait les trois quarts du boulot quoi. Donc oui, des

fois ça ne suffit pas, mais la majorité du temps la communication elle suffit à pas aller dans ce genre de pratique là, avec la relation de confiance qui s'instaure aussi.

Et puis une décision qui est partagée ensuite pour prendre la décision médicale.

C : Oui en fait tu te protèges, tu peux te protéger énormément en communiquant.

M : Oui je suis complètement d'accord avec ça.

C : Et la question que j'ai, c'est la communication... sur comment... comment toi tu te l'ai forgé, toi, la communication ?

M : Ben on ne me l'a pas apprise, déjà on n'est pas formé là dessus. Euh, je ne sais pas. Je pense que c'est toute une éducation aussi qui vient faire la communication. Ensuite, toujours rester calme, et puis être sûr que en face l'information elle passe bien, jamais un mot plus haut que l'autre, même quand ça devient tendu ou quoi que ce soit, ça permet de communiquer correctement.

C : Quand tu dis ça vient de l'éducation, l'éducation parentale, tout ça ?

M : Oui, oui.

C : Parce que tu penses... ok... Parce que c'est vrai qu'on ne nous a pas formé.

M : Non, jamais.

C : Hein.

M : Non.

C : Un peu les seniors peut-être ?

M : Oui.

C : Quand on était chez le prat.

M : Après, on a aussi ça commence à venir un petit peu dans la formation. On est quand même formés à tout ce qui va être communication non verbale, ce genre de choses quand même à travers certains séminaires qu'on peut avoir à la fac. Après je sais pas, si c'est comme ça partout, je pense pas, mais on a quand même des petites bases de communication pendant certains séminaires.

Mais faut aussi avoir la volonté d'y participer à ceux qui sont pas obligatoire, et ce genre de choses.

C : Et tu penses que... est-ce-que tu verrais un moyen justement pour que ça s'améliore ça... comment on pourrait nous apprendre la communication ?

M : Bah déjà avec des jeux de rôle je trouve surtout. C'est en train de se faire un petit peu à Besançon. Je pense

qu'avec des jeux de rôle on arrive à se positionner un petit peu à l'entre deux, de savoir comment communiquer correctement pour qu'une information elle passe bien avec un patient agressif ou un patient qui n'arrive pas à communiquer correctement ou ce genre de choses.

Euh. C'est vraiment plus de la pratique que de la théorie à avoir.

C : Oui, c'est un peu en forgeant qu'on devient forgeron. Je veux dire, c'est vrai qu'il faut se faire une mise... il faut une mise en situation aussi, peut être.

M : Oui complètement.

C : Et donc effectivement, peut-être qu'en communiquant un peu plus avec les patients ou même avec le grand public en fait, peut-être qu'on pourrait justement expliquer le fait que des fois on a l'impression de devoir se protéger et ça diminuerait un petit peu nos pratiques...

M : Bah oui, ça c'est une évidence, après pour communiquer correctement il faut du temps aussi, et ce temps là on ne l'a pas forcément tout le temps. Donc oui, je pense que c'est aussi un côté qui va interférer dans la situation.

C : On manque beaucoup de temps. Dt aussi j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de temps qu'on utilise

justement pour se protéger et pas pour... pas pour être près du patient.

M : Oui, oui, ça je suis complètement d'accord. On voit, bien souvent sur une journée aux urgences on est beaucoup derrière l'ordinateur à blinder les dossiers plutôt qu'à passer du temps avec le patient, dès qu'on a un résultat aller le prévenir. C'est clair. C'est vrai que ça pose problème.

C : Ouais je suis assez... je suis assez d'accord avec avec ça. Et c'est terrible, on passe tout notre temps en fait sur l'ordinateur, plutôt que d'être réellement près du patient, on économiserait énormément de temps je pense...

M : Ah ben oui si il n'y avait pas cette pression de remplir le dossier, que c'était le dossier qui faisait foi si jamais il y a un problème, on arriverait beaucoup mieux à communiquer avec le patient. En tout cas, je pense qu'on essaierait de passer beaucoup plus de temps à faire ça.

C : Oui, je suis d'accord. Tout à l'heure on a dit que tu connaissais la médecine défensive parce que tu t'es sensibilisé à ça au cours d'un RSCA. Mais avant ça, t'en avais déjà entendu parler ou pas ?

M : Alors pas sous le terme là, pas de médecine défensive. Mais c'est vrai que durant les stages, on nous parle

toujours du risque légal un petit peu à nos pratiques, et puis ben de prescrire des examens pour ne pas risquer derrière de soucis médico légal ensuite.

C : C'est quelque chose que tu avais déjà constaté.

M : Oui, oui, oui.

C : Et qu'on apprend un petit peu ? Enfin... tu as eu là la sensation d'être sensibilisé à ça sans qu'on te parle vraiment du terme, mais à ce concept, t'as eu l'impression pendant ta formation d'y avoir été sensibilisé ?

M : Oui par les médecins au travers des stages, que ça soit pendant l'externat un petit peu et pendant l'internat. Au début de l'internat aussi avec le stage des urgences, où là on nous informe quand même bien à ça, pour pas avoir de soucis derrière.

C : Ça revient énormément, ça. Qu'aux urgences, c'est comme ça. Pourtant, j'interroge des Saspas qui se veut être une catégorie en médecine générale. Pourtant on me parle énormément des urgences, mais ça, je me suis aperçu que c'est parce qu'on a une formation qui est très hospitalo-centrée, donc...

M : Complètement. On veut faire de la médecine de ville, mais notre internat il s'est passé à l'hôpital. Les deux tiers

de l'internat sont à l'hôpital. C'est avec des stages obligatoires et on peut faire que deux semestres, des fois trois si on a de la chance, en ville. Mais oui, on est formés à l'hôpital quasiment.

C : Et qu'est ce qui fait qu'à l'hôpital on soit plus défensifs qu'en médecine générale ?

M : Je pense que c'est l'obligation de moyens qui fait que derrière on est amené à avoir ce type de pratique. En ville on va moins nous reprocher de pas avoir eu accès à un examen, parce que on y a pas accès aussi facilement qu'à l'hôpital. Une prise de sang, on va la remettre en question, parce que ça demande au patient de se déplacer au laboratoire, il faut le temps de recevoir les résultats et tout ça. Aux urgences on l'a dans la demi-heure la prise de sang, on a des résultats vite, on a accès aux imageries, aux choses comme ça. Et en ville, si on pratiquait la même médecine qu'on pratique aux urgences ici, on n'aurait aucun examen de disponible. On a déjà du mal à avoir des urgences quand on en a besoin et ça serait pas possible avec ça.

C : C'est vrai que ça c'est aussi une des conséquences qui revient de la médecine défensive, c'est que des fois tu crées de la perte de chance. Vu qu'en fait on bloque les plannings complètement par exemple des IRM etc...

M : Complètement. On les utilise à mauvais escient pour se défendre parce que l'examen il serait indiqué sur le papier, même si on y croit pas trop en voyant le patient en face de nos yeux, sur le papier il est indiqué donc on doit le faire.

C : Oui, mais c'est vrai qu'on est tous confrontés à ça de toute façon dans notre pratique de tous les jours. Donc oui je disais tout à l'heure, la médecine défensive, en fait, c'est quelque chose qui revient beaucoup. C'est « on connaît le concept, mais le mot on le connaissait pas ». Toi t'as dit « j'ai fait ma recherche au cours de mon RSCA », et avant on m'a expliqué le concept mais pas forcément le mot. Parce que c'est fou que ce mot là, il soit apparu dans les années 90 aux Etats-Unis et que nous, en 2024, il fasse toujours pas partie du dictionnaire médical français.

M : Je pense que c'est un peu tabou parce qu'il y a une sorte de honte à faire ce genre de médecine, qui n'est pas du tout centré vers l'humain mais centré vers... c'est un peu égoïste comme style de pratique pour se protéger soi-même. En fait, le patient il a plus sa place dans ce type de médecine, c'est vraiment le médecin qui veut se protéger. Et donc je pense que c'est tabou d'en avoir recours oralement, il vaut mieux dévier un petit peu la

discussion que de dire là on fait cet examen pour de la médecine défensive.

C : Est-ce que la solution, justement, ce serait pas de briser le tabou ?

M : Ah ben si ! Encore une fois, avec la communication, ça passerait mieux. Et puis si on en parlait, si on mettait clairement les mots sur « tel examen on le fait pour de la médecine défensive », ben je pense que derrière on y réfléchirait à deux fois parce qu'il reviendrait peut être souvent au cours de la journée ou au cours de la semaine et ensuite on pourrait peut-être se remettre en question par rapport à tout ça.

C : Ce serait un peu l'objectif ça, un peu de remettre en question notre notre pratique. Est-ce que tu en vois

d'autres, des objectifs pour toi dans ta vie de futur médecin ?

M : Ah ben il y en aurait des centaines quand même !

C : Et ce serait quoi ? Tu vois, quel médecin tu voudrais être ?

M : Ben accessible déjà d'une part, chose qui n'est pas toujours évidente à mettre en place. Ensuite, ben proches de ses patients, comme tout médecin généraliste je pense. Et puis juste et équitable aussi dans les... dans les pratiques.

C : C'est bien, c'est un beau projet ahah !

M : Oui ahah.

C : Bien merci beaucoup.

M : Merci à toi

Références bibliographiques

1. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients édition multiprofessionnelle. [en ligne]
Organisation Mondiale de la Santé. 2015.
Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf
2. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America.
Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson.
To Err is Human: Building a Safer Health System.
Washington (DC) : National Academies Press (US) ; 2000
3. Makary MA, Daniel M.
Medical error-the third leading cause of death in the US.
BMJ [en ligne]. 2016 ; 353.
Disponible sur : <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139.long>
4. MACSF
Responsabilité médicale : la MACSF constate une sévérité accrue des tribunaux. [en ligne]
c2023. Disponible sur : <https://presse.macsf.fr/actualites/responsabilite-medicale-la-macsf-constate-une-severite-accrue-des-tribunaux-d0c2-ddf57.html>
5. U.S. Congress, Office of Technology Assessment
Defensive Medicine and Medical Malpractice
Washington (DC) : U.S. Government Printing Office ; July 1994.
6. Cunningham W, Wilson H.
Complaints, shame and defensive medicine.
BMJ Qual Saf [en ligne]. 2011 ; 20(5).
Disponible sur : <https://qualitysafety.bmj.com/content/20/5/449.full>

7. Assing Hvidt E, Lykkegaard J, Pedersen LB, Pedersen KM, Munck A, Andersen MK.
How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners.
BMJ Open [en ligne]. 2017 ; 7(12).
Disponible sur : <https://bmjopen.bmj.com/content/7/12/e019851.long>
8. Baungard N, Skovvang PL, Assing Hvidt E, Gerbild H, Kirstine Andersen M, Lykkegaard J. How defensive medicine is defined in European medical literature: a systematic review.
BMJ Open [en ligne]. 2022 ; 20(12).
Disponible sur : <https://bmjopen.bmj.com/content/12/1/e057169.long>
9. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al.
Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment.
AMA [en ligne]. 2005 ; 293(21).
Disponible sur : <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/200994>
10. Goetz K, Oldenburg D, Strobel CJ, Steinhäuser J.
The influence of fears of perceived legal consequences on general practitioners' practice in relation to defensive medicine - a cross-sectional survey in Germany.
BMC Prim Care [en ligne]. 2024 ; 25(1).
Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10785451/>
11. Académie de Médecine
Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine – version 2024
c2024. Disponible sur : <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php>
12. Morichon C.
Impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique médicale.
Th : Med : Bordeaux ; 2021. N°99.
13. Grocq T.
La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français, une étude qualitative en focus group.
Th : Med : Bordeaux ; 2020. N°9.

14. Barney G. Glasser, Anselm L. Strauss.
The Discovery of Grounded Theory Strategies for qualitative research
New Brunswick (US) et London (UK) ; Aldine Transaction ; 1967.
15. Ferguson J, Stringer G, Walshe K, Allen T, Grigoroglou C, Ashcroft DM, et al.
Locum doctor working and quality and safety: a qualitative study in English primary
and secondary care.
BMJ Qual Saf [en ligne]. 2024 ;33(6).
Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11103325/>
16. Berlin L.
Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad.
Diagnosis (Berl) [en ligne]. 2017 ; 4(3).
Disponbile sur : <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/dx-2017-0007/html>
17. TED
Doctors make mistakes. Can we talk about that ? [en ligne]
c2011. Disponible sur :
https://www.ted.com/talks/brian_goldman_doctors_make_mistakes_can_we_talk_about_that?subtitle=en&lng=fr&geo=fr
18. Zolotaryov N.
La place de la médecine défensive dans l'exercice quotidien des médecins
généralistes: étude quantitative réalisée en Franche-Comté.
Th : Med : Besançon ; 2024. N°24-008.

Table des matières

INTRODUCTION.....	31
I. De l'erreur médicale.....	31
II. ...à la médecine défensive.....	32
III. La situation actuelle.....	33
IV. Objectif de l'étude.....	34
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	35
I. Type d'étude.....	35
II. Population étudiée.....	35
1. Critère d'inclusion.....	35
2. Recrutement des internes.....	35
III. Variables étudiées.....	35
1. Guide des entretiens.....	35
2. Évolution du guide des entretiens.....	36
IV. Recueil des données.....	36
V. Analyse des données.....	36
1. Retranscription des entretiens.....	36
2. Étiquetage, propriétés et émergence des catégories.....	37
VI. Aspects éthiques et réglementaires.....	37
RÉSULTATS.....	38
I. Les entretiens.....	38
II. Caractéristiques de la population interrogée.....	38
III. Détail des catégories et propriétés par entretien.....	38
1. Résultats de l'entretien 1.....	39
2. Résultats de l'entretien 2.....	52
3. Résultats de l'entretien 3.....	67
4. Résultats de l'entretien 4.....	80
5. Résultats de l'entretien 5.....	91
6. Résultats de l'entretien 6.....	118

7. Résultats de l'entretien 7.....	132
8. Résultats de l'entretien 8.....	150
9. Résultats de l'entretien 9.....	175
10. Résultats de l'entretien 10.....	199
<u>DISCUSSIONS.....</u>	220
I. Résultat principal.....	220
II. Forces et limites.....	222
1. Sujet de l'étude.....	222
2. Sensibilisation.....	222
3. Constitution de l'échantillon.....	222
4. Réalisation de l'étude.....	222
III. La genèse de la médecine défensive.....	223
1. Des appréhensions.....	223
2. ...en lien avec des sources de pression.....	223
3. ...aboutissant à des sentiments.....	224
IV. La pratique de la médecine défensive avec ses conséquences et bénéfiques.....	225
1. Etre défensif.....	225
2. Conséquences.....	225
3. Bénéfices.....	226
V. Ce qui est en place.....	227
1. Des facteurs protecteurs.....	227
2. Ce que les internes font.....	227
VI. Perspectives d'avenir.....	228
1. Ce qu'il faudrait faire.....	228
2. ...pour enfin !.....	229
<u>CONCLUSION.....</u>	230
<u>ANNEXES.....</u>	232
I. Guide d'entretien.....	232
II. Déclaration de la CNIL.....	233
III. Retranscription des entretiens.....	234

1. Retranscription de l'entretien 1.....	234
2. Retranscription de l'entretien 2.....	243
3. Retranscription de l'entretien 3.....	254
4. Retranscription de l'entretien 4.....	263
5. Retranscription de l'entretien 5.....	272
6. Retranscription de l'entretien 6.....	287
7. Retranscription de l'entretien 7.....	298
8. Retranscription de l'entretien 8.....	305
9. Retranscription de l'entretien 9.....	321
10. Retranscription de l'entretien 10.....	336
<u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</u>	348

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : CHARYK Clément

Thèse soutenue le : 17 Octobre 2024 à 09h00

Titre de la thèse : **Analyse du concept de Médecine Défensive.
Perception et conséquences sur la pratique médicale.
Une étude qualitative auprès des internes en SASPAS
du DMG de Besançon.**

Résumé :

Introduction : L'erreur médicale est un sujet encore tabou en 2024. Les médecins ont pu modifier leur pratique par crainte des poursuites judiciaires, pour donner naissance au concept de médecine défensive. Cette étude auprès d'étudiants en médecine générale en fin de cursus s'intéresse à leur perception de la médecine défensive et à son impact sur leur pratique.

Méthode : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. L'analyse des données a été inspirée de la méthode dite de théorisation ancrée, entretien par entretien, jusqu'à suffisance des données. Les internes interrogés devaient faire partie du DMG de Besançon et devait être en train d'effectuer leur stage en Saspas, ou l'avoir effectué moins de 6 mois auparavant.

Résultats : Au total dix internes ont été interrogés. A la fin de chaque entretien une carte heuristique résumant les propriétés dégagées pour chaque interne a été réalisée. Après analyse des données, l'ensemble des propriétés issues de l'exploitation des entretiens a pu être ordonné en neuf catégories : « Appréhensions », « Sources de pression », « Sentiments », « Être défensif », « Conséquences », « Bénéfices », « Facteurs protecteurs », « Ce que je fais », « Ce qu'il faudrait faire », « Pour enfin ». Un modèle explicatif global a été réalisé afin de regrouper et synthétiser les résultats des entretiens des dix internes interrogés.

Conclusion : La place d'interne en médecine est riche d'ambivalence. Il va devoir porter des responsabilités sans devoir les assumer pleinement. L'appréhension de commettre une erreur ou de se faire attaquer, en lien avec une sensation d'exigence du patient va parfois lui donner la sensation d'être en conflit avec ce dernier, et provoquer un état d'hypervigilance. Cela va pouvoir le pousser à adopter une attitude défensive en surprescrivants pour se protéger ou se rassurer. Cela va certes permettre d'éviter de faire des erreurs, mais lui faire courir le risque de lui faire perdre sa capacité de jugement. Le fait d'être séniorisé et son envie de garder le patient au centre de la prise en charge peuvent l'aider à diminuer cette attitude. Le développement de la communication, en informant et en expliquant au patient, ainsi qu'instaurer une culture positive de l'erreur semblent être des pistes d'amélioration. Ces dernières auront pour but de l'encourager à avoir une réflexion tout au long de sa carrière sur sa pratique de la médecine défensive, pour trouver un équilibre, exercer sans craintes et enfin devenir meilleur.

Mots clés :

médecine défensive - erreurs médicales - recherche qualitative - étudiant médecine