



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE MAIEUTIQUE
LYON SUD CHARLES MERIEUX**

Année 2014 n°

**Dans quelle mesure l'observation des comportements relationnels
des médecins seniors avec leurs patients,
enseigne-t-elle la relation médecin-patient aux étudiants ?**

**Etude qualitative menée auprès d'internes de médecine générale de Lyon
à partir d'entretiens semi-dirigés**

THESE

Présentée
A l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le 21 janvier 2014
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Brice LACROIX
Né le 16-05-1983 à PARIS (75015)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

- | | |
|--|---------------------|
| . Président de l'Université | François-Noël GILLY |
| . Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales | François-Noël GILLY |
| . Secrétaire Général | Alain HELLEU |

SECTEUR SANTE

- UER DE MEDECINE LYON EST Directeur : Jérôme ETIENNE

- UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE
LYON-SUD CHARLES MERIEUX

- INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB) Directeur : Christine VINCIGUERRA

- Directeur : Denis BOURGEOIS

- INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION Directeur : Yves MATILLON

- DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

- UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES Directeur : Fabien DE MARCHI

- UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS) Directeur : Claude COLLIGNON

- POLYTECH LYON Directeur : Pascal FOURNIER

- I.U.T. Directeur : Christian COULET

- INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA) Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS

- I.U.F.M. Directeur : Régis BERNARD

- CPE LYON Directeur : Gérard PIGNAULT

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ANNAT Guy	Physiologie
BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERGER Françoise	Anatomie et Cytologie pathologiques
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
COLLET Lionel	Physiologie / O.R.L.
DALER Y Jean	Psychiatrie d'Adultes
DEVONEC Marian	Urologie
DUBREUIL Christian	O.R.L.
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GRANGE Jean-Daniel	Ophthalmologie
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réa chirurgicale
LAVILLE Martine	Nutrition
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOYEN Bernard	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
PERRIN Paul	Urologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SAUMET Jean Louis	Physiologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VITAL DURAND Denis	Thérapeutique

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON - LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CARRET Jean-Paul	Anatomie / Chirurgie orthopédique
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique
GUERIN Jean-Claude	Pneumologie
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LLORCA Guy	Thérapeutique
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; Transfusion
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention

MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAURIN Jean-Christophe	Hépato gastroentérologie
SIMON Chantal	Nutrition
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BERARD Frédéric	Immunologie
BOHE Julien	Réanimation médicale
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L.
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie et Réanimation
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DUPUIS Olivier	Gynécologie, Obstétrique, gyn.méd.
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
JUILLARD Laurent	Néphrologie
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PILLEUL Franck	Radiologie et Imagerie médicale
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
THAI-VAN Hung	Physiologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio.

PROFESSEUR ASSOCIEE SUR CONTINGENT NATIONAL

SOUQUET Pierre Jean
MAISONNEUVE Hervé

Pneumologie
Epidémiologie, Economie de la santé

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

ERPELDINGER Sylvie
GIRIER Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BONMARTIN Alain	Biophysique et Médecine nucléaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CARRET Gérard	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
CHOMARAT Monique	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement
MASSIGNON Denis	Hématologie ; Transfusion
PAULIN Christian	Cytologie et Histologie
VIART-FERBER Chantal	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOUUD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement
KOCHER Laurence	Physiologie
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERRAUD Michel	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
TRAVERSE - GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BRUNEL-SCHOLTES Caroline	Bactériologie Virologie, Hygiène Hospitalière
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DESESTRET Virginie	Cytologie - Histologie
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire

MAUDUIT Claire
METZGER Marie-Hélène
PERROT Xavier
PIALAT Jean Baptiste
PONCET Delphine

Cytologie et Histologie
Epidémiologie, Economie de la santé, Prévention
Physiologie
Radiologie et Imagerie médicale
Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
PERDRIX Corinne

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

COMPOSITION DU JURY

Président du jury:

Monsieur le Professeur Alain MOREAU, Médecine générale

Membres du Jury:

Monsieur le Professeur Vincent PIRIOU, Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Monsieur le Professeur Gilles FREYER, Cancérologie ; Radiothérapie

Madame le Docteur Corinne PERDRIX, Médecine générale

REMERCIEMENTS

A notre président du jury,

Mr. le Professeur Alain MOREAU,

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse. Votre grande disponibilité, vos compétences et vos précieux conseils sont pour nous une chance. Vos qualités humaines et relationnelles nous ont marqué. Travailler à vos côtés et nous avoir permis de vous remplacer pendant près d'un an et demi est une grande fierté et nous réjouit. Nous espérons ne jamais vous décevoir et être à la hauteur de votre confiance. Recevez ici le témoignage de notre amitié et de notre sincère reconnaissance.

A nos membres du jury,

Mr. le Professeur Vincent PIRIOU,

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Vous avez répondu présent immédiatement alors que nous ne nous connaissions pas. Merci de votre disponibilité et soyez assuré de notre sincère gratitude.

Mr. le Professeur Gilles FREYER ,

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être membre de notre jury. Vos qualités humaines nous ont touché, que ce soit par l'enseignement des sciences humaines ou votre implication remarquée auprès des étudiants lors des bals de médecine Lyon Sud. Nous vous assurons notre profonde reconnaissance et toute notre considération.

Mme. le Docteur Corinne PERDRIX,

C'est avec joie que nous vous comptons dans notre jury. Vous nous avez fait confiance et nous avez accompagné tout au long de ce travail. Votre disponibilité, vos conseils avisés et votre sympathie nous ont été d'une grande aide. Nous vous remercions sincèrement et témoignons notre respect pour vous en temps que directrice de thèse et fervente actrice de la recherche en médecine générale.

A ma famille,

Séverine,

Tu es la femme de ma vie, tu m'as porté et supporté jusque là, tu sais toujours quand me pousser et quand me réconforter. Maintenant place à une nouvelle vie et de nouveaux projets ! Merci pour ton amour inébranlable. Je t'aime passionnément.

Mes parents, Marie-Alix et Bruno,

Si je suis comme je suis maintenant c'est sûrement un peu grâce à vous en fait, si on y réfléchit bien ! Merci Papa pour ta correction implacable.

Avec tout mon amour.

Mes frères et sœurs, Antoine, Mathilde, Gauthier et Eléonore,

Vous grandissez si vite. Maintenant c'est à votre tour de trouver votre voie.

Je serai toujours là pour vous.

Grand-père,

Désolé de ne pas avoir trouvé de jet privé pour que tu sois présent à ma soutenance...

Jocelyne,

Ma petite grand-mère si chic. Votre amour m'accompagne toujours.

Mes grands parents, Noëlle et Jean-Paul,

Vous avez toujours pris soin de moi.

Monique,

Tu m'as permis de faire mes premières armes à l'hôpital comme brancardier de choc.

Mes oncles, tantes, cousins, cousines et tous les autres qui ne tiennent pas sur ces pages,

Pour votre soutien depuis toujours.

Ma belle famille,

Pour l'accueil que vous m'avez fait. **Bernard et Danièle**, désolé d'avoir « perturbé » votre fille dès le lycée. **Kikou**, on ira te voir jusqu'au Canada s'il le faut !

A mes amis,

Benjamin,

Mon copain de toujours et **Marion** ta fidèle partenaire d'aventures, on a hâte de vous revoir ici ou au bout du monde !

Grégory,

Nos parties de squash endiablées me manquent...

Hélène et Fred,

Nos amis clermontois, pour tous ces bons moments passés en votre compagnie. Merci Hélène pour tes conseils avisés, il y avait plus de rouge que de noir après ta correction !

Perrine et Stéphane,

Nos potes à la compote. Pour toujours plus de Vroom !

Ce n'est pas **Ethan** qui me contredira !

Les « vieux » copains de lycée, Lorène, Romain, François, Floriane et Ludo,

Ca commence à faire un bâille qu'on se connaît et il y a encore du chemin... Ouf ! On n'a pas fini de rigoler !

Le terrible Gang des Lyonnais,

Dont le chef cuistot **Cédric** les régale, au côté de **Julie** qui porte rarement plus qu'un drap...

La Pachec'team, Lucie, Amandine, Ludivine, Sophie, Julie et Mr Bonnet de bain,

Pour qui explorer les égouts de Lyon Sud et jouer au frisbee était aussi important que réviser l'ECN !

Les copains de l'INSA, Romain, Candice et Steven, Seb et Anne, Hugues et Lucile,

Pauline et Clément, Sandrine,

Pour de belles amitiés qui traversent les années malgré une répartition géographique improbable.

La team Martinique, Tristan, Yann, Thibault, Julie, Rémy, Dave, Popo, Anna,

Vous êtes des vrais pirates, merci de votre bonne humeur et votre amitié.

Les Yamakasi Night,

Qui ne reconnaissent pas l'existence de limites.

Les « Cousins », Fanny, Agathe, Maud, Charline et Chrystelle,

J'ai beaucoup appris durant nos pic-nique-tennis et je pense que le pâté-croûte et le taboulé élèvent l'esprit, c'est certain !

Sans oublier,

**Marianne, Mme Bassard et Juliette, Sylvain et Laurianne, Vincent, August et Audrey,
Nichal, Camille et Pérette,**

Pour toutes ces années de fêtes, de joie, de vacances, et autres circonstances plus ou moins avouables qui nous ont soudées !

A mes co-externes et co-internes,

Qui m'ont permis de survivre aux gardes et aux tours parfois interminables.

Aux médecins généralistes,

Dr Moreau, Dr Ballin, Dr Chetaille, Dr Supper, Dr Gerey, Dr Dannaoui, Dr Trenti, Dr Louis, Dr Murgues, Dr Franck, Dr Tourneau, Dr Guérin, Dr Tobalem, Dr Anne, Dr Mazure, Dr Dreyer, Dr Eyrard,

Qui m'ont confié leur cabinet et permis de débuter ma pratique libérale.

Aux secrétaires, Mireille, Joëlle,

Sans qui les journées seraient semées d'embûches.

A tous les médecins qui m'ont enseigné et fait évoluer dans ma pratique.

A tous les paramédicaux qui m'ont appris à être au plus proche des patients.

Aux internes interviewés qui m'ont aidé pour ma thèse.

A la clinique de la Loose qu'on va bientôt pouvoir ouvrir !

Mais il reste encore quelques thèses à finir pour ça...

LISTE DES ABREVIATIONS

AIPB: Association internationale du psychodrame Balint

BU: Bibliothèque universitaire

CCNE: Comité consultatif national d'éthique

CNGE: Collège national des généralistes enseignants

DCEM: Deuxième cycle d'étude médicale

DES: Diplôme d'étude spécialisée

DMG: Département de médecine générale

FUMG: Filière universitaire de médecine générale

GB: Groupe Balint

GEAP: Groupe d'échange et d'analyse de pratique

OMS: Organisation mondiale de la santé

PEB: Prêt entre bibliothèque

SASPAS: Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SUDOC: Système universitaire de documentation

UFR: Unité de formation et de recherche

WONCA: World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	19
I. Le contexte	19
II. La relation médecin-patient et la faculté.....	20
III. Hypothèse et objectif.....	23
LES FORMATIONS	24
À LA RELATION MÉDECIN-PATIENT	24
I. Méthodes didactiques.....	24
A. Cours magistraux.....	24
B. Enseignement dirigé	24
II. Méthodes interactives	25
A. Groupe de parole	25
B. Groupe de pairs	26
C. Groupe d'échanges de pratique	26
D. Jeux de rôles entre pairs ou avec patients standardisés (acteurs)	27
E. Supervision.....	28
1. Supervision clinique indirecte et directe	28
2. Supervision par observation directe avec rétro-action	29
F. Groupe Balint	30
G. Psychodrame Balint.....	30
H. Autres	31
MATERIEL ET MÉTHODE	33
I. Méthode	33
A. La recherche qualitative	33
1. Définition de la recherche qualitative	33
2. But de la recherche qualitative	33
B. Entretiens semi-dirigés	34
1. Définition de l'entretien semi-dirigé	34
2. Pourquoi l'entretien semi-dirigé ?	34
C. La recherche bibliographique	35
II. Matériel	36
A. La population de l'étude.....	36
1. Les étudiants.....	36
2. Contact avec les étudiants	36
3. La place du chercheur	36
B. Recueil des données par des entretiens semi-dirigés.....	37
1. Caractéristiques des entretiens	37
2. Déroulement des entretiens	37
3. Le guide d'entretien	37
4. Le matériel d'enregistrement	38
C. Traitement des données	38
1. Retranscription des échanges	38
2. Analyse des données	38
RESULTATS	40
I. Population étudiée	40
II. Résumé des situations vécues racontées par les étudiants	41
III. Analyse thématique	53
A. Questionner ses identifications.....	53

1.	Le « bon » modèle	53
2.	Le « mauvais » modèle	54
3.	Attitude compréhensive envers les modèles négatifs	54
4.	Redisculter des expériences observées stimule la réflexion	55
5.	Une pratique réflexive	56
6.	Des connaissances cachées	56
7.	Prise de conscience de l'hétérogénéité des relations médecin/patient	56
B.	Percevoir et acquérir des habiletés relationnelles à l'observation de ses seniors	57
1.	Aspect relationnel	57
2.	Attitudes médicales lors des consultations	65
3.	Communication et techniques de communication	68
4.	La gestion du temps	72
5.	Reconnaître la dimension inconsciente et émotionnelle de la relation	74
C.	La relation médecin-patient source d'ambivalence	76
1.	Dualité biomédicale – biopsychosociale	76
2.	Ambivalence inné-acquis dans l'habileté à être en relation	76
3.	Mise en contraste des relations au malade hospitalières et ambulatoires	77
4.	Prise de conscience de la différence théorie / pratique	77
D.	Perception de sa propre relation au patient	78
1.	Points forts	78
2.	Points faibles	79
3.	L'expérimentation valide l'observation	80
E.	L'enseignement à la relation	81
1.	Trace d'enseignement théorique	81
2.	Maturité nécessaire pour approcher la relation	83
3.	Enseignement le plus utile	83
4.	La place de la formation théorique à la relation médecin-patient	85
5.	Dans l'avenir professionnel	86
DISCUSSION		88
I. Points forts et limites de cette étude		88
A.	Richesse des entretiens	88
B.	Biais de sélection	88
C.	Biais d'investigation	89
D.	Limites liées au caractère semi-dirigé des entretiens et aux conditions d'entretien	89
E.	Biais d'échantillonnage	89
II. Discussion des résultats		90
A.	Le modèle de rôle	90
B.	Le curriculum informel	92
C.	La réflexivité	94
D.	Apprentissage de la relation médecin-patient et acquisition de compétences	96
E.	Avis des étudiants sur leur enseignement à la relation médecin-patient	102
CONCLUSIONS		106
BIBLIOGRAPHIE		107

TABLE DES ANNEXES

ANNEXES	111
ANNEXE 1: Le guide d'entretien	112
ANNEXE 2: Habiléts relationnelles repérées dans notre étude	113
ANNEXE 3: L'enseignement à la relation médecin-patient en France	114
A. Premier cycle.....	114
B. Deuxième cycle	114
C. Troisième cycle	115
D. Conclusion.....	116
ANNEXE 4: Guide Calgary-Cambridge	118
ANNEXE 5: Entretiens	121

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : La marguerite des compétences.....	22
Figure 2: Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale	101
Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée.....	40
Tableau 2 : Récapitulatif des situations vécues et réaction des étudiants	52
Encadré 1: Aspects relationnels repérés par les internes.....	65
Encadré 2: Attitudes médicales lors des consultations repérées par les internes	68
Encadré 3 : Les techniques de communication repérées par les internes.....	72
Encadré 4 : Le temps, un outil relationnel repéré par les internes	73
Encadré 5 : Reconnaissance de la dimension inconsciente et émotionnelle de la relation	76
Encadré 6: Critères de bonne qualité de la relation médecin-malade qui ont montré leur efficacité thérapeutique par des essais comparatifs randomisés	98

"Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours".

Auteur controversé (1)

When I ask an educated person, "What is the most significant experience in your education?" I almost never get back an idea, but almost always a person.

Daniel C. Tosteson, 1979 (2)

INTRODUCTION

I. Le contexte

C'est une relation déséquilibrée, compliquée, que celle du malade, *le soigné*, et de son médecin, *le soignant*. Tout les oppose. L'un possède le savoir, l'autre n'est dépositaire que de sa "souffrance". L'un est actif, il pose le diagnostic, décide du traitement, l'autre fait ce qu'on lui dit. La situation de dominant/dominé s'accentue encore quand le malade doit être hospitalisé. Car alors le soignant est debout et le soigné couché. Parfois même, le soignant, entouré d'autres soignants, disserte sur l'état du malade sans même lui adresser la parole. Comment, avec toutes ces oppositions, ces différences, la relation peut-elle être équilibrée ?

Pourtant c'est bien vers un rééquilibrage que cette relation soignée-soignant doit tendre. Les médecins ne sont plus vêtus de noir comme dans Molière, ils sont passés depuis longtemps au blanc voir même à la tenue de ville. Cela a pris du temps, mais aujourd'hui nous pouvons affirmer que le processus est en cours et qu'il avancera encore. Les malades accèdent de plus en plus à l'information, deviennent de moins en moins passifs. Cela fait seulement une quarantaine d'années dans les pays anglo-saxons et une trentaine d'années en France que le malade se redresse. Dans notre pays, c'est incontestablement l'épidémie de sida et la prise en charge par les gens contaminés de leur maladie qui ont fait bouger les lignes. Les malades sont allés chercher l'information, ils l'ont intégrée et redistribuée.

Des hommes politiques et des médecins ont jeté les bases de cette transformation. La loi dite « loi Kouchner » du 4 mars 2002 est venue radicalement transformer les modalités de la relation entre un patient et son médecin en réhabilitant la place de l'individu dans le processus de soin. Elle renforce les droits des malades par la reconnaissance de leur droit à l'information, en leur accordant un accès direct à leur dossier médical et en instituant un droit

de participation aux soins. De plus, cette loi réserve une place importante aux associations de patients au sein des établissements de soins, avec la conséquence directe de transformer les rapports de force établis au sein de ces institutions.

La relation médecin-patient devrait être la pierre angulaire d'une alliance thérapeutique performante. Une communication efficace est indispensable tant pour les patients que pour le médecin et doit accompagner tous les processus médicaux : prévention, examens diagnostiques, prescriptions thérapeutiques. Elle a des impacts démontrés sur divers indicateurs de santé (3). Son apprentissage doit constituer un objectif important dans la formation du médecin (4). Rappelons que c'est également un devoir déontologique. L'article 33 du code de déontologie médicale nous informe que le médecin a le devoir de communiquer à temps au patient le diagnostic et le pronostic d'une affection, même s'il s'agit d'un diagnostic grave. Le patient, lui, a le droit d'être pleinement informé de son état de santé comme le rappelle la Déclaration sur la promotion des droits du patient en Europe, dite "Déclaration d'Amsterdam" (OMS 1994). L'évolution des mentalités va également dans le sens de l'information. En France, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) recommande concrètement des normes de bonne information et de bonne communication (8).

Aujourd'hui, entre le modèle paternaliste d'un côté et autonomiste basé sur un contrat de l'autre, une troisième voie doit être trouvée. Elle pourrait avoir pour socle une relation de confiance, nourrie d'une communication de qualité, bilatérale et avec pour objectif une décision thérapeutique partagée. Notre pratique, jadis centrée sur la maladie, évolue vers une pratique centrée sur le patient.

II. La relation médecin-patient et la faculté

La relation médecin-patient est, en médecine, un élément fondamental dans la démarche de soins. Elle nécessite des compétences scientifiques et techniques (savoir et savoir-faire), et des compétences humaines et relationnelles (savoir-être). La formation transversale à cette relation est obligatoire dans le deuxième cycle des études de médecine (6).

Pourtant, les études médicales sont essentiellement orientées sur l'acquisition de connaissances scientifiques. Force est de constater qu'au cours de ces études, peu de temps est consacré à l'enseignement de la relation médecin-patient (7). Elles n'assurent que partiellement un enseignement des aptitudes pratiques et encore moins des aptitudes relationnelles. Cette situation est paradoxale dans un système de soins qui impose au médecin

une compétence professionnelle dans le registre bio-psychosocial. En 2005, une étude (8) a montré que les internes étaient insatisfaits de la part accordée à l'enseignement de la relation : 65% des internes ne s'estimaient pas assez préparés aux difficultés rencontrées dans la relation médecin-malade, et 16% ne s'y trouvaient absolument pas préparés.

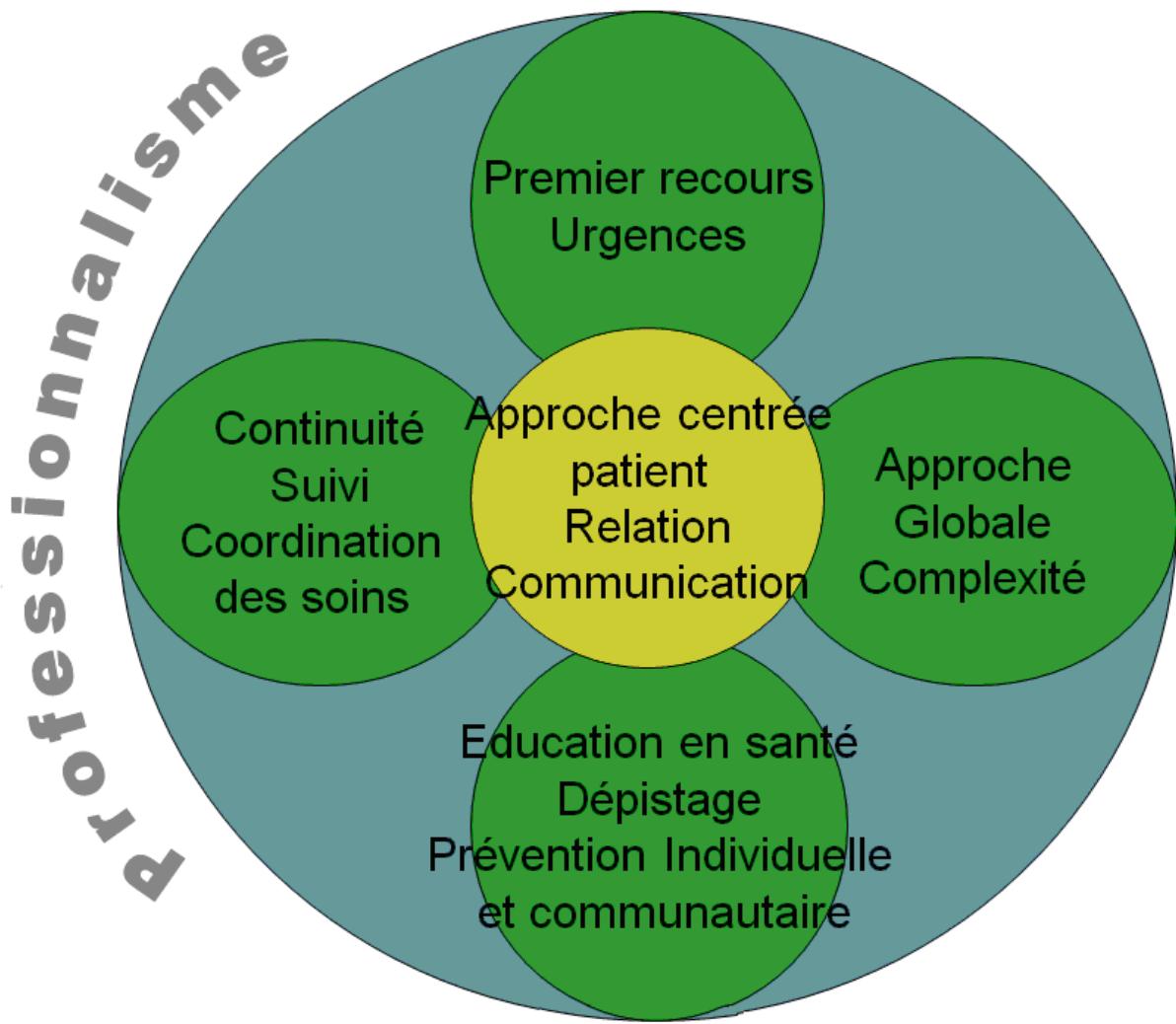
Il existe pourtant des approches, comme l'approche centrée sur le patient décrite par Stewart, Belle Brown et Weston (9), où les composantes psycho-affectives représentent un élément essentiel de la démarche clinique. Stewart et ses collaborateurs ont ainsi formalisé leur approche en la structurant en six dimensions principales :

- 1- Explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécues par le patient
- 2- Comprendre la personne dans sa globalité bio-psychosociale
- 3- S'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités
- 4- Valoriser la prévention et la promotion de la santé
- 5- Etablir et développer la relation médecin-patient
- 6- Faire preuve de réalisme

Au même titre que les éléments sémiologiques, les facteurs relationnels interviennent largement dans la prise de décision mais sont peu enseignés. Sans doute parce que cette approche ne se prête pas, ou mal, à une pédagogie magistrale (10). Les critères définissant une bonne relation médecin-patient sont difficiles à objectiver et à enseigner à l'étudiant : “On lui apprend au cours de ses longues études à repérer des symptômes et à les collecter dans des maladies objectivement répertoriées. Il propose à son patient des thérapeutiques dont l'efficacité s'accroît avec les progrès d'une science qu'on imagine toute puissante. Très souvent (et surtout en médecine générale) le malade n'entre pas dans ce modèle biomédical : il vient exprimer des symptômes que l'on rattachera le plus souvent à un “mal-être” subjectif dans un contexte psychosocial plus large” (11).

Ce manque s'améliore depuis quelques années en formation de médecine de soins primaires. La Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG) a pris de l'ampleur avec la création du DES de Médecine générale en 2004 et le concept d'apprentissage par compétences a fait son apparition en troisième cycle dans les orientations pédagogiques des facultés de médecine. Ce concept se développe aujourd'hui encore dans l'objectif de former des professionnels compétents capables de dispenser des soins de qualité. Le référentiel métier et compétences élaboré par le Collège national des généralistes enseignant (CNGE) qui définit les rôles et les fonctions du médecin généraliste, a placé la relation médecin-patient au cœur des six compétences principales de la spécialité (12). Ces six compétences génériques sont mises en forme dans un schéma appelé *marguerite des compétences*.

Figure 1 : La marguerite des compétences



Enfin la WONCA (*World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians*) précise, dans sa définition de la médecine générale de 2002, que les médecins généralistes « soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie » et que « dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » (13). Selon d'autres approches : « toutes les personnes dont la fonction est de soigner établissent, qu'elles le veuillent ou non, une relation soignant-soigné » (14), relation incontournable : « tout médecin dans sa pratique se trouve impliqué dans une relation avec ses patients » (11).

III. Hypothèse et objectif

Les jeunes praticiens sont tous les jours confrontés à des situations relationnelles plus ou moins complexes auxquelles ils doivent faire face. La compétence relationnelle nécessite des aptitudes innées ou acquises au cours de la vie personnelle, permettant d’appréhender nombre de ces situations. Il n’en demeure pas moins que cette compétence relation médecins-patient, si singulière, nécessite une formation. Malgré un enseignement formel à la faculté, cet apprentissage se fait aussi sur le terrain de façon informelle, en situation authentique de soin. Sur ce terrain, hospitalier ou ambulatoire, les étudiants sont en contact constant avec des médecins seniors. Ils en observent les raisonnements cliniques, les gestes techniques et en reçoivent ainsi un enseignement « *in situ* » pratique. Mais ils en observent aussi le comportement relationnel et en tirent également un enseignement non formalisé.

En conséquence, il nous a paru utile et novateur d’évaluer cet apport “informel” des médecins seniors dans l’apprentissage de la relation médecin-patient des internes en DES de médecine générale.

L’objectif principal de ce travail est donc d’explorer ce que les étudiants apprennent dans le domaine de la relation médecin-patient, grâce à ce qu’ils ont observé auprès de leurs « maîtres ». Comment les étudiants réagissent-ils à ces observations ? Comment ces observations font-elles évoluer leur pratique ? Notre objectif secondaire est d’explorer, pour ces étudiants, la place de l’enseignement de la relation médecin-patient.

Pour cela nous avons réalisé une étude qualitative, à partir d’entretiens semi-dirigés, menée auprès d’internes de médecine générale de Lyon ayant acquis une expérience hospitalière et ambulatoire.

LES FORMATIONS À LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

Une revue de la littérature (en langue anglaise) réalisée en 2007, sur les formations à la relation et à la gestion des émotions dispensées en médecine depuis 1980, a mis en évidence une large hétérogénéité au sein des programmes universitaires, tant au niveau des méthodes pédagogiques que de l'organisation pratique (15).

Ces formations sont classifiées en méthodes didactiques ou interactives, selon qu'elles relèvent de l'explicitation méthodique théorique par l'enseignant (didactique) ou de l'échange interactif entre l'enseignant et l'étudiant comme support formatif (interactif).

I. Méthodes didactiques

A. Cours magistraux

Les notions fondamentales qui permettent aux étudiants de se familiariser avec la réalité parfois déconcertante de la relation médecin-patient peuvent être traitées dans leurs aspects théoriques lors de cours magistraux. Peuvent ainsi être abordés : l'intersubjectivité dans la relation médecin-malade ; les troubles fonctionnels ; les mécanismes psychologiques mis en jeu dans la relation (transfert, contre-transfert, projection, investissement) ; les interactions psychologiques et somatiques (effet placebo et troubles psychosomatiques) ; handicap, incurabilité, vieillissement, accompagnement des mourants et soins palliatifs ; maladie chronique.

Les enseignements théoriques sont l'outil pédagogique principal des premières années d'études médicales, dans la mesure où ils procurent à l'étudiant un bagage initial fondamental. Ils lui permettent d'appréhender une relation au patient qui lui est encore inconnue et abstraite.

B. Enseignement dirigé

Ils sont organisés en petits groupes de 15 à 20 étudiants au cours de séances thématiques. Les groupes sont animés par un ou plusieurs enseignants, et permettent

d'aborder en profondeur les notions enseignées en cours magistral.

Le groupe est invité à réfléchir sur le thème proposé, au travers d'expériences cliniques vécues au cours de leurs stages. Les thèmes abordés pourront éclairer différents sujets. Citons par exemple : le corps en médecine ; le malade, la maladie et la mort ; les réactions psychologiques des patients et des médecins face à la maladie et les étapes du travail de deuil ; le secret médical ; ou encore du contrat à l'alliance thérapeutique.

Les enseignements dirigés sont riches d'échanges et offrent aux étudiants une ouverture vers la complexité des questions soulevées et des argumentaires contradictoires, en fonction des personnalités et sensibilités de chacun. A travers une situation encore théorique et artificielle, ils font leurs premières expériences et appréhendent la nécessité de prendre en compte l'unicité de leur personnalité face à celle du patient, pour pouvoir répondre à ses attentes.

Les enseignements dirigés peuvent également être le lieu de lectures critiques d'articles ou d'exposés littéraires en lien avec la thématique évoquée permettant de soutenir ou de servir de point de départ aux discussions.

II. Méthodes interactives

A. Groupe de parole

C'est un lieu animé par un professionnel de la relation de soins, qui propose un espace de parole aux participants, afin d'échanger sur des difficultés rencontrées dans une problématique. Il permet de partager, d'échanger, d'écouter réciproquement, sans peur du jugement de l'autre. Il autorise l'expression des sentiments, des souffrances et des émotions liés au sujet abordé. Les groupes de parole vont ainsi permettre de réduire l'isolement psychosocial des participants. L'animation est non-directive et respectueuse de chacun.

La confidentialité, la discréetion, la liberté de parole ou de silence, l'absence de jugement sont les règles qui en définissent le cadre. Chacun peut sentir qu'il a « le droit à l'erreur ». Donner au soignant la possibilité d'exprimer son propre malaise est fondamental pour que ces malaises refoulés ne le contraignent pas à des attitudes de fuite ou de maltraitance. Grâce au partage et à la réflexion dans le groupe, le soignant ou futur soignant peut maintenir son propre équilibre et mettre en œuvre les capacités d'écoute et d'ouverture envers le malade.

B. Groupe de pairs

Le groupe de pairs réunit des professionnels de la même discipline qui s'auto-évaluent dans une démarche de réflexion systématique et critique sur leur propre pratique et celle des autres. Le but est l'amélioration continue de la qualité des soins. Il s'agit d'un groupe restreint, réunissant régulièrement et exclusivement des médecins de même spécialité, en exercice, tous volontaires, et géographiquement proches.

Il n'y a pas de hiérarchie à l'intérieur du groupe, pas d'expert. Le groupe peut se réunir au domicile, au cabinet d'un médecin, ou dans un autre lieu, à des horaires convenant à tous, au minimum 8 fois par an afin d'assurer une certaine continuité.

Les groupes de pairs ont pour objectif d'étudier et de critiquer la pratique telle qu'elle est vraiment, à travers la présentation de cas cliniques authentiques, choisis de façon aléatoire. La séance se déroule habituellement en trois temps modulables, en présence d'un modérateur et d'un secrétaire définis au préalable. Le 1er temps est dédié à l'étude de cas cliniques, un 2ème temps est réservé à l'analyse du parcours et de la coordination des soins et un 3ème temps est libre, destiné « à la curiosité, l'inhabituel ou le préoccupant » (16).

C. Groupe d'échanges de pratique

Leur fonctionnement est assez semblable aux groupes de pairs, à la différence que les réunions sont thématiques. Les séances sont rythmées par la présentation de dossiers apportés par les médecins et choisis aléatoirement, portant sur un thème spécifique. Les présentations sont suivies de discussion abordant les problèmes rencontrés. L'absence de résolution en séance sera prolongée par un travail ultérieur de recherche.

Les groupes peuvent être évalués sur les thématiques abordées par la réalisation d'un audit, afin de mesurer un changement de pratique. Comme dans les groupes de pairs, les séances réunissent des participants ayant une pratique commune, sans hiérarchie, en présence d'un modérateur.

Le groupe d'échanges de pratique appliqué aux étudiants permet un travail de réflexion sur la formation et les compétences à acquérir pour devenir médecin. Il permet d'aborder les notions d'« evidence based medicine » et l'apprentissage de la recherche documentaire.

Les étudiants peuvent s'identifier à une communauté professionnelle grâce à une

expertise de groupe, structurée par la présence d'un tuteur, s'appuyant sur la prise de conscience de la variété des pratiques en médecine, la mise en évidence des besoins de formations complémentaires, et l'exposition des difficultés qu'ils rencontrent.

Ces groupes de pairs et d'échanges de pratique sont des formations validées et labellisées pour l'évaluation des pratiques professionnelles. Elles relèvent de l'enseignement d'une médecine factuelle. Leur cadre de déroulement et leur contexte sont favorables à l'écoute et au partage. Elles peuvent être d'une aide précieuse pour le médecin ou l'étudiant. Elles renforcent les identités personnelles, collectives et professionnelles tout en permettant de les confronter et de les apaiser. « Chaque médecin se pose, expose, s'expose, propose, sans imposer » (16).

D. Jeux de rôles entre pairs ou avec patients standardisés (acteurs)

Il s'agit d'une méthode pédagogique issue du psychodrame (J.L. Moreno 1889-1974). Les jeux de rôles s'appuient sur l'idée que la personnalité est constituée d'une série d'identifications qui se superposent et qui sont chacune à la base d'un schéma de comportement. Chacun de ces comportements s'active dans le rapport à la réalité et dans le rapport aux autres. Les jeux de rôles aident à préparer des sujets à des situations nouvelles et difficiles, par la prise de conscience et la modification des attitudes spontanées qui ne sont pas toujours les plus adaptées.

Ils ont leur place dans l'enseignement car ils vont permettre à l'étudiant de s'imaginer et se projeter dans sa future fonction de médecin, lui apprendre à écouter, révéler un fonctionnement relationnel, et lui faire découvrir la capacité à élaborer des hypothèses pour adapter ses réponses. Les étudiants réalisent qu'il n'existe pas de réponse univoque et que la relation avec le patient peut modifier leurs réponses.

Ils peuvent être aidés par des outils audiovisuels (audio ou vidéo) en rétro-action. Les jeux de rôles peuvent avoir lieu entre pairs (étudiants) ou avec des « patients simulés », joués par des acteurs, en présence d'un modérateur ou animateur. Le scénario est préétabli, il définit le rôle du patient.

Les jeux de rôles éclairent l'étudiant sur ses projections et la prise de conscience de ses affects face au patient. Par la résolution de conflits fictifs, ils permettent aussi d'appréhender la résolution de conflits ultérieurs.

E. Supervision

La pratique de la supervision est particulièrement développée au sein des professions de soin des pays anglo-saxons, ainsi qu'en regard des milieux psychothérapeutiques et des travailleurs sociaux. Elle est cependant une pratique émergente dans la formation médicale en Europe. La supervision transposée au soin et à la relation thérapeutique permet, pour Morton-Cooper et Palmer (17) : de clarifier les valeurs humaines, d'acquérir une connaissance des perceptions émotionnelles, de retrouver « le sens » dans les relations sociales, d'encourager les apprentissages et les modèles identitaires, d'évaluer et promouvoir une meilleure pratique du soin médical, et de protéger contre la désillusion et le burn-out du soignant.

La pratique de la supervision prend plusieurs formes.

1. Supervision clinique indirecte et directe

Elle se pratique en groupe ou individuellement. La supervision indirecte se rapproche de la « reprise » ou « contrôle » (termes usités notamment en psychiatrie) dans le sens où elle permet à travers l'échange avec le superviseur de revenir sur des difficultés de pratique professionnelle et ce, à distance de celles-ci. Il s'agit avant tout de rendre l'étudiant disponible à un regard extérieur. Elle permet de formuler et de questionner ses attitudes avec le recul, en repartant d'un cas, dégagé de l'action immédiate.

Le stage de niveau 2 soit Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), effectué pendant l'internat de médecine générale, comporte une supervision indirecte avec les maîtres de stage. Les problématiques quotidiennes rencontrées par l'étudiant sont évoquées en fin de journée et des ébauches de solution ou de réflexions sont soulevées. Avec la distance, elle permet de clarifier le raisonnement clinique et les processus décisionnels, tout en abordant, la dimension émotionnelle et affective.

La supervision par observation directe se distingue de la supervision indirecte par l'immédiateté de l'analyse de la consultation par le participant (ou étudiant) et le superviseur, « à chaud », sur le lieu de l'observation. Le stage chez le praticien dit de niveau 1 effectué pendant l'internat de médecine générale, comporte une supervision directe avec les maîtres de stage. Le déroulement de la consultation en autonomie est concomitant à l'analyse du superviseur et à l'évaluation de la performance, pour identifier les points spécifiques à relever et discuter.

2. Supervision par observation directe avec rétro-action

Le cadre pratique nécessite un cabinet de consultation équipé de caméra ou de micros, une salle de rétro-action équipée de poste de télévision ou de magnétophone, l'accord expresse du patient et le respect de la confidentialité.

Les entrevues sont enregistrées sur bande vidéo ou sonore et revues ou réécoutes au besoin, dans le cadre de la rétroaction qui suit chaque session.

Une séance de préparation établit les objectifs du jour et adapte la séance de travail au contexte de la consultation attendue. La rétro-action fait suite à la consultation et nécessite l'instauration d'un climat de confiance, favorisant l'analyse et l'autocritique de l'étudiant qui auto-évalue ses connaissances et compétences. Il permet à l'interne d'entrevoir, à travers l'image et/ou le discours, les dimensions émotionnelles liées aux affects qui se jouent dans la relation au patient.

La relation enseignant-enseigné qui s'installe s'apparente alors à la relation médecin-patient. Le superviseur devra ensuite établir une « prescription pédagogique » à l'étudiant et réaliser avec lui, une synthèse de l'entrevue et de la rétro-action. L'enseignement en supervision vidéo ou audio s'attache aux compétences cliniques, c'est-à-dire les connaissances adaptées à la discipline et l'approche biopsychosociale, ainsi qu'aux compétences pédagogiques et humaines. Son rôle est d'établir des objectifs, d'évaluer la performance du participant, d'instaurer une relation d'aide authentique, respectueuse et empathique, d'aborder les éléments de la consultation avec une approche et un climat relationnel centrés sur l'étudiant. Par son approche globale, elle va permettre une exploration de tous les champs de la consultation de manière approfondie.

L'usage de la vidéo illustre par l'image les analyses, afin de les conforter ou de les réinterpréter. La rétro-action permet d'aborder de façon plus évidente et imagée les techniques de communication associant questions ouvertes et fermées, qualité de l'écoute, le vocabulaire, la reformulation, tout en étant adaptée à l'étude de la relation médecin-malade (langage verbal, infra verbal, attitude, empathie). «La relecture est essentielle et elle procède du regard sur soi qui ne devrait jamais quitter le praticien » (18). Au Québec, les supervisions par observation directe sont développées comme outil pédagogique pour la formation des internes ou résidents de médecine générale. Elles peuvent associer aux médecins enseignants différents partenaires de santé, notamment des psychologues ou des travailleurs sociaux (19).

F. Groupe Balint

Les groupes Balint GB) sont nés du travail de recherche mené par Michaël Balint, médecin psychanalyste hongrois et ses collaborateurs au sein de la Tavistock Clinic de Londres (20). À partir d'une présentation d'un patient, la relation est étudiée par des discussions de groupe dont l'animation est inspirée des théories psychanalytiques. Un groupe Balint va réunir une dizaine de médecins ou de soignants de même pratique libérale ou hospitalière et de façon régulière (hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle). Le groupe est mené par un ou deux animateurs ou leaders, pouvant être psychanalystes, ou soignants de formation analytique. Les réunions sont illustrées par la présentation d'un cas clinique rapporté par un participant, la séance débutant par l'invariable question : « Qui a un cas ? ».

Mais qu'est-ce qu'un cas en groupe Balint ? Il s'agit d'une situation relationnelle, c'est l'histoire d'une rencontre entre deux personnes, l'une médecin et l'autre malade, pour laquelle une prise de recul est nécessaire. L'objectif est de prendre en compte les données émotionnelles et psychiques dans l'acte de soin qui ont mis le soignant en difficulté, pour lui permettre de questionner sa mise en relation. C'est « dé-ranger » ce qui n'aspire qu'à être dit et non pas « définitivement classé ».

« J'ai l'impression d'avoir rencontré dans ma carrière de patient certains médecins pour qui le problème des émotions a été réglé d'une façon définitive : ils ont mis une pierre dessus et c'était liquidé » A. Jollien (18).

G. Psychodrame Balint

Il allie le psychodrame analytique à l'approche des groupes Balint: « c'est-à-dire qu'il fait appel à la fois aux dynamiques de l'inconscient et au travail sur la personnalité professionnelle » (21). Ces groupes se réunissent régulièrement avec un ou deux animateurs formés dans le cadre de l'AIPB (Association internationale du psychodrame Balint), fondée par Anne Caïn.

L'objectif de ces groupes est similaire à celui des groupes Balint classiques. Il s'agit pour le médecin de comprendre et d'améliorer ses relations avec le patient par la découverte du contre-transfert. À ceci près que le médecin qui raconte son cas le met en scène, permettant au corps de libérer les souvenirs gardés en mémoire. Le médecin est invité à rejouer dans le groupe la scène de la consultation exposée. Il restitue le cadre et certains de

ses éléments sont remplacés de façon figurée dans la pièce. Un autre participant prend la place du patient.

Les inversions de rôles, qui ponctuent le psychodrame, permettront au présentateur de se voir, comme médecin, dans le jeu de l'autre. Selon Anne Caïn, psychanalyste et psychodramatiste qui a élaboré le psychodrame Balint, « la remémoration et son élaboration secondaire se feront de manière évidente dans le corps et la parole n'apparaît qu'en second lieu après que le corps en ait été l'élément moteur. La communication est ici d'abord infra-verbale et les affects commencent à se manifester de façon gestuelle avant d'alimenter le discours parlé » (22). « Si notre mémoire ne retient que ce qui nous intéresse, si elle sélectionne, le corps lui ne fait pas de sélection, il va tout dire, il est spontané » (22).

Les GB et le psychodrame Balint offrent un espace de parole libre et sécurisé pour les participants, en partie grâce à la neutralité bienveillante des leaders et aux règles de confidentialité qui établissent son cadre. En effet, ni la parole ni le jeu ne peuvent être rapportés hors du groupe.

H. Autres

-La gestalt thérapie fut créée par Fritz et Laura Péris, en collaboration avec Paul Goodman, dont l'ouvrage fondateur éponyme est parut en 1951. Cette technique psychothérapeutique utilise particulièrement l'entrée en relation par le contact et l'expression des émotions. Elle s'intéresse aux processus d'ajustement entre l'individu et son environnement. Elle met l'accent sur la conscience de ce qui se passe dans l'instant présent au niveau corporel, affectif et mental.

-L'analyse transactionnelle est une théorie fondée par Eric Berne, médecin psychiatre américain, durant les années 1950. Elle cherche à comprendre ce qui se joue « hic et nunc » c'est-à-dire « ici et maintenant » dans les relations entre deux individus et dans les groupes.

Elle définit des « États du Moi » comme « un système cohérent de pensées, d'émotions et de comportements associés » qui sont de 3 types : Parent, Adulte, Enfant et qui interagissent à travers des échanges relationnels appelés « transactions ». Ses 4 champs d'application sont la psychothérapie, l'organisation, l'éducation et le conseil.

-La programmation neurolinguistique s'apparente à une technologie de la communication et du changement, élaborée durant la fin des années 70. Elle investit particulièrement le management d'entreprise. Ses applications dans le développement

personnel sont à l'heure actuelle controversées, pour dérive sectaire.

Ces trois différentes techniques de psychothérapie et de communication, bien que pratiquées par certains professionnels de santé, dépassent le cadre universitaire. Certains médecins se forment par ces méthodes, mais surtout dans des démarches personnelles.

MATERIEL ET MÉTHODE

I. Méthode

A. La recherche qualitative

Si l'enquête nous permet de recueillir des tendances générales, elle ne permet cependant pas de recueillir des propos non couverts par les questions et réponses proposées. Il nous a semblé que pour interroger cette « voix de l'intérieur », qui raconte la relation de soin, il nous fallait laisser parler l'Humain, à travers l'unicité de l'individu.

1. Définition de la recherche qualitative

Cette recherche produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observé des personnes. C'est une méthode de recherche qui s'intéresse au sens et à l'observation d'un phénomène social en milieu naturel. Elle traite des données difficilement quantifiables. Elle ne rejette pas les chiffres ni les statistiques qui sont l'apanage de la recherche quantitative, mais ne leur accorde tout simplement pas la première place.

2. But de la recherche qualitative

L'objectif est de connaître les facteurs conditionnant un certain aspect du comportement de l'acteur social mis au contact d'une réalité. Nous l'utilisons pour chercher à comprendre, chercher à décrire, explorer un nouveau domaine, évaluer les performances d'une personne, aller à la découverte de l'autre, évaluer une action ou un projet.

En pratique, nous nous servons de la recherche qualitative pour détecter des besoins, poser un choix, prendre une décision, améliorer un fonctionnement, des performances, cerner un phénomène ou tester des hypothèses scientifiques. Cette recherche qualitative est menée au moyen de méthodes. Les techniques les plus employées sont les entretiens individuels et les entretiens de groupe.

B. Entretiens semi-dirigés

1. Définition de l'entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien.

L'entretien semi-dirigé n'enferme pas le discours de l'interrogé dans des questions prédéfinies, ou dans un cadre fermé. Il lui laisse la possibilité de développer et d'orienter son propos, les différents thèmes devant être intégrés dans le fil discursif de l'entretien.

L'entretien semi-dirigé permet de recueillir des informations de différents types: des faits, des vérifications, des analyses, des propositions, des réactions aux premières hypothèses et conclusions des évaluateurs.

Les entretiens se déroulent préférentiellement dans un lieu neutre, agréable et convivial permettant une plus grande latitude d'expression. L'accord des participants pour la retranscription de tout ce qui se dit, pour l'analyse ultérieure et l'utilisation des données à des fins scientifiques, est recueilli en début de séance. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions est obligatoire et ceci est annoncé en préambule.

Le contenu des entretiens individuels, appelé verbatim, constitue le résultat. Il n'est pas compréhensible directement et fait l'objet d'une analyse. L'analyse proprement dite permet de dégager des thèmes et des sous thèmes, de les regrouper pour faire ressortir les conclusions du travail.

2. Pourquoi l'entretien semi-dirigé ?

L'entretien semi-dirigé nous permet d'approfondir les réponses individuelles du vécu de la relation. Utiliser la méthode qualitative nous invite à étudier les mécanismes d'actions, les schémas de pensée, les représentations de ces étudiants, et comprendre les interactions de la dimension relationnelle. L'étude qualitative permet ainsi de comprendre les significations que donnent les individus à leurs pratiques et perceptions, et de saisir les mécanismes de leurs démarches.

Elle nous permet de chercher la diversité des points de vue autour d'une même réalité qui peut être comprise, vécue différemment, les divergences recueillies venant éclairer des

manières de faire, de penser, de dire, d’agir qui viennent former la trame de l’étude. Nous avons souhaité par cette méthode, aborder la question de l’impact des médecins seniors sur les étudiants dans leur apprentissage de la relation médecin-patient. Nous avons donc, à travers des entretiens, voulu questionner, écouter et analyser cet apprentissage informel que tous les étudiants en médecine expérimentent dans leur cursus.

Le but de cette approche est d’une part, de comprendre les déterminants qui ont amené les étudiants à se questionner, et d’autre part d’évaluer ce que cela leur a apporté. Ces entretiens ont été menés avec l’objectif d’arriver à saturation des données, au moment où aucune information nouvelle n’était présentée.

C. La recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée en langue française et anglaise de mai 2012 à novembre 2012. Les mots clés utilisés en français étaient : *Curriculum caché, curriculum informel, enseignement médical, modèle de rôle, relation élève-enseignant, médecine générale et relation médecin-patient*. En anglais les mots clefs étaient: *Hidden curriculum, informal curriculum, medical education, role model, teacher-student relationship, general practice et physician-patient relationships*.

Pour la bibliographie, nous sommes allés à la Bibliothèque universitaire (BU) Lyon 1 où des thèses et des livres ont été empruntés. Nous avons utilisé l’outil de “Prêt entre bibliothèque” (PEB) de la BU Lyon 1 (<http://portaildoc.univ-lyon1.fr/>), afin de commander des thèses recherchées auparavant sur le SUDOC (<http://www.sudoc.abes.fr>). Nous avons utilisé le moteur de recherche Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>) pour la recherche d’articles ainsi que les sites EM-consulte (<http://www.em-consulte.com/>) et Pédagogie Médicale (<http://www.pedagogie-medicale.org/>). Cela a été facilité par l’aide de la connexion à distance de la section “Ma BU en ligne” de la bibliothèque universitaire Lyon 1 qui a permis l’accès aux articles médicaux complets et au contenu de ces deux derniers sites.

II. Matériel

A. La population de l'étude

1. Les étudiants

Critères d'inclusion à l'étude qualitative :

- Etre inscrit en 3ème cycle de médecine générale à Lyon
- Avoir validé son stage praticien (stage ambulatoire de niveau 1)

Au total, dix personnes ont été recrutées de novembre 2012 à mai 2013. Les participants de l'étude ont des caractéristiques communes. Leur sélection vise à panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Il ne s'agit pas d'être représentatif de la population source mais d'avoir un échantillon diversifié.

2. Contact avec les étudiants

Nous avons recherché des étudiants d'abord par connaissance et affinité, puis par effet "boule de neige" au fur et à mesure des entretiens, ou selon les rencontres faites pendant le travail de recherche. Nous les avons toujours contactés par messagerie électronique puis téléphonique.

3. La place du chercheur

Le chercheur est ici l'instrument de recueil des données. Il doit savoir écouter et voir sans se projeter. Néanmoins, nous avons conscience de la place de sa subjectivité dans le déroulement de l'entretien.

Il est important de replacer ici que l'enquêteur, c'est-à-dire nous-mêmes, appartient au même milieu d'étude que les enquêtés, avec ce que cela peut apporter d'intersubjectivité. Il existe ainsi une proximité indéniable entre les étudiants de l'UFR de LYON, qui a pu nous amener à partager partiellement des moments communs de notre cursus médical. Néanmoins, la méthodologie de l'entretien semi-dirigé exigeant la précision systématique du cadre de l'étude au début de chaque entrevue, a permis de limiter cette situation de complicité.

B. Recueil des données par des entretiens semi-dirigés

1. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés de novembre 2012 à mai 2013. À chaque entretien, nous avons abordé avec les étudiants deux expériences marquantes, une bonne et une mauvaise, en rapport avec la relation médecin-patient. Expériences qu'ils ont vécues en tant que témoin pendant leur formation médicale, en observant des situations relationnelles médecin senior / patient. Il a été convenu afin d'avoir les entretiens les plus riches possibles que l'étudiant réfléchisse quelques jours avant aux situations qu'il souhaitait aborder.

L'objet de l'entretien est alors de recevoir le récit de vécu personnel de l'étudiant, pour en saisir le retentissement professionnel, tant sur la personnalité du médecin, que sur la relation singulière au patient. Quels ont été les éléments de modifications ou de prise de conscience des étudiants sur la relation ? Quelles ont été ses implications psychologiques, témoignant d'une démarche introspective, intégrative et réflexive ?

2. Déroulement des entretiens

Nous avons réalisé nos entretiens semi-dirigés à leur domicile, celui de l'enquêteur, ou au sein des locaux universitaires, selon les préférences et disponibilités de chacun. En début d'entretien, nous nous présentions en citant notre directeur de thèse. Nous présentions ensuite le thème général de la thèse à savoir "l'apprentissage de la relation médecin-patient". Nous précisions l'anonymat et la confidentialité des données et notre neutralité vis-à-vis des propos recueillis. Nous avions pour but de mettre à l'aise l'étudiant, de recentrer la discussion si besoin, et ceci avec neutralité sur les propos exposés. Leur accord était demandé pour la retranscription sur support informatique de tout ce qu'il se dit, et pour l'analyse ultérieure des données à des fins scientifiques. Notre attitude était peu directive, permettant au participant de s'exprimer librement sur les questions formant le canevas d'entretien.

3. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien (ANNEXE 1) comportait douze consignes devant toutes être abordées dans un ordre chronologique ajustable, pour permettre la fluidité de l'échange et sa souplesse.

Des questions supplémentaires ont parfois fait suite au discours des internes, favorisant l'explicitation de leurs pensées et idées ainsi que des relances, reformulations, reflets ou échos. Dans la mesure du possible, nous avons essayé d'adopter une attitude empathique, non directive et une position « d'acceptation inconditionnelle », proposant un espace non menaçant pour le participant où il n'est pas soumis au jugement et où de l'intérêt est accordé à ses propos.

4. Le matériel d'enregistrement

Les entretiens ont été enregistrés au moyen de l'application “Dictaphone” d'un smartphone “HTC one X” nous appartenant.

C. Traitement des données

1. Retranscription des échanges

Chaque entretien enregistré en format “.amr” a été transféré via un courrier électronique sur notre ordinateur personnel. Ensuite, chacun a été retranscrit mot à mot sur le logiciel de traitement de texte Word®, le plus fidèlement possible, incluant les propos ainsi que les hésitations ou silences éventuels, même les lapsus et erreurs de grammaire. Ces aspects non verbaux ont été notés entre parenthèses et en italique.

Afin de garantir l'anonymat, les entretiens ont été numérotés de 1 à 10 dans l'ordre chronologique. Nous avons relu le verbatim (ANNEXE 5), tout en écoutant la bande-son, afin de nous assurer qu'aucune information n'avait été perdue et en corrigeant d'éventuelles erreurs de transcription. En aucun cas, nous ne cherchions à reformuler les idées, ceci afin d'en préserver l'authenticité.

2. Analyse des données

L'analyse a été réalisée selon la méthode de Blanchet et Gotman (23) :

Il s'agit d'une analyse par entretien, ou analyse longitudinale, dans un premier temps puis analyse par thème, ou analyse transversale, dans un deuxième temps.

La première phase a été l'impression des entretiens, et leur lecture à plusieurs reprises afin de s'imprégner des données.

Ensuite, le codage : chaque élément signifiant du discours a été répertorié, puis classé et regroupé en formant des thèmes et sous thèmes.

Enfin, phase d'interprétation : les idées et thèmes ont été réorganisés afin de dégager les concepts exposés, les avis exprimés et permettre ainsi une lisibilité à l'ensemble. Des exemples issus des entretiens ont été sélectionnés pour leur pertinence afin d'illustrer chaque thème ou sous thème.

RESULTATS

I. Population étudiée

Les participants étaient tous internes en médecine générale à Lyon et avaient validé le stage praticien. Sur les 10 interrogés 3 étaient des femmes, 8 étaient en stage ambulatoire de niveau 2 ou Saspas, la moitié avaient déjà fait des remplacements en cabinet de médecine générale. Les entretiens ont duré entre 30 et 48 minutes.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Sujet	Durée d'entretien	Semestre	Age (an)	Sexe	Lieu de l'entretien	Lieu d'externat	Saspas fait ou en cours	Remplacement effectué	Stage actuel
Sujet 1 (S1)	29min49sec	6ème	26	M	Domicile du sujet	Lyon	oui	non	Saspas
Sujet 2 (S2)	32min21sec	6ème	27	F	Domicile du sujet	Lyon	oui	oui	Saspas
Sujet 3 (S3)	37min50sec	6ème	27	M	Domicile du sujet	Lyon	oui	oui	Saspas
Sujet 4 (S4)	43min08sec	6ème	27	F	Notre domicile	Lyon	oui	oui	Saspas
Sujet 5 (S5)	41min58sec	5ème	26	M	Domicile du sujet	Marseille	non	non	CHU gériatrie
Sujet 6 (S6)	37min20sec	5ème	27	M	Domicile du sujet	Lyon	oui	oui	Saspas
Sujet 7 (S7)	47min52sec	6ème	28	F	Domicile du sujet	Lyon	oui	non	CHU gériatrie
Sujet 8 (S8)	37min37sec	5ème	27	M	Domicile du sujet	Paris	oui	oui	Saspas
Sujet 9 (S9)	31min46sec	6ème	27	M	Salle de la faculté	Lyon	oui	non	Saspas
Sujet 10 (S10)	31min26sec	6ème	27	M	Domicile du sujet	Lyon	oui	non	Saspas

Par la suite, la lettre S suivi d'un numéro entre parenthèse, en fin de citation écrite en italique, correspond au numéro du participant.

II. Résumé des situations vécues racontées par les étudiants

Lors des entretiens, les étudiants se sont souvenu de l'observation de nombreuses expériences de relation médecin-patient auprès de leurs seniors au cours de leur cursus universitaire :

Qu'elles soient positives :

- « *Et d'autres bonnes communications... et bah ça y en a plein. (S1)*
- « *Donc voilà, j'ai vu [...] ce que je pense le mieux ... » (S3)*
- « *Finalement j'ai vu plus de choses positives, donc ce qui est plutôt bien hein ? » (S6)*
- « *Ouais, alors euh, c'est un peu plus dur à retrouver parce qu'enfin ça paraît tellement banal (les relations positives) ... » (S8)*
- « *Mais bon il y en a eu, j'étais en soins palliatifs, il y en a eu pas mal et avec Dr X tous les entretiens psy... » (S10)*

Ou négatives :

- « *C'est plus dur parce que j'ai l'impression qu'il y en a eu plus dans le parcours de choses qui m'ont marqué dans le mauvais sens... » (S2)*
- « *Donc voilà, j'ai vu le pire ... » (S3)*

Pour les entretiens, il leur avait été demandé d'en rapporter deux : une expérience vécue comme positive et une expérience vécue comme négative. Nous les résumons avec la réaction de l'étudiant.

➤ Sujet 1 :

• Situation négative :

Externe en rhumatologie, désintérêt exprimé du médecin senior pour la souffrance physique mais aussi psychique de son patient atteint d'un myélome :

« *Et le médecin lui avait dit : « Bah vous avez mal mais moi j'y peux rien c'est à vous de gérer votre douleur » (S1 rit ironiquement). »*

⇒ Réaction de rejet de l'étudiant qui valorise le choix de l'empathie :

« *J'avais trouvé ça un peu rude... » « Bah une totale absence d'empathie quoi ! » « il vivait vraiment quelque chose de difficile et il fallait être un petit peu plus attentionné envers lui »*

- **Situation positive :**

Interne en stage praticien, le médecin senior prend du temps avec une patiente, écoute cette patiente en souffrance psychique, permettant le début d'un suivi de soutien psychologique avec adhésion de la patiente à ce suivi :

« *Elle avait réussi à lui faire cracher qu'en ce moment elle allait pas bien, et voilà, elle arrivait à la faire adhérer d'elle-même au suivi* »

⇒ **Réaction d'adhésion de l'étudiant qui constate l'importance de l'écoute dans la relation de soin :**

« *Pour moi c'était une bonne expérience.* » ; « *elle avait cette faculté à être dans l'écoute qui était assez intéressante.* »

➤ **Sujet 2 :**

- **Situation négative :**

Interne en stage praticien, déni du médecin senior face à la maltraitance verbale d'un vieil homme dément par sa femme au cours de la consultation :

« *Et j'ai été très choqué par le, euh, l'espèce de déni du médecin qui surtout ne disait rien* »

⇒ **Réaction de rejet de l'étudiant qui fait le choix d'être vigilant à la relation du malade et des accompagnants lors des consultations et faire verbaliser les difficultés. Cependant il comprend que la routine peut parfois faire négliger ce type d'observation :**

« *Pour elle qui les suivait depuis longtemps et qui faisait les renouvellements d'ordonnances tous les mois et comme on dit souvent, quand même, le regard extérieur fait survenir des choses que le médecin traitant voit pas.* »

- **Situation positive**

Interne aux urgences, annonce de cancer et de fin de vie par le médecin senior aux enfants d'une patiente d'une quarantaine d'année qui avait nié son cancer du sein depuis des années et n'avait rien dit à ses enfants :

« *Il a fallu que l'urgentiste dont c'était pas le travail, annonce à ses enfants que c'était non seulement un cancer mais que c'était une phase terminale.* »

⇒ **Réaction enthousiaste de l'étudiant qui constate l'importance de l'écoute, du temps de dialogue et d'explication dans la relation de soin, sans jugement personnel:**

« l'attitude du médecin sur ce truc dramatique où il la jugeait pas » ; « on commence (en séminaire) à nous parler des questions ouvertes, de laisser les temps de pauses, et voir en pratique euh bah oui on peut simplement lui dire : « Est ce que vous pouvez expliquer comment on en est arrivé là ? », donc c'était ça qui était intéressant, de voir à quel point même si il y avait eu des moments où rien ne se disait, bah il suffisait de réintroduire une nouvelle notion et ça repartait, et elle arrivait à verbaliser un petit peu. »

➤ Sujet 3 :

- **Situation négative :**

Interne en soins palliatifs, le chef de service, peu engagé et n'aimant pas le soin palliatif, n'arrive pas à faire une annonce diagnostique de cancer à son patient, tourne autour du pot, et finalement c'est l'interne qui le fait plus tard :

« Enfin, il avait noyé le poisson d'une manière enfin (pause) odieuse et incomplète. » ; « Et donc au final c'est moi qui ait fait une annonce diagnostique un peu comme, euh, enfin, autant que je pouvais »

⇒ **Réaction de rejet de l'étudiant qui fait le choix d'une annonce**

diagnostique loyale même si c'est dur. Cependant, il comprend que son senior puisse se protéger en repoussant ce type d'annonce :

« Enfin sur le moment j'ai trouvé que c'était un manque de respect, un manque d'honnêteté, en même temps j'ai compris que c'était pour se protéger et parce qu'il avait pas envie de se faire du mal, d'annoncer encore un cancer de plus [...] d'un autre côté je me suis dit si c'était moi, je mettrai d'abord l'intérêt du patient, le désir de savoir, avant mon propre intérêt »

- **Situation positive :**

Interne en addictologie, désamorçage d'une situation de trafic de drogue par des patients dans le service grâce à une discussion préalable au sein de l'équipe soignante sur la meilleure façon de régler la situation dans le respect des patients, sans stigmatiser, sans juger :

« Du coup ça a été une discussion qui s'est faite en amont, une discussion réfléchie entre les médecins. En tenant compte de mon avis aussi et de l'équipe infirmière, sur savoir un peu comment on pouvait faire. »

⇒ **Réaction enthousiaste de l'étudiant qui constate l'importance du choix des mots et d'une attitude de compréhension sans jugement vis-à-vis des patients, notamment en situation d'addiction :**

« Bah voilà c'est cette vision assez, enfin très euh globalement dans ce service très humaniste de la personne dépendante, au-delà des clichés, au-delà de ce que pensent beaucoup de médecin ou beaucoup d'interne qui ont des difficultés avec ce type de patient » ; « du coup je me suis dit : « Ah ouais c'est vrai faut faire gaffe à ce qu'on dit et il y a des mots qui tout de suite induisent un jugement de valeur, qui mettent l'autre dans une situation de coupable. » »

➤ Sujet 4 :

• Situation négative :

Interne en stage praticien, le médecin reçoit un patient alcoololo-dépendant avec des résultats montrant une importante atteinte hépatique. Le médecin n'arrive pas à aborder ouvertement le sujet de l'alcool et sa gêne le fait parler beaucoup empêchant le patient de s'exprimer :

« Et mon prat était très très mal à l'aise avec l'alcool, vraiment un truc de fou » ; « Alors comme il était mal à l'aise, il parlait tout le temps. Mon prat c'est quelqu'un qui parlait beaucoup beaucoup en consultation et le patient il n'avait pas trop de place pour parler déjà à la base » ; « Et il y a jamais pu y avoir de discussion sur l'alcool qui en fait été le vrai problème de cette situation » ; « en fait ils ont passé la consultation à jouer au chat et à la souris. C'est-à-dire que le prat n'a jamais pris position pour dire : "Là, la cause, c'est l'alcool". »

⇒ **Réaction de rejet de l'étudiante qui fait le choix de l'annonce diagnostique loyale et de la discussion, en étant consciente de ses limites personnelles.**
Néanmoins elle insiste sur le fait que la discussion doit être adaptée au patient et pas forcément « rentre dedans » même quand on veut faire réagir :

« Oui bah ça c'est ce qu'il ne fallait pas faire, ne pas laisser la place au patient de parler, ne pas laisser faire prendre conscience de la vrai problématique » ; « Je pense que savoir identifier les zones qui nous mettent mal à l'aise et pourquoi ça nous met mal à l'aise et savoir, euh, c'est important pour nos patients quoi » ; « Alors peut-être que ce n'est pas toujours la bonne solution d'être dans le rentre dedans en quelque sorte tu vois, parce que spontanément moi j'aurai peut-être fait plus dans le rentre dedans mais finalement est ce que ça aurait pas éliminé tous les alcoololo-dépendant de la patientèle ? (rire) »

- **Situation positive:**

Interne en médecine interne, le médecin senior, qui connaît personnellement la patiente et son mari médecin, ne dit pas les résultats d'un scanner cérébral avec image suspecte à la patiente, mais tout au mari. Ceci scandalise l'étudiante au début mais, avec le recul, pense que finalement il a bien fait :

« *Il les voit pour annonce du résultat du scanner et finalement il a rien dit à la femme, il a tout dit au mari.* » « *Ce qui m'a marqué sur le coup en mal mais qui en fait je pense que c'était la bonne attitude à avoir.* »

⇒ **Réaction en deux temps de l'étudiante. Rejet dans un premier temps de l'absence d'annonce diagnostique puis compréhension de ce choix qui lui semble finalement adapté au contexte personnel de la patiente :**

« *C'est-à-dire que moi j'aurais eu envie que ça soit la femme qui décide tout, mais dans un sens je l'aurais laissé avec toutes ses angoisses à elle, alors que finalement le questionnement il pouvait très bien être vécu tout seul en amont par le médecin et son mari sans que elle, elle ait à porter ça.* »

➤ **Sujet 5 :**

- **Situation négative :**

Interne en pédiatrie aux urgences, la médecin senior a été très dure et sans tact avec la mère du bébé qu'elle prenait en charge pour détresse respiratoire aigue :

« *La question qu'elle s'est posée tout le long c'est : « Pourquoi vous ne l'avez pas amené plus tôt ? » ; « Elle s'est pas rendu compte qu'elle avait démonté la mère qui était en pleurs à côté quoi. » ; « le ressenti de la mère à aucun moment elle s'en est souciée quoi* »

⇒ **Réaction de rejet de l'étudiant prenant conscience de l'importance de l'attitude et des paroles du médecin. Cependant, il comprend aussi que sous l'effet du stress, nous puissions être désagréable peut être pour nous protéger, en renvoyant la responsabilité sur un autre :**

« *Ce qui m'a marqué, c'est que sous l'effet du stress et pour se protéger soi, parce que c'est un peu ça aussi, on se sent dans une situation difficile donc on essaie aussi un peu de se protéger et on rejette un peu la, enfin comment dire j'avais l'impression qu'elle se protégeait, ma chef, en rejetant la faute sur la mère.* » ; « *Et en tout cas oui ce que j'ai retiré de cette situation c'est qu'il faut faire attention à ce qu'on dit, il faut être conscient qu'on rencontre*

des gens dans des situations dans lesquelles ils sont particulièrement vulnérables et du coup voilà, ils peuvent être particulièrement sensible à ce qu'on leur dit quoi. »

- **Situation positive:**

Interne en pédiatrie, la médecin senior a désamorcé une situation de conflit débuté entre l'interne et le père d'une jeune patiente :

« Le père s'est vraiment énervé qu'il a menacé de tout casser et en fait j'ai un peu pris la mouche » ; « Elle s'y est prise tout à fait différemment de moi et elle a réussi à le calmer. »

⇒ **Réaction d'admiration de l'interne qui prend conscience que professionnalisme et empathie peuvent désamorcer les situations de conflit :**

« Je me souviens que elle a été douce, elle a été, à l'écoute et puis surtout elle n'est pas entrée dans son jeu, enfin elle lui a pas laissé... Moi le tort que j'avais eu, c'était de laisser quelque chose de très émotionnel, de très instinctif prendre le dessus dans une situation où il faut être professionnel quoi »

➤ **Sujet 6 :**

- **Situation négative :**

Externe à l'hôpital, le médecin senior fait preuve, par son attitude, d'un manque de respect envers une patiente douloureuse chronique, dans une attitude paternaliste :

« Il dit : « Ah bah là tu vas voir elle va commencer à se plaindre » (rit) et puis en effet la patiente commence à se plaindre : « Oh lala y a ça qui va pas y a ça qui va pas ». Donc le médecin était presque allongé sur sa chaise, il la regarde et puis devant la patiente il fait des mimiques (me les montre à grand renfort de gestuelle exagéré de quelqu'un qui en rajoute encore et encore). » ; « Elle était complètement renfermée devant lui, vraiment la vision du médecin là-haut (me montre le plafond) et le patient tout en bas (me montre le sol). »

⇒ **Réaction de rejet de l'externe qui préfère faire le choix de l'écoute empathique dans une relation de respect et d'éviter une situation de dominant/dominé. Néanmoins, il se demande si cette attitude jugée négative n'est pas appréciée par certains patients :**

« Bah c'était un manque de respect envers un être humain, malade d'autant plus. » ; « il ne prenait pas le temps d'écouter quoi. En fait la plainte, elle n'avait pas le droit d'exister presque. » ; « Enfin voilà il y avait pas du tout la psychologie » ; « Et puis après, « rentre

dedans », pourquoi pas après tout, enfin voilà. Mais là je pense que du coup pour elle c'était pas ça, parce que du coup elle s'enfonçait encore plus quoi. »

- **Situation positive:**

Interne aux urgences, le médecin senior annonce à la famille, en prenant le temps, la gravité de l'état infectieux d'une vieille dame et de son décès imminent probable, non attendu à l'admission :

« Il leur a vraiment expliqué les choses, pourquoi ça allait pas d'un coup, et que dès qu'on arrêterait les soins ça irait peut être très vite quoi »

⇒ **Réaction d'admiration de l'interne devant une expérience d'annonce diagnostique grave dans l'urgence de façon empathique claire et adaptée, alors que lui-même appréhendait la situation :**

« Bah du coup je l'ai trouvé hyper bien, en fait » ; « Qu'il a su les mettre en confiance et qu'il leur a vraiment donné des explications claires » ; « je les connaissais pas, et j'avais tissé aucune relation avec eux et c'est vrai que voilà ça m'inquiétait un petit peu »

➤ **Sujet 7 :**

- **Situation négative :**

Interne en pneumologie, le chef de service dit à un patient en phase terminale de cancer multi métastatique que la cortisone l'a « ressuscité », surtout avec « tout ce qu'il a sur son scanner » :

« Alors le senior il dit « Ah bah c'est bien, je vois que les corticoïdes ça vous a fait du bien, ça vous a ressuscité ! » ; « et puis il remet une couche sur les résultats du scanner « Non mais c'est vrai que quand même avec tout ce que vous avez sur votre scanner vraiment vous avez de la chance d'être encore en vie »

⇒ **Réaction forte de rejet de l'interne qui est choquée par le choix des mots du médecin lui paraissant inadaptés et par son attitude paternaliste. Mais il relativise en remarquant la confiance du patient en son médecin :**

« En fait c'est surtout ça, c'est sa façon de parler au patient qui m'a marqué [...] Mais tu vois il avait une bonne relation médecin malade. Ça fonctionnait. » ; « Bah d'un autre côté le patient il avait confiance en son médecin » ; « Enfin je me suis vachement questionnée sur ce médecin : « Comment est-ce qu'il arrive à sortir ce genre de chose et que les patients ils le vénèrent toujours autant quoi. » »

- **Situation positive:**

Interne en DU de pathologie du sommeil, elle observe en consultation pédiatrique, la mise en confiance des parents et des enfants par une attitude empathique, de la douceur et de l'écoute de la part des pédiatres.

« *Et elles arrivaient (les médecins) à amener une relation de confiance. » ; « elles avaient la voix toute douce, vachement posées, pas du tout stressées »*

⇒ **Réaction d'admiration devant la mise en confiance et l'écoute à la fois des parents et de l'enfant :**

« *Et j'arrive pas à savoir comment elles arrivaient à mettre en confiance, mais tu vois je m'étais dit « Oh, c'est magique presque ». » ; « Et du coup ça remettait un petit peu les parents et l'enfant au cœur du souci »*

➤ **Sujet 8 :**

- **Situation négative :**

Interne en cardiologie, aucun soutien des seniors pour l'annonce d'une erreur médicale à la famille d'une vieille dame qui décédera rapidement dans les suites:

« *Mais là où moi j'ai été un peu en défaut c'est que vraiment je n'ai pas été soutenu par les seniors, ils n'ont pas appuyé un peu le truc quoi. » ; « J'ai l'impression que c'était plus vraiment un problème cardiaque à proprement parler, qu'ils se démarquaient un peu de la situation et du coup ils m'ont laissé faire »*

⇒ **Réaction de déception de l'interne qui aurait aimé être aidé et observé par le senior dans ce suivi, sur le plan relationnel et pas seulement sur l'aspect technique. Il remarque l'importance de la franchise :**

« *Mais enfin dans l'information que les seniors auraient pu transmettre ça aurait été bien quand même qu'ils fassent la démarche de voir la famille quoi, pour pas voir que l'interne » ; « Mais ouais peut être, être appuyé un peu quand même ça aurait été bien pour pas que je dise de conneries » ; « voilà la franchise et reconnaître les erreurs. »*

- **Situation positive:**

Interne avec l'équipe mobile de gériatrie. Diagnostic de confusion par morphinique (prescrit par un tiers médecin de la famille) chez un patient en urologie grâce à l'entretien complet du médecin senior impliquant la femme du patient et s'intéressant à la globalité du patient :

« Et on prend vraiment le temps avec l'équipe et avec le malade et puis on voit l'épouse à part et là on détricote encore et il se trouve qu'il y a un obscur ami médecin de la famille qui a prescrit de la morphine, ce qui a provoqué un surdosage »

⇒ **Réaction d'adhésion de l'interne qui met en avant l'importance de prendre le temps pour comprendre une situation complexe :**

« C'est de prendre le temps et de poser les choses quoi, c'est de relire la situation d'une autre manière et du coup de voir ce qui en ressort »

➤ Sujet 9 :

• Situation négative :

Interne en médecine interne, le médecin senior s'énerve avec les filles d'une patiente qui lui demandent pourquoi il n'y a pas de diagnostic pour leur mère alors qu'elle est hospitalisée depuis plusieurs jours :

« Elles disent : « Oh ouais on a pas le diagnostic de tout ça ». Et du coup je sais pas pourquoi, il s'est énervé complètement » « on sait pas ce qui se passe avec cette patiente et puis du coup il pète complètement un câble que je comprends pas »

⇒ **Réaction d'incompréhension de l'interne qui rejette l'absence de dialogue et se questionne sur l'angoisse de l'incertitude diagnostique :**

« Il avait tout bloqué et c'est ça je pense qui a fait que j'ai ressenti ça de manière négative, c'est que du coup on pouvait plus rien dire et c'était comme ça et point final quoi. Donc pas de dialogue. » ; « Dans notre métier on aura tous une angoisse par rapport à l'incertitude, par rapport au diagnostic et du coup c'est vrai que si on n'arrive pas à vivre cette angoisse, en tout cas que cette angoisse nous empêche de travailler correctement, c'est compliqué. »

• Situation positive:

Interne en stage praticien, le médecin senior assure la suite d'une annonce diagnostique de tumeur cérébrale chez une jeune fille de 15 ans à son père effondré revenu seul en consultation :

« Donc on l'avait diagnostiquée la semaine d'avant et là on voyait le papa qui revenait quelque jours après parce qu'il avait besoin d'explication parce qu'il était en pleurs »

⇒ **Réaction de surprise de l'interne qui constate que son médecin senior plutôt froid dans sa relation a pu devenir empathique et prendre le temps d'une écoute active :**

« Bah d'habitude tu vois elle pose des questions, c'est toujours bien carré, droit et puis là du coup au contraire elle a bien pris le temps, elle l'a laissé parler, il a exprimé tout ce qu'il avait à dire, c'était compliqué et elle était moins directive que ce qu'elle pouvait être et je pense que..., enfin, est ce que c'est ça qui a fait que..., est ce que c'est ça qui m'a impressionné..., plus que la relation qu'elle avait avec son patient c'est son changement d'attitude »

➤ Sujet 10 :

• Situation négative :

Interne en stage praticien, le médecin senior réprimande une patiente de façon assez violente, gratuite et disproportionnée à cause d'une demande de certificat de sport en fin de consultation :

« Au moment où la consultation se terminait pour cette dame qui venait pas souvent, elle a demandé un certificat de sport. Et là il est rentré dans une colère monstrueuse » ; « Bah elle a pleuré quoi. Et ça ça m'a ... Je me suis dit : « Attend on arrive à faire pleurer les malades en les engueulant quoi ! ». »

⇒ **Réaction de colère de l'interne qui comprend qu'un médecin puisse être excédé de demandes de patients jugées excessives mais insiste sur le fait d'avoir une réaction adaptée à chaque patient et de laisser ses jugements personnels de côté :**

« Vous n'avez pas la même ancienneté, vous ça fait vingt ans qu'on vous demande ça alors peut être que vous avez des raisons de réagir comme ça » ; « j'étais en colère contre le médecin, j'étais vraiment triste pour la patiente et j'étais déçu aussi. J'étais déçu par ce que je m'y attendais pas, je m'attendais pas à une réaction aussi excessive pour ça. J'étais vraiment déçu. » ; « Et bien c'est-à-dire qu'on n'a pas à faire payer à une patiente les autres consultations » ; « Je me suis dit : « Putain elle prend tout pour les autres quoi ». »

• Situation positive:

Interne en stage praticien, le médecin senior qui pourtant n'en a pas l'habitude, prend le temps d'écoute pour une jeune patiente, accompagnée de sa mère, qui vient d'être quitté par son conjoint en fait homosexuel :

« Et je me suis dit : « Putain alors t'as d'une part une femme qui chiale, t'as la mère à côté je ne connais pas son avis et t'as Dr Y je le connais, il est bourrin, ça va péter » tu vois. Et en fait pas du tout, Dr Y a complètement désamorcé le truc »

⇒ Réaction de surprise de l'interne qui constate que son médecin senior, plutôt paternaliste dans sa relation, a pu devenir empathique et prendre le temps d'une écoute active :

« *Il était calme, il n'a pas haussé la voix, il a laissé parler la patiente, et il a repris les éléments qu'elle lui a donné et il n'est pas allé imposer les siens* »

« *Franchement je m'y attendais pas de sa part et ça a été quand même vachement intéressant* »

Tableau 2 : Récapitulatif des situations vécues et réaction des étudiants

Sujet	Thème des situations vécues		Réaction de l'étudiant
Sujet 1	Négative	dénie de la souffrance du patient	Choix de l'empathie
	Positive	prise de temps d'écoute du patient	Importance de l'écoute pour adhésion du patient
Sujet 2	Négative	dénie de maltraitance verbale d'une femme pour son mari dément.	Vigilance envers le comportement des proches du patient au sein d'une consultation
	positive	Annonce d'un diagnostic grave	Importance de l'écoute, du dialogue, et absence de jugement de valeur
Sujet 3	Négative	Echec d'annonce diagnostique	Choix de l'honnêteté
	positive	« Démantèlement » d'un trafic de drogue en addictologie	Choix des mots, pas de jugement de valeur
Sujet 4	Négative	Echec d'annonce diagnostique	Choix de l'honnêteté mais adaptée au patient
	positive	Annonce diagnostique repoussée	Connaître le patient dans sa globalité pour s'adapter
Sujet 5	Négative	Manque d'empathie envers une mère dont l'enfant est en détresse vitale	Importance de l'empathie même en situation de stress
	positive	Désamorçage d'un conflit verbal avec un père inquiet pour sa fille	Importance de l'empathie et du professionnalisme
Sujet 6	Négative	Manque de respect envers une patiente dououreuse chronique	Choix de l'écoute, relation de respect, rejet d'une attitude paternaliste
	positive	Annonce diagnostique grave	Choix de l'empathie, explication claires et adaptées
Sujet 7	Négative	Explication thérapeutique inadaptée	Importance du choix des mots
	positive	Consultation du sommeil pour enfants, parents en détresse.	Création d'une atmosphère de confiance, relation empathique
Sujet 8	Négative	Annonce erreur médicale	Choix de la franchise
	positive	Enquête approfondie pour diagnostic précis d'une confusion	Savoir prendre le temps et prise en charge globale du patient
Sujet 9	Négative	Enervement face à l'incertitude	Choix du dialogue, apprendre à accepter l'incertitude
	positive	Prise en charge post annonce diagnostique grave	Choix de l'écoute, de prise de temps et de l'empathie
Sujet 10	Négative	Une patiente « prend pour les autres »	Choix de s'adapter au patient et absence de jugement personnel
	positive	Réaction à la séparation de conjoints	Choix de l'empathie, prise de temps, écoute active

En somme, à travers ces dix entretiens qui relataient vingt situations de relation médecin-patient marquantes observées par les étudiants, on constatait que celles-ci entraînaient chez les interrogés des réactions diverses. Soit une réaction de rejet face à une situation vécue comme négative, et désir d'avoir une attitude opposée à celle du médecin senior. Soit une réaction d'adhésion face à une situation vécue comme positive et souhait d'imiter l'attitude du médecin senior. Parfois même, une attitude rejetée dans un premier temps par l'étudiant lui apparaissait recevable et adaptée après réflexion. Ou encore, une attitude rejetée entraînait tout de même des réflexions sur le comportement relationnel avec les patients.

III. Analyse thématique

Afin d'aérer la lecture, tous les verbatims correspondant à chaque thème n'ont pas été cité.

A. Questionner ses identifications

Les médecins observés prenaient la place de modèle ou de contre modèle dans l'apprentissage de la relation médecin-patient. L'étudiant conduisait une réflexion intérieure sur les situations observées mais avait aussi besoin de les exprimer avec d'autres pour mieux la faire aboutir. Certains réalisaient qu'ils n'avaient pas eu conscience de leurs apprentissages. D'autres se rendaient compte qu'il n'existant pas *une* mais *des* relations médecins-patients.

1. Le « bon » modèle

L'observation de comportements relationnels jugés comme bons par l'interne lui apportait satisfaction et recevait son adhésion et un désir d'imitation :

« Bien sûr je me suis inspiré de ce que j'ai vu de mes différents maîtres de stage en bien et en mal, j'ai eu la chance d'avoir des maîtres de stage globalement très bons que ce soit à l'hôpital ou en ville » (S1)

« Je trouve toujours que les praticiens que j'observe ont une relation souvent avec leur patient qui est, enfin j'aimerai bien avoir la même » (S9)

« Et j'arrive pas à savoir comment elles arrivaient à mettre en confiance, mais tu vois je m'étais dit « Oh, c'est magique presque ». » (S7)

2. Le « mauvais » modèle

L'observation de comportements relationnels jugés comme mauvais suscitait la déception à l'interne et provoquait leur rejet et un désir de faire autrement, de faire mieux : *« Il avait tout bloqué et c'est ça je pense qui a fait que j'ai ressenti ça de manière négative, » (S9)*

« Ca ça m'a ... Je me suis dit : « Attend on arrive à faire pleurer les malades en les engueulant quoi ! ». » (S10)

« Où je me suis dit qu'il aurait pas fallu faire comme ça » (S2)

« De toute façon je me suis dit que ça ne me correspondait pas du tout. » (S6)

3. Attitude compréhensive envers les modèles négatifs

Certains étudiants envisageaient que le manque d'empathie pouvait être une attitude défensive de la part des médecins. Ils avaient donc une attitude empathique compréhensive vis-à-vis de médecins plutôt antipathiques. Les étudiants réfléchissaient et apprenaient même dans une situation de contre modèle :

« j'ai compris que c'était pour se protéger et parce qu'il avait pas envie de se faire du mal, d'annoncer encore un cancer de plus » (S3)

« sous l'effet du stress et pour se protéger soi, parce que c'est un peu ça aussi, on se sent dans une situation difficile donc on essaie aussi un peu de se protéger et on rejette un peu là, enfin comment dire j'avais l'impression qu'elle se protégeait, ma chef, en rejetant la faute sur la mère. (S5)

Ils essayaient de comprendre l'utilité que pouvaient avoir des attitudes relationnelles qu'ils rejetaient de prime abord :

En fait c'est surtout ça, c'est sa façon de parler au patient qui m'a marqué et je ne croyais pas que c'était (pause). Mais tu vois il avait une bonne relation médecin malade. Ça fonctionnait. » (S7)

« Ouai ça me paraissait pas normal. Alors après je me suis posé des questions parce que il y avait quand même des gens, ce n'est pas que ça leur plaisait, mais ça leur correspondait quoi de se faire rentrer dedans, je pense que y en avaient qui avaient besoin de ça » (S6)

4. Rediscuter des expériences observées stimule la réflexion

La majorité des étudiants avaient pu rediscuter des situations observées, soit avec le senior concerné ou un autre, soit avec des co-internes ou des proches, parfois avec d'autres intervenants paramédicaux :

« *oui oui après je me souviens que je lui avais dit que j'admirais qu'elle ait pu se montrer aussi calme et aussi rassurante* » (S5)

« *Oui et avec d'autres seniors aussi* » (S2)

« *Et puis avec les cointernes à ce moment-là, des gens avec qui je m'entendais bien, donc on se voyait en dehors et en dehors on se parlait des situations difficiles, et puis j'ai dû en parler à la maison (rire), je pense.* » (S2)

Ils reconnaissaient que cela les aidait à réfléchir :

« *j'en ai parlé avec des co-internes, avec d'autres médecins, enfin j'ai fait un bilan de, des acquis on va dire.* » (S4)

« *Donc c'est bien d'en parler effectivement après, de débriefer ce genre de situation.* » (S9)

De plus, verbaliser leur permettait de décharger leurs émotions :

« *Non pas avec ma chef mais par contre on en a reparlé avec l'autre interne. Mais plus parce que j'avais besoin d'en parler, de décharger un peu tout ça* » (S5)

Malheureusement dans les situations de vécu négatif, rediscuter avec le senior concerné était plus difficile :

« *Non ce n'était pas le personnage avec qui s'était possible d'en parler quoi.* » (S6)

« *je lui en avais pas parlé au senior, je n'avais pas osé lui dire « Mais c'est un petit peu brutal non ? »* » (S7)

« *Et du coup, on en a jamais reparlé avec lui, j'ai jamais osé lui en reparler, finalement c'était sous-entendu que c'était clos* » (S9)

Un interne remarquait qu'il parlait peu de la relation médecin-patient avec ses amis internes peut être pour des raisons de pudeur :

« *Mais c'est vrai que [...] ce n'est pas le genre de choses dont j'ai trop parlé avec des copains internes, je ne sais pas, est ce que c'est un peu des choses dont on ne parle pas trop... » « ouais, ça touche plus à l'intime, à la façon qu'on a de réagir face à ces situations, c'est vrai qu'on en parle pas trop. Bah moi j'en ai jamais bien parlé, ou en tout cas pas avec des internes. Avec des proches oui mais pas avec des internes.* » (S9)

5. Une pratique réflexive

Les étudiants observaient, ressentaient, prenaient conscience sur le plan cognitivo-émotionnel de la valeur d'une attitude observée :

« voilà d'être capable de prendre un peu de recul à chaque consultation, même si c'est pas facile, même si on a pas beaucoup de temps » (S3)

« oui donc j'y avais déjà un peu réfléchi. » (S3)

« Et puis en fait c'est un cas qui m'a beaucoup marqué et qu'aujourd'hui quand j'y réfléchi je pense que c'était ce qu'il fallait faire tu vois. Et je pense que ça m'a beaucoup appris parce que ça m'a obligé à réfléchir. » (S4)

Un étudiant s'estimait formé à cet exercice de réflexion :

« on a une formation qui nous permet d'avoir du recul sur comment les autres agissent en consultation et comment nous on agit, et ça permet d'essayer d'analyser ce que l'on veut faire et ce qu'on ne veut pas faire » (S1)

Puis, par la suite, ils réfléchissaient sur leur propre attitude :

« et du coup t'as (pause) enfin c'est un peu « schizophrène » comme relation, tu sais tu te dis « Ah j'ai fait ça et puis ah j'aurais pu faire ça » quand tu discutes dans ta tête et que tu te poses le problème. » (S7)

« Du coup je pense que c'est intéressant de continuer à réfléchir sur sa façon d'être et sa façon de faire mais tout au long de notre pratique en fait je pense. Bah voilà. » (S7)

6. Des connaissances cachées

La moitié des internes n'avaient pas eu conscience des enseignements et des réflexions personnelles qu'ils avaient eu suite aux situations observées :

« il a fallu que j'y repense vraiment pour me dire mais oui en fait il y a plein de choses dans celle-ci, mais j'en avais pas conscience » « Non ça m'avait pas marqué avant d'en parler. » (S2)

« Bah non en fait je pense que je n'avais pas pris le temps de euh..., le fait de m'avoir posé les questions avant ça m'a permis d'y réfléchir et non j'en avais pas pris conscience. » (S6)

7. Prise de conscience de l'hétérogénéité des relations médecin/patient

Observer les attitudes relationnelles de différents praticiens permettait de prendre

conscience qu'il n'y pas de relation « type » :

« *Enfin il y a mille médecins, il y a mille façons de voir les choses, on est plus sensible sur certains points, moins sur d'autres, alors je pense qu'il y a pas de vérité non plus quoi.* » (S6)

« *il y a deux médecins et il y a deux attitudes vis-à-vis des patients.* » (S8)

« *Sur les six médecins que j'ai eu, les six tous à leur manière...* » (S3)

B. Percevoir et acquérir des habiletés relationnelles à l'observation de ses seniors

Nous avons exploré les apprentissages des étudiants dans le domaine de la relation médecin-patient, tirés de leurs réflexions sur leurs propres observations.

1. Aspect relationnel

a) *Repérer le motif caché, décrypter les demandes du patient*

Les internes prenaient conscience de la complexité d'une consultation et la nécessité de rechercher une cause cachée derrière des plaintes qui leur semblaient parfois peu importantes ou banales :

« *elle (le médecin) avait réussi à lui faire cracher qu'en ce moment elle allait pas bien* » (S1)

« *avoir le temps où on peut dire [...] : « Alors c'était quoi la vraie raison de la venue.* » (S2)

« *Souvent c'est ça en fait, on te parle d'un truc, ils viennent pour un truc et finalement c'est autre chose, tu sais, les « motifs cachés ». « Alors, premier motif ... Ah en fait ne vient pas pour ça !* » » (S7)

b) *Inclure les proches dans la relation mais aussi se recentrer sur le patient*

Certains constataient que la relation avec les patients ne pouvait pas être efficace sans l'inclusion des proches, dans une relation triangulaire. Selon les circonstances, ce sont les parents (pédiatrie surtout), les enfants (gériatrie surtout) mais surtout le conjoint qui sont impliqués :

« le discours du médecin auquel j'ai eu la chance d'assister a été vraiment fait avec les deux enfants et la compagne du plus grand, avec la femme qui était présente et il y a eu vachement d'échange » (S2)

« il a vu les quelques membres de la famille qui étaient là, il leur a dit d'appeler les autres »

« ils ont vu [...] qu'il considérait la famille quand même » (S6)

« il a essayé de dédiaboliser son ex et renforcer le lien mère-fille et cetera donc c'était bien. »(S10)

Le médecin servait parfois simplement de présence médiatrice :

« donc c'est elle qui, en parlant au médecin, permettait aux enfants d'entendre ce qu'elle disait » (S2)

Mais cela ne devait pas se faire au détriment du patient, en colloque singulier :

« y a une personne qui veut consulter, il faut qu'il y ait de toute façon dans cette consultation un moment où cette personne-là est seule » (S2)

« Et ne pas hésiter à faire sortir les parents pour avoir une relation entre toi et le patient. »(S7)

Le patient préférait avoir un interlocuteur unique le plus souvent :

« mais enfin les patients ils sont habitués à leur médecin traitant ou leur médecin de famille et on n'a pas envie de prendre leur place quoi... » (S8)

c) Instaurer un climat de confiance, pour former une alliance thérapeutique efficace

Certains étudiants mettaient en valeur l'importance d'une relation de confiance :

« les patients qui venaient la voir ils avaient une grande confiance en elle » (S1)

« Qu'il a su les mettre en confiance » (S6)

« Et tu te rends compte que c'est vraiment un truc de confiance. » (S7)

C'était le lit de l'alliance thérapeutique :

« Et donc qu'on travaille ensemble » « faut que je vous revois, il faut qu'on en discute, on va essayer de trouver des solutions ensemble » (S1)

L'alliance nécessitait de l'énergie et du temps :

« c'est plus difficile c'est sûr, que d'ériger un mur et de rester dans mon coin et de lui dire

« Ce que vous m'avez dit ça m'intéresse pas moi je m'occupe de vous soigner et c'est tout » »(S1)

« comme avec ton médecin traitant où la relation de confiance finalement elle se fait sur le long terme. » (S7)

Ce n'était pas une relation à sens unique, la confiance devait être mutuelle pour une bonne alliance :

« Que le patient il doit avoir confiance en toi et toi confiance en lui, parce que si le patient tu peux pas le saquer tu vas pas pouvoir avancer avec lui quoi. » (S7)

Dans certaines situations relationnelles compliquées, suivi de toxicomanie par exemple, un contrat en début de soin permettait de fixer des limites de confiance :

« mais c'était dans le contrat et les gens qui rompent le contrat quittent le service. » (S3)

Les proches aussi prenaient le rôle d'alliés dans la relation de soin :

« Parce que le parent d'un enfant qui est malade il faut absolument que ce soit notre allié pour la prise en charge. » (S5)

Ils reconnaissaient laisser la place de l'alliance pré-existante avec d'autres soignants :

« Et aussi d'être vigilant de ce que les autres connaissent du patient. Par exemple, quand le patient il a une vrai alliance thérapeutique avec un autre soignant, heu, des fois ton rôle c'est pas de recréer une alliance thérapeutique mais d'être un tiers, genre euh, le patient je sais pas, qui va être dialysé, qui est insuffisant rénal, qui a sa relation de confiance avec le néphrologue, que c'est quelque chose qui a été construit, ton rôle c'est pas forcément de gérer ça. Ça se passe à travers eux, et d'être le tiers dans cette relation. » (S4)

d) Une relation sans jugement

La relation devait se faire sans jugement de valeur de la part du soignant :

« l'attitude du médecin sur ce truc dramatique où il la jugeait pas » (S2)

« je ne peux pas comprendre la réaction du père et je ne peux pas le juger » (S5)

« et il a repris les éléments qu'elle lui a donné et il n'est pas allé imposer les siens, voilà. [...] pas mettre son jugement là-dedans quoi. » (S10)

e) Une relation adaptée

Cette notion était mise en valeur par presque tous les internes, et semblait particulièrement importante pour eux:

« Ensuite avoir la réaction adaptée [...] et se demander : « Est ce que c'est adapté à cette personne et est ce qu'en disant ça je vais pas la culpabiliser, lui faire peur, la faire pleurer ». » (S3)

« L'art de s'adapter au patient » (S7)

« Tu sais au début on te dit « oui, information claire, loyale et adaptée » (pause et répète :) « Et adaptée ». Et en fait c'est là, dans « adaptée » où c'est toute la difficulté. Faut être claire et loyale et après faut juste que tu t'adaptes à la personne qui est en face de toi. » (S7)

f) Une meilleure relation pour une meilleure prescription

Une bonne relation pouvait permettre d'éviter l'utilisation de médicaments jugés comme inutiles ou inadaptés :

« et pas clôturer la consultation par une bête ordonnance d'anxiolytique quoi. » (S1)

« mais la prescription du coup devenait assez rare et bien utilisée » (S1)

Une bonne relation pouvait aussi permettre d'éviter la prescription d'examen perçu comme inutile :

« Les répercussions de nos prescriptions par exemple. Les prescriptions absurdes des médecins [...] Et c'est intéressant quand on est en médecine de ville et qu'on a des patients qui sont grabataires à domicile ou quand on doit rééquilibrer un AVK, faut savoir arrêter de faire des prises de sang sans arrêt. Enfin toutes ces choses-là, on ne nous apprend pas les répercussions de ce que l'on fait. » (S10)

g) Le deuil du médecin tout puissant

Plusieurs internes ont abordé leur prise de conscience concernant les limites du médecin :

« faut pas espérer des résultats tout de suite » (S1)

« C'est de pas essayer de s'imposer, c'est euh, on a tendance je pense, surtout au début, à dire, « on est le médecin », « on veut prendre la place », « on veut aider les gens ». » (S2)

« le patient il existe indépendamment de la demi-heure où tu l'as vu en consultation de toute façon » (S4)

Un étudiant considérait cela comme une preuve de maturité :

« petit à petit on mature et on comprend déjà que il y a des choses qu'on arrivera pas à faire, et je pense que déjà savoir ça ça nous aide à gérer » (S1)

Cela permettait d'accepter l'échec et de se protéger :

« accepter ça, qu'il y a des gens qui souffrent et qu'on y puisse rien » (S1)

« Pas prendre la souffrance des patients comme un affront personnel » (S1)

Et d'accepter qu'on ne puisse pas plaire à tout le monde :

« Enfin voilà chaque attitude des médecins peut correspondre à certains patients de toute façon et que faut faire avec quoi, on ne peut pas plaire à tout le monde. » (S6)

« Alors comme je te disais, il y a des patients dans sa façon de parler, sa façon de faire, il y a des patients ça passe et des patients ça passe pas, et voilà, c'est comme un peu avec tous les médecins » (S9)

Ils rejetaient une relation de supériorité :

« Et l'attitude du premier médecin ça participe à l'égalité de la relation, enfin voilà, on est dans un échange et c'est pas une relation de supériorité quoi. » (S8)

Il faut respecter l'autonomie du patient :

« c'est-à-dire que si on respecte le principe d'autonomie » (S3)

Mais parfois il fallait savoir redevenir paternaliste :

« Bon c'est sûr que y a des situations où c'est pas du tout adapté, et où en tant que médecin on doit imposer des choses » (S1)

« Le patient bon bah il suivait le médecin, très paternaliste « Bon bah on va faire ça, on va faire ça ». [...] Et dans la relation bah pourtant le patient et bah c'était « Aah Dr Machin» (ton admiratif). » (S7)

h) Considérer le patient dans sa globalité (holistique)

Trois étudiants soulignaient l'importance de la prise en charge globale du patient dans toutes ses dimensions bio-psychosociales :

« qu'il fallait être très vigilant à tout dans une consultation » (S2)

« si, ce que ça m'a appris c'est que c'est facile de l'extérieur de juger de la relation médecin malade mais que finalement celui qui était le plus juste c'est celui qui connaissait le mieux la..., les gens. » (S4)

i) Respect du secret médical

Le respect du secret médical devait aussi prendre en compte les proches :

« et aussi le côté secret médical, parce que ce même médecin qui avait fait cette annonce, par contre pour dire des trucs bien « hard » à la famille dans le dos du patient, il y avait pas de problème ! Enfin bien « hard », dire la vérité un peu crue car un peu rapide et du coup les familles venaient voir aussi l'interne pour demander des informations. » (S3)

Et de faire attention à ce que l'on dit en présence d'autres patients par exemple :

« donc la personne qui nous l'a dit, on a bien fait gaffe de pas la stigmatiser, enfin de ne pas la « vendre » » (S3)

j) Une relation empathique

Pour beaucoup des interrogés, faire preuve d'empathie était un point important de la relation, pour les situations même les plus banales, mais surtout pour les plus difficiles :

« Et à la rigueur plus pour ces patients difficiles, faire preuve d'encore plus d'empathie. Parce que finalement faire preuve d'empathie, bon même pour un rhume hein, les gens ils croient avoir une tumeur cérébrale ou une otite très importante et ils peuvent s'imaginer des trucs. Donc même là il faut les écouter je pense. » (S3)

Ils l'exprimaient comme le fait de montrer de l'intérêt aux patients :

« Les gens sentaient qu'elle s'intéressait à eux, à leur histoire, c'était bien. » (S1)

Mais aussi, d'être dans une attitude de compréhension et d'attention :

« Faire un peu de psychologie et comprendre que c'est super dur » (S3)

« Comprendre les gens » (S3)

« elle lui a dit qu'elle comprenait qu'il était énervé et inquiet » (S5)

Enfin, de faire preuve de « chaleur » :

« Dr X était très chaleureux, en disant : « On va voir ce qu'il va se passer », euh, « On sait pas encore ce que c'est ». » (S4)

Un étudiant exprimait cela comme se mettre à la place des gens mais en gardant ses distances :

« j'imagine que si c'était quelqu'un de ma famille, du coup si on commence à imaginer ça, du coup là c'est vrai que c'est dur à prendre dans les dents et c'est vrai qu'il faut se protéger sans se blinder, prendre un peu distance mais voilà quoi, se mettre un peu à la place des gens, des familles. » (S3)

Un étudiant relatait une sorte de conseil de bienveillance, de « pré-empathie » qu'il n'avait pas oublié, délivré par un senior alors qu'il était jeune externe :

« il m'avait dit tout simplement « tu sais, reste gentil avec les gens t'y gagnera toujours », et c'est vrai que ça a été le premier cours de communication que j'ai eu, en me disant tiens, rester gentil ça peut peut-être marcher, et effectivement je pense que c'est déjà un bon départ, on est pas là pour casser nos patients, comme malheureusement on peut le voir faire » (S1)

k) Une relation professionnelle

Plusieurs étudiants rapportaient l'importance d'une attitude professionnelle envers les patients :

« après je pense qu'il faut savoir rester professionnel » (S1)

Ils l'évoquaient comme un devoir, une compétence reconnue du médecin :

« bah il n'empêche que voilà je suis là et c'est à moi de l'écouter et va falloir que je trouve une solution aussi hein. [...] Bah oui et puis c'est notre rôle, enfin voilà, c'est comme ça » (S1)

Une relation avec le patient n'étant pas une relation comme les autres, il fallait être vigilant à l'image renvoyée :

« en tant que médecin on doit être dans une relation professionnelle, c'est pas la conversation avec notre grande cousine ou notre boulangère quoi, on a à anticiper ce qui se passe dans la relation et à y réfléchir et à réfléchir à ce que nous on va transférer comme image » (S4)

Cela passait par une honnêteté envers son patient :

« pas se cacher derrière sa peur ou son envie de passer pour le gentil, il faut aussi à un moment savoir être honnête et savoir dire des choses qu'on connaît super dur à accepter et ne plaise pas » (S3)

Etre dans un contrôle de ses émotions :

« de ne pas laisser apparaître le contre-transfert, le sentiment d'agacement, de perte de temps » (S3)

« Parce que voilà dans le métier qu'on fait on est confronté à des situations avec des gens qui sont à bout de nerf et puis eux ils ont le droit de craquer, mais pas nous, nous on est sensé rester professionnel. » (S5)

Savoir prendre un recul émotionnel :

« Professionnel ça veut dire garder du recul sur une situation de vie où on est impliqué en tant que professionnel. C'est-à-dire dans cette situation je suis sollicité parce que je suis médecin et je ne suis pas quelqu'un de la famille. Enfin comment dire, il faut que j'arrive à

comprendre que je ne suis pas concerné par la santé de la petite de la même façon que son père. » (S5)

Rester professionnel et garder ses distances pouvait permettre de se protéger et contrôler des situations difficiles :

« j'emploie beaucoup le mot professionnel (sourit) - mais le fait de rester professionnel, le fait de rester derrière ma blouse euh ça me protège vachement quoi et c'est euh comment dire, ouais ça me protège parce que je rentre pas dans le jeu d'un conflit, et je comprends, enfin, j'arrive à comprendre que le conflit est là et il faut comprendre les raisons du conflit qui en général sont l'anxiété, et puis ça permet de pas rentrer dans ce conflit, ça permet de désamorcer la situation. » (S5)

l) Savoir s'affirmer et gérer son incertitude

Etre sûr ou du moins avoir l'air sûr de soi et de sa prise en charge ressortait comme important dans la relation, cela rassurait le patient et instaurait un climat de confiance :

« il faut savoir le faire souvent quoi en général lors des consultations il faut avoir l'air sur de soi enfin faut s'affirmer quoi et eux du coup ça leur renvoie quelque chose de positif et ça les rassure... » (S6)

« Ouais moi je trouve que c'est la base de la relation quoi, les gens nous font confiance donc faut pas qu'on leur renvoie une image de quelqu'un qui hésite pas ou alors si on hésite il faut expliquer pourquoi, il faut avoir les idées claires quoi et c'est pas toujours facile (rire) surtout au début. Même si on n'a pas les idées claires il faut renvoyer quelque chose d'assez carré, je trouve. » (S6)

Pour cela, il fallait aussi accepter l'incertitude diagnostique et apprendre à travailler avec :

« Et je pense que c'est peut-être le plus difficile à apprendre à gérer, l'angoisse de l'incertitude. » (S9)

« Et l'incertitude diagnostique bah finalement le patient ne doit pas la sentir, du tout. Toi tu dois l'avoir, mais finalement, c'est entre guillemets « ton fardeau à toi », le patient lui il ne doit pas sentir que t'es incertain sur ton diagnostic » (S9)

Encadré 1: Aspects relationnels repérés par les internes

- Repérer le motif caché, décrypter les demandes du patient
- Inclure les proches dans la relation mais savoir recentrer sur le patient
- Instaurer un climat de confiance
- Créer une alliance thérapeutique
- Entretenir une relation sans jugement de valeur
- Entretenir une relation adaptée
- Optimiser ses prescriptions par de meilleures relations
- Faire son deuil du médecin tout puissant
- Considérer le patient dans sa globalité (holistique)
- Respecter le secret médical
- Entretenir une relation empathique
- Entretenir une relation professionnelle
- Savoir s'affirmer et gérer l'incertitude

2. Attitudes médicales lors des consultations

a) *Laisser s'exprimer*

Les internes expliquaient que le dialogue entre le médecin et son patient est à double sens et qu'il fallait laisser au patient le temps de s'exprimer :

« *il leur a laissé le temps de parler, de poser des questions* » (S6)

« *enfin c'est bête hein mais le laisser penser et le laisser poser ses questions et du coup attendre.* » (S7)

« *elle l'a laissé parlé, il a exprimé tout ce qu'il avait à dire* » (S9)

Il fallait savoir se faire discret pour laisser s'exprimer :

« *peut être parler un petit peu moins* » (S3)

« *Et essayer de se faire le plus petit possible et de dire le moins de choses possible, parce que dès qu'on parle, finalement, on est subjectif, et on est pas à leur place, et on est pas capable de répondre pour eux, donc il faut surtout pas essayer de le faire* » (S2)

b) *L'accompagnement thérapeutique: « la solution psychologique qui vient du patient »*

Plusieurs étudiants interrogés ont exprimé l'importance d'essayer de faire se questionner le patient pour qu'il trouve ses propres solutions, notamment dans les situations considérées par les étudiants comme relevant du domaine psychologique :

« *on essayait de lui faire trouver ses solutions* » (S1)

« *Les solutions émanaient de la patiente* » (S1)

« *formuler de façon à amener le patient à dire ce qu'il veut et pas le dire à sa place* » (S2)

« *on est pas à leur place, et on est pas capable de répondre pour eux, donc il faut surtout pas essayer de le faire et c'est ce qui est le plus difficile, même maintenant, (rire).* » (S2)

Cela permettait d'obtenir l'adhésion du patient à son suivi :

« *elle (le médecin) arrivait à la faire adhérer d'elle-même au suivi, pour moi c'était une bonne expérience.* » (S1)

c) *Rassurer*

Les étudiants se rendaient compte qu'une partie importante du travail du médecin est aussi de savoir rassurer les patients :

« *mais essayer de comprendre quelle est leur inquiétude et les rassurer sur ça si on peut c'est hyper important en fait en médecine générale parce que finalement voilà, les urgences sont finalement rares, les urgences vraies hein, alors on rassure pas mal les gens quand même.* »(S6)

« *C'était vachement de la réassurance en fait, j'ai l'impression que du coup les parents (fait un grand mouvement respiratoire) se libéraient d'un fardeau : « Bon allez, on y retourne, on va y arriver ».* » (S7)

d) *Répondre aux questions posées*

Un étudiant relevait le fait qu'il ne faut pas oublier de répondre à toutes les questions posées par le patient, une absence de réponse étant source d'inquiétude :

« *il faut savoir prendre le temps de répondre aux questions* » (S6)

« ça les rassure parce que je pense que si ils sortent de la consult' sans avoir la réponse à leur question, si on a pas réussi à trouver quel était leur inquiétude je pense que ça marche pas quoi. » (S6)

e) Savoir recadrer

« Savoir recadrer quand il faut » (S2)

« Mais il y a des fois où il faut aussi savoir être plus directif quoi, moins laisser le choix. »(S6)

f) Etre franc, sans tabou

« alors déjà je pense l'importance de la franchise » (S8)

« c'est-à-dire une fois qu'on s'est un peu affranchis de ce côté gêne triviale, » (S2)

« Et puis je pense que voilà vraiment le fait de savoir que ça allait vite arriver derrière enfin je pense que c'était important de le dire aussi » (S6)

g) Accompagner le patient pas à pas en reconnaissant les limites de ce que le patient veut et peut savoir

« Après je pense qu'il faut laisser le patient avancer par lui-même s'il se sent d'avancer par lui-même et lui donner les informations quand il va les demander. Plus qu'en lui donnant toutes les informations » (S7)

« c'est-à-dire que moi ça va me prendre cinq minutes d'annoncer le diagnostic et je dormirai bien, et elle une fois qu'on aura dit ça, ça vie c'est un gouffre. » (S4)

h) Hiérarchiser les problèmes

Les interrogés prenaient conscience que l'on ne pouvait pas résoudre toutes les plaintes du patient en une seule fois et qu'il était important de savoir prioriser leurs problématiques :

« Mais en temps qu'interne justement on a tendance à vouloir tout résoudre, tout au même moment. » (S4)

« de pas hésiter à reprendre le problème, à centraliser le problème et à refaire une consultation que pour ça, que pour un problème. » (S7)

i) Savoir dire « non »

Ils disaient qu'il fallait être capable de dire non à des demandes abusives mais en expliquant pourquoi :

« il faut se positionner en disant : « Ah bah non je peux pas vous le faire, non je ne vous le ferai pas mais c'est pas parce que je vous déteste ou que je vous méprise ou que je vous sens coupable et que je sens très bien que vous essayez de m'avoir, c'est parce que je pense que c'est pas bon pour vous et je suis pas habilité par la loi » (S3)

Encadré 2: Attitudes médicales lors des consultations repérées par les internes

- Laisser s'exprimer
- Accompagner les patients dans la découverte de leurs propres solutions
- Rassurer
- Répondre aux questions
- Savoir recadrer
- Etre franc, sans tabou
- Accompagner le patient pas à pas en reconnaissant les limites de ce que le patient veut et peut savoir
- Hiérarchiser les problèmes
- Savoir dire « non »

3. Communication et techniques de communication

L'importance d'une bonne communication était relevée, surtout dans les situations impliquant le « psychologique » :

« Mais je pense que dans toutes ces situations (sous entendant d'ordre psychologique), c'est là que la communication intervient beaucoup. » (S1)

a) L'écoute active

La plupart des étudiants ont mis en avant l'intérêt et l'importance de l'écoute active dans la relation médecin-patient :

« *Ça fait une différence entre pas mal de médecins aussi, ceux qui écoutent ceux qui écoutent un peu moins.* » (S6)

« *c'est que c'est des consultations où le médecin il ne dit pas grand-chose, on est vraiment dans l'écoute active pure* » (S1)

« *D'abord en faisant parler un peu la dame, en lui faisant répéter un peu ce qu'elle m'avait dit à moi* » (S2)

« *elle a été, à l'écoute* » (S5)

Un étudiant expliquait que cela nécessitait un effort et que la qualité de l'écoute dépendait de l'énergie disponible :

« *Mais bon après voilà il y a des jours où on est moins apte à écouter que d'autre, ça fait la difficulté. Parce que ça demande de l'énergie hein !* » (S6)

b) Reformuler et relancer

« *Ah bah oui oui, elle reformulait beaucoup* » (S1)

« *il a repris les éléments qu'elle lui a donné* » (S10)

« *il suffisait de réintroduire une nouvelle notion et ça repartait, et elle arrivait à verbaliser un petit peu.* » (S2)

c) Renforcement positif

« *C'est des patients qui ont besoin d'être narcissisé...* » (S4)

« *et puis ça revalorisait peut être un petit peu leur façon de faire parce que finalement ils n'avaient pas tout fait mal.* » (S7)

d) L'importance du non verbal

L'observation des modèles permettait de se rendre compte de l'importance de l'attitude physique dans la relation, qu'être calme, capter le regard et se mettre à hauteur égale permettait d'améliorer la relation :

« Bah elle savait se mettre en avant (il se penche vers moi), regarder le patient, pas regarder ou pianoter sur son ordinateur en même temps, vraiment établir un contact visuel, pour moi c'était assez édifiant » (S1)

« Bah sur le coup sur le plan physique déjà il était ouvert, il était pas du tout au fond de son fauteuil comme ça (mime quelqu'un au fond de son fauteuil bras croisé), il était ouvert. »

« Il était calme, il n'a pas haussé la voix » (S10)

A contrario, une attitude menaçante ou un recul dans son fauteuil tendait la relation dans les situations conflictuelles :

« Bah il s'est mis face à elle, il a reculé et puis il a déblatéré en explosant et en lui coupant la parole quoi. Donc j'ai trouvé que ça faisait beaucoup. Donc oui il s'est posté droit et puis il a persisté. » (S10)

e) Un environnement de rencontre calme

Pour annoncer des choses difficiles il était important de prendre en compte son environnement, qui devait être calme et où l'on ne risquait pas d'être dérangé :

« C'est à dire être tout seul avec la personne, au calme et tout, à chaque fois de bien faire ça » (S3)

« Bah déjà il les a tous convoqués dans une pièce à part, on était au calme, porte fermée enfin voilà on n'a pas été dérangé. » (S6)

f) Utiliser des questions ouvertes

Les étudiants remarquaient que l'utilisation des questions ouvertes permettait d'ouvrir la place au dialogue même si ce n'était pas toujours facile de penser à les utiliser :

« après c'était plutôt des questions ouvertes, « bah qu'est-ce qui vous inquiète », « quelles questions vous avez » enfin voilà « quelle euh », voilà des questions assez ouvertes » (S6)

« Et puis on dit toujours « des questions ouvertes, des questions ouvertes, des questions ouvertes », mais bon au final dans le feu de l'action j'y arrive pas forcément. » (S9)

g) Les temps de pause, respect des silences

Trois étudiants ont relevé l'importance du respect des silences :

« même si il y avait eu des moments où rien ne se disait » (S2)

« de respecter les silences pour préparer ce qu'on va dire » (S3)

« enfin c'est bête hein mais le laisser penser et le laisser poser ses questions et du coup attendre. » (S7)

h) Expliquer et réexpliquer clairement

Une relation réussie était basée aussi sur des informations claires et il ne fallait pas hésiter à réexpliquer si besoin :

« Avoir le temps de leur expliquer, et sur les problèmes médicaux, les maladies chroniques, les trucs comme ça » (S2)

« il leur a vraiment expliqué les choses » (S6)

« Donc bien expliquer ce qu'on leur a proposé comme démarche et ce qu'il y a dans notre tête aussi. » (S8)

« ce qui m'a marqué c'est que vraiment elle a pris le temps d'expliquer les choses » (S9)

i) Le choix des mots

Plusieurs étudiants remarquaient l'importance de faire attention à ce que nous disons, parce que cela pouvait avoir un impact aussi bien positif que négatif dans la relation :

« un patient même si on doit pouvoir le protéger ou présenter la chose de manière digérable »

« Donc faut faire gaffe à ce qu'on dit » (S3)

« et que la parole c'est une arme hein et faut savoir la manier correctement. » (S4)

« Enfin c'était dans les mots je trouvais que c'était pas forcément adapté. » (S7)

j) La métacommunication (communication sur la communication)

Certains étudiants montraient l'utilisation de la métacommunication sans la nommer. Ils exprimaient leurs ressentis sur leur communication ou celle du patient, dans un objectif de compréhension commune avec le patient :

« mais je leur dit « Bon bah franchement je trouve ça difficile ce que vous m'envoyez là, je vais pas y arriver tout de suite voilà, on va prendre du temps, faut que je vous revoie, il faut qu'on en discute, on va essayer de trouver des solutions ensemble ». (S1)

Encadré 3 : Les techniques de communication repérées par les internes

- Pratiquer l'écoute active
- Reformuler et relancer
- Pratiquer le renforcement positif
- Ne pas négliger l'importance du non verbal
- Prévoir un environnement de rencontre calme
- Poser des questions ouvertes
- Respecter les silences
- Expliquer et reexpliquer clairement
- Choisir les mots
- Pratiquer la métacommunication

4. La gestion du temps

a) *Savoir prendre le temps*

La plupart des étudiants ont mis en valeur la prise de conscience de l'importance du temps consacré au patient, surtout dans les situations difficiles:

- « *il est urgent de prendre son temps et il est surtout pas urgent de se presser quoi.* » (S1)
- « *C'est surtout ça en fait, c'est prendre son temps même si des fois t'as pas le temps.* » (S7)
- « *même si on a pas beaucoup de temps* » (S3)
- « *donc ils ont du temps, et déjà le temps ça joue quand même pas mal.* » (S8)
- « *là du coup au contraire elle a bien pris le temps* » (S9)

b) *Gérer son emploi du temps*

Un emploi du temps qui permettait de passer du temps avec ses patients était un facteur de satisfaction dans la relation médecin-patient, sinon on pouvait toujours reconvoquer son patient :

- « *alors l'emploi du temps le permettait, alors ça c'était cool* » (S1)
- « *parfois bah t'arrives à la fin de ta consultation puis on te demande un truc « Alors on pas le temps du coup là d'en parler mais on va se revoir, on va refaire le point la dessus »* » (S7)
- « *Pareil faut savoir doser quoi, ne pas se laisser bouffer.* » (S6)

« Bah de ne pas hésiter à reconvoquer les patients. » (S10)

c) Etre disponible

« savoir montrer que l'on est disponible » (S1)

« lui faire comprendre qu'on a le temps, qu'on peut lui laisser le temps de réfléchir et de dire ce qu'il a envie de dire, qu'il faut pas se presser, et qu'il faut pas se dépêcher de dire :

« Oui ; non » » (S2)

« Et finalement notre but c'est d'être là pour le patient » (S4)

d) Une relation dans le temps

Il était exprimé que la relation médecin-patient ne se faisait pas en un jour, elle se forgeait dans la durée, le temps jouant le rôle d'un allié thérapeutique :

« c'était lourd hein, c'était des consultations d'au moins une demi-heure toutes les semaines, systématiquement, ça revenait à heure fixe pendant six mois. Donc ça fait un paquet de consultations. » (S1)

« le temps, comme un allié thérapeutique, qui nous aide, qui nous oriente » (S4)

« comme avec ton médecin traitant où la relation de confiance finalement elle se fait sur le long terme. » (S7)

Un étudiant faisait remarquer que la routine pouvait altérer la qualité médicale de la relation :

« Pour elle qui les suivait depuis longtemps et qui faisait les renouvellements d'ordonnances tous les mois et comme on dit souvent, quand même, le regard extérieur fait survenir des choses que le médecin traitant voit pas » (S2)

Encadré 4 : Le temps, un outil relationnel repéré par les internes

- Savoir prendre le temps
- Gérer son emploi du temps
- Etre disponible
- Inscrire la relation dans le temps

5. Reconnaître la dimension inconsciente et émotionnelle de la relation

Certains étudiants prenaient conscience de la « scène inconsciente » et exposaient la nécessité de faire face, d'exprimer et d'utiliser les émotions :

« *Ça fait plaisir et du coup je pense que y a un feeling qui se crée entre nous et les patients, et tu peux pas avoir le même feeling avec tout le monde en fait.* » (S7)

a) *L'image renvoyée et le transfert*

Deux étudiants abordaient la notion de transfert :

« *Donc euh, être conscient de ce qui se passe dans le transfert de la relation médecin malade c'est important hein.* » (S4)

« *savoir accepter du coup les mécanismes de défenses* » (S3)

b) *Gérer ses sentiments envers le patient et le contre transfert*

Plus de la moitié des internes abordaient l'importance de savoir gérer ses sentiments envers le patient, c'était l'expérimentation du contre transfert :

« *Et puis bon même si c'est super dur, il faut aussi rester à l'écoute de ceux qui nous insupportent, qui nous énervent, qui nous agressent même.* » (S5)

« *de ne pas laisser apparaître le contre-transfert, le sentiment d'agacement, de perte de temps,* » (S3)

« *elle n'est pas entrée dans son jeu [...] Moi le tort que j'avais eu, c'était de laisser quelque chose de très émotionnel, de très instinctif prendre le dessus dans une situation où il faut être professionnel quoi.* » (S5)

Des étudiants s'interrogeaient sur les limites empathie/sympathie :

« *Mais il s'en sortait bien de cette façon-là quoi et qui est pas forcément académique et qui est pas celle qu'on nous apprend. Parce que dans les séminaires et le peu de formation théorique qu'on a, on nous déconseille d'être sur le versant sympathique dans la relation. Mais bon voilà en fait ça peut marcher quoi. (Rire), et même ça marche.* » (S5)

« *ça m'arrive souvent de m'asseoir sur le lit du patient alors que normalement il vaudrait mieux..., enfin c'est pas b... (Ne finit pas le mot « bien »). Enfin je me souviens qu'ils disaient qu'il faut éviter de s'asseoir sur le lit du patient parce que c'est son lieu à lui* » (S7)

c) Développer la connaissance de soi et repérer ses limites

Les internes prenaient conscience que la vie personnelle influe aussi sur la relation au patient :

« *Euh oui, je dirai oui, mais plus parce que dans ma vie personnelle j'ai eu à passer de l'autre côté, et que ça, ça t'oblige à réfléchir à la relation médecin malade de façon plus active on va dire, enfin de façon plus active (réfléchit), d'être de l'autre côté, d'être côté malade et plus côté médecin, ça te fait te rendre compte ce que t'attend aussi de ton médecin d'un point de vu relationnel et plus d'un point de vue purement médical tu vois.* » (S4)

Mais qu'il convenait de savoir aussi rester neutre malgré son propre vécu :

« *on a pas la même histoire et du coup ton histoire elle joue vachement dans ta relation avec le patient, ton histoire personnelle. [...] Et même si elle ne doit pas trop jouer elle joue de toute façon* » (S7)

Une étudiante avait évolué dans la représentation de son rôle de médecin :

« *C'est sur que j'ai beaucoup beaucoup évolué et comprendre ma position et mon rôle à moi, c'est compliqué par ce qu'on arrive à la fac et on se sent un peu investi d'une mission supérieure.* » (S1)

D'autres ont découvert leurs limites :

« *Mais après être conscient de nos failles* » (S4)

« *Parce qu'on a toujours appréhension du coup d'annoncer une mauvaise nouvelle, mais ce qui est normal* » (S6)

« *ou alors de passer le relais à quelqu'un d'autre à ce moment-là si j'y arrive pas.* » (S5)

d) Prise de conscience des différences entre les représentations du patient et du médecin.

« *parce que des fois les inquiétudes de la famille ou d'un patient sont pas les mêmes que nous [...] enfin bon comprendre le point de vue de l'autre par rapport au sien, ouais, des fois on est complètement à côté.* » (S6)

« *Bah comme j'ai dit, c'est sur le plan de la pratique de tous les jours [...] à me dire que le patient a une vision des choses et que moi j'ai une vision des choses différente.* » (S10)

Encadré 5 : Reconnaissance de la dimension inconsciente et émotionnelle de la relation

- Gérer l'image que nous renvoyons et le transfert
- Gérer ses sentiments et le contre transfert
- Développer sa connaissance de soi et repérer ses limites
- Prendre conscience des différences entre les représentations du patient et du médecin

C. La relation médecin-patient source d'ambivalence

1. Dualité biomédicale – biopsychosociale

Plusieurs étudiants prenaient conscience sur le terrain des notions de « savoir-faire » et « savoir être » qui sont représentées comme deux “pans” complémentaires de la médecine mais peuvent parfois exister l'un sans l'autre:

« *des ultra-specialistes de chirurgiens ou de médecins en CHU bah si ils sont empathiques et qu'ils sont dans une très bonne relation avec leurs patients c'est très bien, mais je préfère des bons techniciens derrières, voilà, c'est euh, on ne peut pas tout avoir* » (S1)

« *Je pense que j'en avais plus parlé sur le plan de l'histoire médicale et pas sur le plan de la relation médecin malade.* » (S2)

« *mais peut être ceux qui m'avaient marqué le plus quoi vraiment humainement, vraiment le côté humain quoi, c'était pas le côté médical.* » (S3)

« *j'ai eu un peu de mal à la trouver parce que finalement sur le coup quand on a des bonnes situations, on est un peu admiratif plus de la technicité du travail que du fond, plus de la forme on va dire que du fond.* » (S10)

« *il me le disait, « Le docteur Machin il nous fait peur mais il me soigne bien »* » (S1)

« *ça te fait te rendre compte ce que t'attends aussi de ton médecin d'un point de vu relationnel et plus d'un point de vue purement médical tu vois.* » (S4)

2. Ambivalence inné-acquis dans l'habileté à être en relation

Certains étudiants identifiaient des caractères relationnels individuels qu'ils exprimaient comme « innés », bons ou mauvais :

« *elle avait cette faculté à être dans l'écoute qui était assez intéressante* » (S1)

« *Bon après je pense que ça dépend aussi de son propre caractère à la base* » (S6)

« Bah je pense que d'une part il a son caractère, ça c'est clair, il est comme ça, quand ça lui plait pas il s'énerve et puis de manière souvent maladroite. » (S10)

Plusieurs étudiants évoquaient le fait que la relation médecin-patient n'était pas quelque chose de naturel mais un processus qui demandait un effort et qu'il fallait parfois y penser pour l'améliorer :

« ce sont des choses qui sont pas du tout naturelles et si tu choisis pas de le faire, enfin de te concentrer pour le faire, ça se fait pas indépendamment de toi » (S4)

« mais il y a des choses que j'arrive pas à faire de façon naturelle, il faut que je me dise « Ah reprend ce qu'il vient de te dire, peut être que ça va servir » ou « il faut que tu laisses réfléchir, il faut que tu laisses un temps pour qu'elle réfléchisse et tu dis rien et t'attends de voir » et c'est là où tu te dis « non mais il y a un blanc de trois minutes là c'est l'horreur ! » alors que pas du tout. » (S7)

3. Mise en contraste des relations au malade hospitalières et ambulatoires

Plusieurs étudiants ont exprimé une différence dans le domaine relationnel entre l'hôpital et l'ambulatoire. Pour eux, l'hôpital ne se prêtait pas à la relation contrairement à la pratique libérale :

« Et ça c'est vrai que c'est vraiment un apprentissage, et le stage en ambulatoire t'apprend ça. Ce que le stage à l'hôpital ne t'apprend pas, parce que finalement t'es jamais mis en autonomie. Tu peux l'être un peu aux urgences et dans certaines consultations, mais pas comme tu l'es en stage prat. » (S9)

« Alors il y a une (situation) qui m'avait marqué (en mal), c'est hospitalier, (ton ironique:) je vais être un peu chauvin ... » (S1)

« et c'est un tour, donc c'est, enfin t'as beau passer un petit peu de temps avec le patient c'est quand même rapide quand tu en as encore dix à voir. Ce n'est pas comme sur une consultation » (S7)

4. Prise de conscience de la différence théorie / pratique

Les bases théoriques de la relation étaient mises à l'épreuve dans la pratique de tous les jours :

« on peut arriver à faire des choses qui sembleraient contraire à la déontologie qu'on apprend, et qui pourtant sont celles qui sont justes et qui sont dans la vie du patient et qui sont ce qui va le faire avancer et le faire se soigner, le faire guérir, etcetera. » (S4)

« ça m'arrive souvent de m'asseoir sur le lit du patient alors que normalement il vaudrait mieux..., enfin c'est pas b... (Ne finit pas le mot « bien »). Enfin je me souviens qu'ils disaient qu'il faut éviter de s'asseoir sur le lit du patient parce que c'est son lieu à lui. [...] Et du coup ça c'est bête hein parce que j'y repense à chaque fois, mais je m'assois sur le lit du patient. »(S7)

D. Perception de sa propre relation au patient

A leur niveau ces étudiants commençaient à prendre conscience de leurs capacités et de leurs limites relationnelles.

1. Points forts

Ils étaient tous globalement satisfait de leur relation avec leurs patients :

« donc si, je pense que globalement j'arrive à avoir de bonnes relations avec les patients, et j'en suis assez satisfait. » (S1)

« je suis satisfaite sur le plan du contact parce que je pense que sur le premier contact j'ai pas trop de soucis, » (S4)

« En général ça se passe globalement bien quoi, en général je n'ai pas particulièrement de problème. » (S5)

Même dans des situations jugées comme plus “difficiles” :

« les séropositifs toxicomanes, désocialisés, des situations quand même très complexes et je trouve, il me semble, que j'ai quand même réussi à en gérer certains, » (S1)

« Voilà, je me sens prêt à discuter sereinement avec la majorité des patients et du coup ça ne me fais pas peur, j'ai pas peur de tomber sur un toxicomane, une fibromyalgique, même si comme tout le monde hein je peux être des fois mis en difficultés. (S3)

L'enseignement y avait contribué pour un étudiant :

« Alors je me sens relativement à l'aise, dans la mesure où je ... , bah voilà j'ai bien profité d'enseignement qu'on a bien voulu nous donner à la fac pendant l'internat de médecine gé. à Lyon. »» (S3)

D'autres mettaient en valeur leur aisance à découvrir le motif de consultation caché ou non :

« *j'ai l'impression c'est que j'ai pas tant d'effort que ça à faire pour me dire dès le début d'une consultation, bon là il vient pour rien donc c'est pas pour ça qu'il vient, il y a forcément autre chose, donc on va se débarrasser rapidement de la petite chose qui a pas trop d'importance et lui demander ce qui arrive.* » (S2)

« *Enfin quand ça se passe bien en général je suis plutôt serein, je vois assez rapidement ce dont a besoin le patient* » (S8)

Ou qu'ils arrivaient à prendre le temps :

« *d'avoir le temps de me poser avec les patients [...] J'ai l'impression que ça, ça fait partie des points forts quoi.* » (S2)

Un étudiant remarquait qu'avec la pratique il était plus à l'aise et que plus il était à l'aise plus le patient était confiant et adhérent :

« *Et plus ça va et moins je suis stressé et plus je suis à l'aise et du coup est ce que ça met en confiance le patient ? Et plus ça va plus je trouve que c'est simple de faire adhérer, même des choses quand le patient était pas d'accord au départ, j'arrive à faire passer des messages particuliers et donc ça c'est plutôt agréable.* » (S9)

2. Points faibles

Néanmoins, ils restaient quand même critiques sur leurs relations avec leurs patients. Un étudiant évoquait des situations d'échec relationnel mais les expliquait par des contextes inhabituels :

« *J'ai eu des situations où ça s'est pas bien passé, mais c'est des cas un peu particuliers, des médecins aussi un peu particuliers.* » (S8)

Certains étudiants évoquaient :

- le manque de maturité :

« *le manque d'expérience* » « *plein de ficelle qu'on a pas encore* » (S2)

« *(je suis) En apprentissage !* » (S4)

- Des difficultés à faire adhérer au dialogue et à créer une alliance :

« *si il veut pas parler de lui-même bah j'arrive pas à le faire parler* » (S2)

« *mais après le travail de créer une alliance thérapeutique, j'ai pas du tout l'impression de le cerner, pour le moment quoi et de savoir créer une démarche de soin pour moi c'est une ambition quoi (rit)* » (S4)

- Le jeune âge qui diminuait la confiance du patient :

« *il y a aussi le jeune âge qui fait que les patients ressentent qu'on est un peu jeune et il y a quelque cas où les gens m'ont carrément dit : « Mais vous êtes trop jeune, vous savez pas ce que c'est que la vie ». »* (S2)

« *Et c'est là où je me dis, je pense que l'âge ça joue (pause). Ton expérience de toute façon ça joue, mais du coup, enfin le senior il n'était pas tout jeune, il n'avait pas vingt-huit ans quoi... »* (S7)

- Des difficultés à recadrer :

« *c'est-à-dire, euh, recadrer des fois pour moi c'est encore un peu difficile et puis savoir dire non c'est toujours le truc qu'on nous apprend pas assez, mais savoir dire non, savoir des fois être un peu strict. Voilà c'est ça l'écueil principal dans la relation médecin malade.* » (S3)

- Des difficultés à prendre du recul :

« *Après il y a encore des situations où c'est désagréable, où on n'a pas envie de rentrer dans une chambre d'un malade parce qu'on sait qu'il va être suspicieux ou agressif où... voilà hein ça arrive inévitablement.* » (S5)

- Des difficultés à pratiquer l'écoute active :

« *sauf peut-être tout ce qui est écoute active tu vois, enfin j'ai l'impression que je fais un peu venir les choses comme je le sens voilà* » (S7)

- Des difficultés dans les situations d'ordre psychologique :

« *j'ai beaucoup de mal dans ces situations où on est plutôt sur le versant psychologique* » (S9)

- Des difficultés à gérer l'incertitude diagnostique :

« *Et je pense que c'est peut-être le plus difficile à apprendre à gérer, l'angoisse de l'incertitude.* » (S9)

3. L'expérimentation valide l'observation

Plusieurs étudiants mettaient en valeur que l'observation des seniors et l'enseignement théorique était ensuite validés par leur propre mise en pratique :

« *c'est là que rapidement et peut être même plus tôt que les autres internes, j'ai pu tout de suite mettre à profit ces techniques, recadrages, euh écoute empathique, euh respect du silence et tout, parce que je passais quarante-cinq minutes à discuter tous les jours avec deux ou trois patients dépendants et donc voilà je me suis un petit peu quelque part « fais la main »* » (S3)

« On apprend aussi de ce qu'on crée avec nos patients, donc euh le SASPAS pour moi c'est une chance donc euh j'essaie des techniques » (S4)

« Et puis après voilà je pense qu'il faut essayer de se l'appliquer dans la pratique de tous les jours que ce soit à l'hôpital ou en ville quoi. » (S6)

C'était une source de satisfaction personnelle :

« J'avais été initié un peu à l'écoute active quand j'étais externe et justement j'avais un peu testé ça avec ce patient et du coup j'avais eu un contact qui était très bien passé avec lui, d'ailleurs il était venu me saluer en partant du service, moi, personnellement, alors que j'étais que l'externe ! » (S1)

E. L'enseignement à la relation

1. Trace d'enseignement théorique

Un étudiant évoquait de façon amusante son premier “cours” sous la forme d'un conseil de bonne conduite prodigué par un senior, comme un vieil adage :

« Il (chef de service de chirurgie) m'avait dit tout simplement : « Tu sais, reste gentil avec les gens t'y gagnera toujours », et c'est vrai que ça a été le premiers cours de communication que j'ai eu, en me disant tiens, rester gentil ça peut peut-être marcher, et effectivement je pense que c'est déjà un bon départ. » (S1)

Tous les étudiants retrouvaient plus ou moins facilement selon leurs souvenirs, diverses traces d'enseignements au cours de leur cursus, que ce soit en 1er cycle, à composante plutôt théorique :

« alors c'est possible qu'on en ait eu un peu à la fac dans les sciences humaines en première année » (S1)

« La P1 quand même, en première année les sciences humaines et sociales avec toute la partie avec F., euh, le Professeur F., sur la relation médecin malade qui était très intéressante et qui me faisait dire que c'était ça que je voulais faire » (S2)

« Euh, alors à la fac je sais plus, on a bien du avoir des trucs en sciences humaines en première année j'imagine, mais après je ne suis pas certain. » (S4)

Ou en 2è cycle, à composante théorique avec début de pratique :

« Ah bah ouais je me rappelle très bien, les premiers cours là-dessus c'était en cinquième année quand j'étais externe en médecine générale ça a été les vrais premiers cours là-dessus » (S1)

« Euh externe j'avais fait les groupes Balint, on avait une option groupe Balint, sur deux trimestres, donc on a eu quatre ou cinq séances, ça approchait bien la relation médecin malade, alors c'était pendant nos premiers stage hein, mais c'était intéressant du coup de voir un peu comment les autres faisaient cette approche. » (S8)

Ou en 3^e cycle, à composante théorique et pratique :

« Alors je ne sais pas si on a de la chance d'être à Lyon mais en tout cas nos prof de médecine générale, en tout cas dans le DES de médecin générale à Lyon sont vraiment axés là-dessus à la relation médecin-patient et à l'approche centrée sur le patient. On a des séminaires et on a aussi des journées études pendant le stage prat et c'est vrai que en dehors des sujets de ces séminaires on en revient beaucoup à cette relation médecin-patient et à l'approche centrée sur le patient et c'est vrai qu'on nous sensibilise beaucoup à partir du DES à ça. » (S9)

« puis par les cours qu'on a eu quand j'étais interne » (S1)

« c'est le premier semestre, on a le séminaire sur la relation médecin malade où on commence à nous parler des questions ouvertes, de laisser les temps de pauses, » (S2)

« Non mais après c'est surtout..., euh si, pendant l'internat en premier semestre on a un séminaire là-dessus avec des ateliers là, des jeux de rôle, des choses comme ça. » (S6)

Deux étudiants évoquaient l'importance de certains cours reçus pendant leur cursus :

« mais incontestablement pour moi vraiment le virage ça a été les cours fait par le DMG, bon bah je prêche ma paroisse après, mais les cours fait par le DMG quand j'étais en cinquième année » (S1)

« Et les ateliers en petit groupe avec des jeux de rôle et tout, c'est un peu « space » quoi je veux dire, bon bah faut s'y mettre dedans, mais c'est là où on apprend vraiment beaucoup » (S1)

« Et puis quand même, je pense que personne aimait ça et tout le monde essayé de fuir mais, euh, les jeux de rôles que l'on faisait pendant les séminaires, où voilà on est bien obligé de se mettre dans la peau de la mère du gamin, du patient, du médecin qui est observé par une dizaine d'internes » (S2)

2. Maturité nécessaire pour approcher la relation

Sept étudiants sur dix rapportaient leur sentiment sur la nécessité d'une maturité pour être intéressé et comprendre l'importance de la relation ainsi qu'adhérer à son enseignement :

« *en première année, mais je pense que ce n'est pas le moment de nous enseigner ça.* » (S1)

« *qu'on a jamais vu un patient et de deux que notre seul et unique objectif c'est de passer notre concours de P1 !* » (S1)

« *mais à l'époque ça m'avait grave soulé parce que je panais rien à ce qu'elle disait et je me disait de toute façon ce qu'elle dit ça va jamais tomber au concours donc je m'en fous* » (S1)

« *jusque-là toute la théorie sur toute la relation médecin malade, euh bah, ça restait de la théorie et je ne voyais pas comment on pouvait le mettre en pratique.* » (S2)

« *Je sais pas si pendant l'internat ça a un intérêt d'en avoir plus parce qu'on est un peu jeune* » (S2)

« *même si en premier semestre ça paraissait complètement technocratique, ou je sais pas, un peu des termes pompeux qui me parlaient pas tout de suite.* » (S3)

« *Finalement quand on est externe ou au début de son internat, ce qu'on apprend de la relation médecin malade c'est qu'il faut dire les choses, que gna gna gna. Et en fait finalement, quand t'as de l'expérience, tu te rends compte que y a une dynamique dans le couple.* » (S4)

« *Je crois qu'on sous-estime beaucoup ce qu'il se passe dans la relation médecin malade quand on est interne.* » (S4)

« *mais les cours que tu fais en premier semestre tu te dis « non mais encore un truc à la con où tu vas encore avoir des grandes idées et tout ça » et en fait ça te sers mais plus à la fin, enfin t'as acquis les choses à la fin. Enfin t'as acquis c'est un bien grand mot mais tu commences à acquérir les choses à la fin de ton internat et à comprendre ce pourquoi on a insisté au début de ton internat, si t'arrives encore à t'en souvenir...* » (S7)

3. Enseignement le plus utile

Dans l'ensemble, les étudiants estimaient la confrontation au « terrain » comme le plus formateur dans leur apprentissage de la relation médecin-patient. Le stage ambulatoire semblait également propice à cette approche. Le terme de « compagnonnage » ressortait plusieurs fois et résumait bien l'attente des internes :

- Soit par un enseignement oral sur le terrain par des médecins seniors sensibilisés à

cette relation :

« Oui pendant l'internat, bah essentiellement pendant le stage de médecine générale, alors j'ai fait pas mal de gériatrie où j'avais des, on avait un médecin qui était spécialisé dans les soins palliatifs, donc lui, il nous parlait, on parlait des patients ensemble et tout, donc voilà je suis tombé sur des médecins qui étaient très sensibilisés sur la relation et qui étaient pas du tout sur le mode paternaliste et très directif, » (S1)

« Euh, le compagnonnage. Oui, de discuter avec mes chefs qui étaient à l'écoute de ça, d'avoir des retours, de changer d'angle de référence, d'être supervisé sur mes relations médecin malade. Ça vraiment c'est ce qui est le plus utile je trouve. » (S4)

- Soit par l'observation des médecins seniors mais aussi des autres étudiants, et « se faire observer » :

« Et bien, de voir les autres médecins, en bien ou en pas bien, mais de voir les autres médecins, vraiment tu sais le compagnonnage, non mais c'est ça, c'est vraiment ça, de voir les autres médecins, de voir les seniors agir, de voir les autres internes parce que même si on a le même âge on n'a pas les mêmes façon de faire [...] et ouais c'est vraiment ça, c'est vraiment de voir les seniors, de voir tes co-internes et du coup de voir les externes de voir comment ils réagissent, c'est rigolo, t'apprends aussi des choses d'eux, et ouais voilà.

Vraiment de voir les autres. » (S7)

« Bah le terrain quand même, bah faire des, de la pratique et voir des gens et des fois faire des erreurs mais en tout cas voir des gens et parler avec des gens, bah sans ça je pense qu'avec la meilleure théorie ça aurait servi à rien. » (S2)

« Et puis après bon bah c'est sur le tas hein, c'est beaucoup voir les médecins faire et puis faire un peu comme eux quoi. (S5)

- Soit par l'expérimentation personnelle :

« Bah clairement je pense que c'est le terrain, de se frotter à tout ça. » (S6)

« Bah c'est la pratique je pense. C'est de voir des malades, d'en voir et puis de parler. » (S8)

« Et il y a aussi les situations qui se sont bien ou mal passée, on en tire un enseignement. »

« Ouais en général c'est plus le terrain » (S5)

Un étudiant évoquait aussi les retours d'avis des proches et des patients dans leur réflexion sur les relations vécues, mais aussi sur sa propre vie hors médecine :

« les réflexions de proches qui étaient non médecins, c'est à dire qui m'ont dit, euh, les gens qui ont un point de vue extérieur et qui vous disent « Fait attention à pas faire ça ! » ;

« Attention hein, mon médecin il a dit ça », ou « Le médecin il a annoncé ça comme ça à ma femme ». Voilà les trucs comme ça ça m'a servi parce que j'y repense du coup. » (S5)

« Et qu'est ce qu'il y a d'autre euh, ah oui ! les réflexions des patients aussi, quand vous êtes externes ou internes, les patients ils vous disent des choses parfois sur les médecins, et vous vous rendez bien compte de ce qu'ils ont mal pris de ce qu'ils ont bien pris, de ce qu'ils ont apprécié, euh voilà. » (S5)

« mais pas forcément que sur le terrain de stage quoi, parfois aussi la vie en général. » (S5)

Pour un étudiant, malgré un certain apport des médecins seniors c'était surtout les paramédicaux qui lui ont enseigné la relation médecin-patient :

« Ce n'est pas trop le prat qui m'a aidé, mais j'ai fait un stage de soins palliatifs, et le soin palliatif ça m'a beaucoup aidé là-dessus. Et puis surtout le travail avec les paramédicaux. Moi j'ai beaucoup fait de remplacements aide-soignant, ASH, ASD, et cetera, j'ai fait secrétaire médicale, j'ai travaillé à temps plein, à mi-temps enfin j'ai bossé plus à l'extérieur qu'en stage, donc c'est surtout ça qui m'a aidé dans les relations avec les malades. [...] plus en observant les paramédicaux. Donc d'une part ce qu'ils font bien, mais surtout les erreurs qu'ils font. [...] ils se confient beaucoup plus aux paramédicaux qu'aux médicaux, donc du coup on voit l'impact de ce qu'on fait sur les patients directement. Donc du coup on apprend à ne pas faire des erreurs et à faire des choses qui leurs plaisent. » (S10)

4. La place de la formation théorique à la relation médecin-patient

Il en ressortait des avis partagés. Certains étaient satisfaits des bases reçues :

« ce que j'ai eu, je trouve, me donne de bonnes bases » (S1)

« Alors il y a pas de, on nous donne pas de secret, parce que du coup il y a je ne pense pas de secret mais vraiment on en parle beaucoup. D'essayer d'avoir effectivement, euh, le fait de reformuler, de pas poser des questions fermées mais plutôt des questions ouvertes et ça on nous l'enseigne quand même assez tôt dans le DES et puis on essaye de nous le faire répéter et de le mettre en application et ça c'est plutôt pas mal. » (S9)

D'autres ne se sentaient pas forcément formés mais n'en ressentaient pas le besoin non plus car appréciaient le côté spontané, instinctif de la relation et ne souhaitaient pas forcément la voir théorisée :

« J'ai pas l'impression d'avoir été particulièrement formé à ça et je ne sais pas si je le regrette parce qu'en même temps, comment dire, j'aime bien le côté assez spontané de la relation. » (S5)

D'autres y trouvaient un intérêt pour quelques bases théoriques mais estimaient que cela n'aménageait pas grand-chose ou n'était pas utile, en tout cas pas avant l'internat :

« Alors je ne sais pas si une formation spécifique ça amène finalement beaucoup plus à tout le monde quoi. Peut-être un peu mais bon je pense qu'à un moment ça sert plus à rien quoi. »(S6)

« Mais en soi, moi je suis pas perdu face à un malade, donc j'ai pas vraiment, enfin je ressens pas le besoin d'avoir eu de formation particulière quoi, je n'ai pas l'impression d'être démunie, de pas trouver mes mots. » (S8)

Enfin, un étudiant était très remonté et critique face à l'enseignement reçu au niveau médical et, insistait sur l'importance de la sphère paramédicale pour apprendre la relation médecin-patient qu'il estimait très importante:

« On apprend sur le tard, c'est pour ça que ça fait des médecins caractériels qui sont odieux avec les patients » (S10)

« C'est pas en médecine, en médecine on nous apprend pas, et puis surtout les médecins à part nous apprendre « techniquement » à ranger une biologie et à faire un ECG, ils nous apprennent pas grand-chose sur la relation et en plus ce n'est pas des exemples hein. Les patrons à l'hôpital pendant toute notre formation ce n'est pas des exemples qu'on a hein, ils engueulent les patients, ils sont brutaux, ils sont caractériels, je veux dire on n'a pas des exemples de personnes qui ont des relations saines. Donc franchement ce n'est pas les études de médecine qui m'ont aidé là-dedans. » (S10)

« Je l'ai fait de moi-même (son apprentissage à la relation médecin-patient), mais je pense que c'est plus qu'indispensable ! [...] Et d'ailleurs je le vois bien, tout ceux qui ont fait des remplacements d'aide-soignant à côté, on sent qu'ils n'ont pas la même sensibilité, le même contact avec les gens. On sent qu'ils sont différents. Et ça par contre on ne l'a pas en médecine et je trouve ça... Moi ça me révulse. » (S10)

5. Dans l'avenir professionnel

Tous considéraient qu'il était important de se perfectionner dans la relation, que ce soit par l'échange en groupe de pairs, les groupes Balint, ou par des formations plus spécifiques pour développer certains axes comme la psychothérapie, la gestion du deuil, la dépression :

« ça vaut le coup de toute notre vie de se poser des questions sur notre pratique et de continuer à se performer là-dessus, et ça peut passer tout simplement par l'échange avec nos confrères dans un cadre qui soit..., on est pas là pour juger, on est là pour avancer ensemble et réfléchir ensemble. » (S1)

« Après je pense que du coup pareil, si on fait ça, on passe beaucoup de temps à écouter les autres, c'est bien de débriefer et dans parler à d'autres médecins et je pense que je vais essayer de voir si je peux être dans un groupe de pairs ou un groupe balint, ça c'est le genre de truc qui m'intéresse bien » (S2)

« ce qui serait peut être utile ce serait que je participe à des groupes de paroles tu vois genre je sais plus comment ça s'appelle, où tu réfléchis à ta relation médecin malade (fait référence aux groupes Balint) » (S4)

« j'aurais voulu faire une formation à tout ce qui est psychothérapie de soutien en fait, parce que je m'étais rendu compte qu'en médecine générale ambulatoire il y a beaucoup de ça [...] enfin je ferai peut être un jour une formation pour vraiment savoir aborder cet aspect-là quoi » (S5)

« Ça m'intéresserait mais pour développer certains axes en fait. Par exemple s'affirmer quoi. » (S6)

DISCUSSION

I. Points forts et limites de cette étude

A. Richesse des entretiens

Les entretiens ont été très riches. Les étudiants ont semblé apprécier le sujet, certains l'ayant même fait remarquer spontanément après l'entretien, ce qui constitue un point fort de notre étude. Le fait d'évoquer des situations vécues leur a permis de s'identifier sans difficultés au sujet et de s'exprimer avec une certaine liberté. Ils ont, pour la plupart, laissé libre court à leurs émotions et ont paru réellement authentiques dans leur réflexion. Les interrogés ont évoqué des situations authentiques, ce qui a permis d'obtenir des thèmes nombreux et nous nous sommes arrêtés à dix entretiens relatant vingt situations de relation médecin-patient marquantes. Même s'il est toujours difficile d'apprécier le degré de saturation des données, on peut estimer que nous nous en approchons aux vues des thèmes qui se recoupent dans l'analyse.

B. Biais de sélection

Nous connaissons certains participants. Le recrutement des étudiants a été réalisé par connaissance directe ou interposée et effet “boule de neige”. Ceci a pu induire des modifications dans leurs réponses : les participants ont pu vouloir faire plaisir en allant dans notre sens, ou ne pas oser donner des réponses que nous n'aurions pas souhaité entendre.

Par ailleurs les internes ayant accepté de participer à l'entretien en connaissaient le thème, à savoir : “l'apprentissage de la relation médecin-patient”. Inévitablement, s'ils ont accepté de participer c'est probablement parce qu'ils s'identifiaient bien à ce sujet. Cela a pu créer un biais car les étudiants les moins intéressés par ce thème n'ont probablement pas répondu présent.

C. Biais d'investigation

Malgré nos efforts pour rester objectifs et neutres lors des entretiens, nous avons pu laisser parfois transparaître notre avis, par nos réactions, nos questions, le ton de notre voix, nos émotions, au risque d'orienter certaines réponses.

D. Limites liées au caractère semi-dirigé des entretiens et aux conditions d'entretien

Une autre source de biais est le fait d'avoir réalisé des entretiens semi-dirigés. Malgré les efforts pour l'éviter, les questions ont parfois été orientées. Au moment de la retranscription des entretiens, nous nous sommes aperçus que nous avions parfois coupé la parole rapidement sur un sujet au détriment d'une question ouverte offrant une plus grande liberté de réponse.

Les entretiens ont tous été enregistrés avec un dictaphone. Cette présence a pu gêner certains, ou les intimider, malgré l'assurance donnée sur l'anonymat des réponses. De plus, les entretiens se sont déroulés dans divers lieux en fonction de la disponibilité de l'interrogé. Même si des efforts ont été faits pour le mettre le plus à l'aise possible, il lui a peut-être été difficile de se livrer dans certains lieux où l'atmosphère n'était peut-être pas assez intime, ou peu propice aux entretiens. Cela a pu avoir une incidence sur la qualité des réponses. L'importance de ce biais sur les résultats de l'étude est difficile à apprécier.

E. Biais d'échantillonnage

Il est apparu qu'il y a plus d'hommes que de femmes dans notre échantillonnage, peut-être du fait du sexe masculin du thésard. Cela a pu apporter un biais de recrutement. Néanmoins, les réponses apportées par les femmes sont dans la lignée de celles données par les hommes ce qui est rassurant quant à ce biais potentiel. Nous pouvons noter tout de même qu'une étude (24) a observé que les internes femmes disent plus souvent avoir été confrontées aux difficultés relationnelles (82,5 % contre 58 % pour leurs collègues masculins).

II. Discussion des résultats

A. Le modèle de rôle

Les interrogés ont tous fait l’expérience de réactions positives ou négatives en réponse à l’observation du comportement relationnel de leur médecin senior, et ils en ont tiré un enseignement. Le médecin senior devient, ce qui est appelé en pédagogie médicale, un « modèle de rôle ». Plusieurs étudiants l’évoquent quant à eux sous le terme de « compagnonnage » : “*Et bien, de voir les autres médecins, en bien ou en pas bien, mais de voir les autres médecins, vraiment tu sais le compagnonnage, non mais c'est ça, c'est vraiment ça, de voir les autres médecins, de voir les seniors agir*” (S7).

Le terme « modèle de rôle » – au singulier – est utilisé pour décrire la modalité pédagogique (en anglais: « role modeling »). Le terme « modèles de rôle » – au pluriel – est, quant à lui, utilisé pour décrire les individus, en l’occurrence les enseignants cliniciens, qui exercent le modèle de rôle (en anglais: « role models »). D’après Chamberland et Hivon (25) un modèle de rôle en médecine est un médecin qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l’apprentissage des externes et des internes avec qui il est en contact. Cette définition permet de rendre compte de la variété des influences exercées par les modèles de rôle dans la pratique réelle, que ce soit en termes de direction, positive ou souhaitée versus négative ou non souhaitée ; ou en termes de magnitude, négligeable versus significative.

Le modèle de rôle se fait de façon consciente ou inconsciente. Il influence un ou plusieurs étudiants. Il n’existe pas nécessairement de relation formelle avec l’étudiant et la durée du contact avec celui-ci est variable. Par opposition, le mentor exerce son influence de façon intentionnelle, engagé avec un ou un nombre limité d’étudiants dans une relation d’encadrement formelle et prolongée. Ce modèle de rôle est un outil essentiel dans ce que l’on appelle le “curriculum informel”. Ces modèles sont particulièrement importants lorsque les buts poursuivis sont très abstraits ou complexes et qu’ils peuvent difficilement être compris par les étudiants à partir des descriptions textuelles (26).

Selon Hafferty (27), le modèle de rôle constitue un moteur très puissant pour l’apprentissage d’habiletés telle que la communication. Ainsi, les futurs médecins sont fortement influencés par ce qu’ils observent chez leurs superviseurs.

Comme le suggère nos résultats, les internes s’inspirent des attitudes et des comportements des médecins observés lors d’une expérience, qu’elle soit jugée bonne ou mauvaise. Ils

réagissent favorablement et même avec admiration à l'observation d'un comportement relationnel jugé comme bon. Les bons modèles de rôle sont ceux qui exercent sur l'apprentissage des étudiants une influence à la fois significative et conforme aux compétences finales visées (25). En contrepartie, un comportement jugé comme mauvais entraîne un sentiment de déception de l'interne et un désir de faire mieux et d'éviter ce type d'attitude.

Une étude suisse émet l'hypothèse qu'une augmentation d'intérêt pour l'éthique médicale est principalement provoquée par la rencontre de bons modèles durant le cursus et qu'une diminution d'intérêt pour l'éthique est directement liée à la rencontre de mauvais modèles (28). Dans une enquête auprès de 515 externes des quatre facultés de médecine québécoises, 40 % des 319 répondants disaient ne pas percevoir chez leurs professeurs cliniciens des habiletés et attitudes humanistes dans leurs relations avec les patients et les étudiants (29). Dans notre analyse, l'observation d'un comportement jugé comme mauvais entraîne un questionnement de l'étudiant qui essaie parfois de justifier cette attitude négative en évoquant par exemple une réaction protectrice des médecins, les effets du stress ou le mauvais caractère inné du senior. Cette attitude compréhensive envers des médecins plutôt antipathiques est-elle le reflet du déclin empathique des étudiants observé au cours du cursus médical comme l'évoque déjà Rezler en 1974 (30) ? Celui-ci dans une recension d'écrits concernant le changement d'attitude des étudiants au cours de leur formation médicale, rapportait que l'environnement favorise l'émergence d'un certain cynisme de la part des étudiants. Ce déclin empathique est également suggéré par une méta-analyse de 18 études (de 1990 à 2010) concernant l'apprentissage de l'empathie (31). Ces études ont souligné le rôle du stress ainsi que des curriculums « informels » et « cachés » comme principales raisons du déclin de l'empathie des étudiants au cours des études médicales. Des comportements et attitudes indésirables sont bien présents et le modèle de rôle négatif a été documenté comme producteur de comportements non-professionnels (32), même si cela ne ressort pas dans notre étude.

A contrario, dans les entretiens, les étudiants étaient nombreux à avoir exprimé qu'ils avaient acquis une maturité dans leur relation médecin-patient au cours de leurs études. Ils prenaient conscience de son importance en fin de cursus, pendant l'internat, alors qu'auparavant leur attention était davantage fixée sur le côté technique de la médecine et l'objectif d'examens et de concours à réussir. On peut noter que tous les sujets interrogés ont été en stage de niveau 1 de médecine ambulatoire où il semblerait que les habiletés relationnelles franchissent un cap.

Bowen et Carline (33) soulignent que l'apprentissage est favorisé lorsque les étudiants et les résidents peuvent réciproquement échanger au sujet de leurs expériences et compréhensions, et surtout lorsqu'ils peuvent échanger avec des modèles de rôle, s'inspirer de leurs actions et de leurs réflexions. Ceci se reflète bien dans notre étude où les étudiants, suite à des situations relationnelles marquantes, étaient satisfaits d'avoir échangé avec leur co-interne et, quand c'est possible, avec le senior observé. Cependant, dans les situations de vécu négatif, la place de la discussion avec le médecin concerné est souvent inexistante. Elle peut laisser une trace d'apprentissage négative et favoriser la genèse d'un comportement distant avec le patient. Pour que les étudiants développent progressivement leur propre personnalité de praticien, ils doivent être exposés et doivent se confronter à de multiples modèles d'exercice (34). Le modèle de rôle serait la première méthode par laquelle les enseignants cliniciens essaieraient consciemment ou inconsciemment d'enseigner l'aspect humain du soin médical (35).

Dans une étude concernant le modèle de rôle et la communication médecin-patient, même lorsque qu'ils sont questionnés spécifiquement sur la relation médecin-patient, la plupart des enseignants avaient des difficultés à expliciter leurs actions et les savoirs sous-jacents (36). Bien que l'impact au niveau de l'apprentissage puisse être positif, le modèle de rôle comporte des limites bien identifiées (25) :

- Une grande variété d'interprétations de la part de l'étudiant, bonnes ou mauvaises, est possible lorsqu'il n'y a pas explicitation de l'action observée.
- Une action particulière d'un modèle de rôle peut ne pas être universellement acceptée du fait de la variance, de la composante personnelle. Les valeurs et justifications doivent être clarifiées pour l'étudiant.
- Un modèle tacite ne permet ni la réflexion, ni la remise en question.

Dans notre analyse, les étudiants font part d'une réflexivité et d'une remise en question du modèle, ce qui atténue probablement les limites décrites précédemment.

B. Le curriculum informel

Actuellement, de façon générale, l'enseignement clinique relationnel réalisé dans le cadre des activités de soins est informel, implicite et aléatoire. Il est rarement intentionnel et planifié. Il est à la merci des aléas des soins et de l'exposition clinique des étudiants.

Les étudiants exprimaient bien le fait qu'ils apprenaient la relation médecin-patient sur le terrain essentiellement pendant l'internat où ils étaient en situation d'autonomie fréquente : « *Et puis après bon bah c'est sur le tas hein, c'est beaucoup voir les médecins faire et puis faire un peu comme eux quoi.* » (S5).

Cet apprentissage *in situ* entre dans le cadre du curriculum informel (*informal curriculum*) par opposition au curriculum formel enseigné sur les bancs de la faculté. Ces divers curricula ont bien été décrits par Hafferty et Franks (37)(27). Ceux-ci ont attiré l'attention des éducateurs médicaux sur l'apprentissage de l'éthique fait par les étudiants en médecine et sur l'influence de chacune des composantes de l'environnement pédagogique. A leur avis, l'environnement pédagogique déborde largement le curriculum formel (objectifs, contenus, cours magistraux etc.). Le curriculum informel et le curriculum caché (*hidden curriculum*) sont deux autres éléments de l'environnement pédagogique qui exercent une influence encore plus déterminante dans l'apprentissage des rôles professionnels des étudiants. C'est ce qui est enseigné implicitement, par l'exemple, au jour le jour, et non par l'enseignement explicite donné dans des cours ou des séminaires. Dans la littérature, ces deux curricula sont souvent cités sous le même terme de curriculum caché car ils sont souvent interconnectés, avec des origines communes.

Le curriculum informel est particulièrement en cause au cours de l'enseignement clinique (modèle de rôle, supervision), qui situe l'apprentissage au niveau des interactions interpersonnelles. Malheureusement, il ne le fait pas toujours dans la direction souhaitée : modèle de rôle négatif par exemple.

Le curriculum caché, est véhiculé par les structures organisationnelles et décisionnelles de l'institution, comme par exemple : « les étudiants au cours de leurs études peuvent entendre que la spécialité en CHU c'est l'excellence, alors que la médecine générale est réservée aux moins bons, aux moins ambitieux ; et ils finissent par y croire ». Il désigne l'éducation médicale allant au-delà de la simple transmission du savoir et des habiletés et c'est aussi un processus de socialisation. Une bonne partie de cette socialisation se produit dans les corridors et les salles de garde, en dehors des milieux d'enseignement formel. Néanmoins, elle est considérée comme une « connaissance qui colle » (38), plus facile à retenir que le cursus formel explicite. Chaque mot prononcé, chaque geste posé ou omis, chaque blague, chaque silence, chaque exaspération imprègne des valeurs que nous n'avons peut-être jamais souhaité approuver. Le curriculum caché est essentiellement mis en cause dans la littérature pour son effet négatif sur le professionnalisme des médecins. Il contredit les messages officiels du curriculum formel qui insiste sur la pratique interdisciplinaire, la

collégialité et les soins centrés sur le patient (37). Lempp et Seale documentent les effets du curriculum caché, notamment la perte de l'idéalisme, l'adoption d'une identité professionnelle faite de rituels, la neutralisation émotionnelle, le changement de l'intégrité éthique et l'acceptation de la hiérarchie (38).

Notre étude, dont le sujet explore l'apprentissage de la relation médecin-patient à l'observation du comportement relationnel des modèles de rôle avec leurs patients, s'inscrit donc pleinement dans l'exploration du curriculum informel. Il est intéressant de noter que, dans notre étude, ce curriculum informel est parfois même caché pour l'étudiant lui-même et son apprentissage se fait à son insu : « *il a fallu que j'y repense vraiment pour me dire mais oui en fait il y a plein de choses dans celle-ci, mais j'en avais pas conscience [...] Non ça m'avait pas marqué avant d'en parler.* » (S2).

C. La réflexivité

Avoir une attitude réflexive est une démarche essentielle dans l'apprentissage en général et plus encore à l'observation de ses maîtres. En effet, l'étudiant intègre un comportement relationnel observé, l'analyse en bien ou en mal selon ses propres convictions puis, il en tire un enseignement qu'il va imiter ou éviter. Il va essayer de l'adapter dans sa pratique courante, le comparer à d'autres situations observées ou vécues et en déduire sa propre conduite qui continuera à évoluer à la faveur de nouvelles expériences. Dans le domaine de l'apprentissage de la relation médecin-patient, une démarche réflexive de l'étudiant est d'autant plus importante que son savoir lui est parfois même caché. Evoquer les situations observées est un bon moyen de démarrer cette pratique réflexive. Les étudiants l'expriment bien quand ils rapportent le fait d'avoir échangé avec quelqu'un : « *J'en ai beaucoup parlé avec ma co-interne, j'en ai parlé avec d'autres médecins et du coup c'est vrai que j'avais fait un peu les réflexions qu'on s'est faite [...] Je m'étais rendu compte que c'était très important et que ça avait changé ma façon de faire.* » (S5)

En parallèle, durant les études, cette pratique réflexive s'illustre bien aussi par la tenue d'un portfolio ou journal de bord. Le portfolio peut faciliter la pratique réflexive de l'étudiant car il favorise l'autoévaluation qui conduit à une meilleure connaissance de soi. Il améliore également les compétences d'un étudiant car il l'aide à identifier celles qui doivent encore être développées (39).

Cette réflexivité passe aussi par une pratique de la métacognition (littéralement : *penser sur la pensée*), correspondant à une compétence à se poser des questions pour planifier, s'évaluer constamment, avant, pendant et après une tâche, et se réajuster au besoin. C'est également savoir relier de nouvelles connaissances à des connaissances antérieures et savoir sélectionner des stratégies cognitives : « *et du coup t'as (pause) enfin c'est un peu « schizophrène » comme relation, tu sais tu te dis « Ah j'ai fait ça et puis ah j'aurais pu faire ça » quand tu discutes dans ta tête et que tu te poses le problème.* » « *Du coup je pense que c'est intéressant de continuer à réfléchir sur sa façon d'être et sa façon de faire mais tout au long de notre pratique en fait je pense. Bah voilà.* » (S7).

Dans notre étude, le support de la réflexivité est l'observation. L'observation favorise une mise à distance naturelle, en mettant l'étudiant à distance de l'action, permettant également le questionnement sur l'action, la réflexion sur l'action et demandant à l'étudiant de mobiliser l'ensemble de ses ressources pour comprendre la situation : « *le fait d'être un peu en retrait ça permet aussi d'emmagasiner, enfin de voir comment ça se passe. Ça fait comprendre pour les fois d'après* » (S6).

L'observation permet aussi d'agir sur la composante cognitive de la compétence car elle entraîne l'apprenant à sélectionner, classer et organiser les informations. Il ne s'agit pas bien sûr d'apprendre uniquement par l'observation, mais l'observation est un préalable à l'action, un support de la réflexivité.

Un praticien réflexif est un praticien qui se regarde agir comme dans un miroir et cherche à comprendre comment il s'y prend, pourquoi il fait, comment il fait (40). En menant une réflexion sur son action, il apprend de sa pratique professionnelle. Cette aptitude va aider le professionnel à gérer des situations nouvelles, complexes. La réflexivité est le support de la professionnalisation, elle permet le travail de déconstruction/construction indispensable aux métiers d'aide à la personne (41).

L'observation suivie de l'explication du senior observé favorise la mise à distance, la prise de recul, la gestion des émotions et la mise en mots des savoirs cachés ainsi que la possibilité de la régulation en cours d'action. Elle met à jour de manière plus claire pour l'élève, non seulement la réflexivité du modèle, mais aussi les savoirs tacites, et rend possible un travail sur le *comment faire*. Cela permet à l'étudiant d'avoir un modèle de praticien réflexif, en observant la situation, l'élève tend un autre miroir au professionnel : « *Car c'est ce qu'on a discuté avec ma prat qui me disait : « bah d'accord tu trouves que, enfin entre guillemets, que je n'ai pas fais bien, mais qu'est-ce que t'aurais fait quoi ? ». Donc c'était ça*

qui était intéressant, c'est se dire : « bah attend là je ne sais pas, je vais réfléchir et je te dirai ce que j'aurais fait vraiment si j'avais pu. » » (S2).

D. Apprentissage de la relation médecin-patient et acquisition de compétences

Responsables d'enseignements, pouvoirs publics, associations de malades s'accordent sur l'importance d'une formation à la relation des étudiants en médecine. Des attitudes et habiletés médicales, c'est-à-dire être empathique, conseiller, expliquer positivement, rassurer, encourager à des changements de comportement, prendre en compte attentes et représentation, ont montré une efficacité sur des critères cliniques objectifs (42).

La relation médecin-patient est un colloque singulier entre un médecin détenteur d'un savoir et un patient porteur d'un problème, qui vont collaborer dans le cadre d'une relation d'expertise, pour la résolution commune de ce problème. C'est une relation d'aide et d'échange librement consentie et en théorie neutre et bienveillante. Ceci s'effectue dans un respect, une écoute et une confiance mutuels, développés au cours du temps de façon égalitaire et aboutit à une négociation et à un compromis diagnostique et thérapeutique. Le patient peut alors confier ses angoisses, même les plus intimes, au médecin et lui accorder le droit aux questions les plus impudiques ainsi qu'à l'exploration de son corps. Il est ainsi investi d'un pouvoir touchant aux questions essentielles de la vie, la mort et la souffrance.

Comme dans tous les domaines de la vie quotidienne, la rencontre de deux individus débouche sur l'établissement d'une relation interindividuelle. La relation qui s'établit entre le médecin et le malade est une relation complexe, plus ou moins intense, mais particulièrement importante sur le plan diagnostique et thérapeutique. Parmi les différents domaines de la pratique médicale, la médecine générale est particulièrement propice à l'établissement d'une telle relation riche et épanouie. Cette relation construite sur le long terme, peut parfois échapper à la vision issue de la pratique médicale hospitalière : « *Et ça c'est vrai que c'est vraiment un apprentissage (la relation médecin-patient), et le stage en ambulatoire t'apprend ça. Ce que le stage à l'hôpital ne t'apprend pas* » (S9). Sans alimenter le manichéisme déjà bien installé (curriculum caché !) divisant les spécialistes hospitaliers et les médecins généralistes, il faut reconnaître à ces derniers une affinité dans le domaine de la relation médecin malade. « *Alors il y a une (situation) qui m'avait marqué (en mal), c'est hospitalier, (ton ironique:) je vais être un peu chauvin ...* » (S1). Néanmoins, les spécialistes hospitaliers

en charge de patients souffrant de pathologies chroniques, suivant régulièrement leurs patients, vont pouvoir construire une relation se rapprochant de celle du médecin traitant. La relation médecin-patient n'est pas spécifique aux médecins généralistes. Ce serait plutôt l'exercice de la médecine générale qui n'est pas coulé dans le même moule que celui des spécialités d'organes, ce qui entraîne des particularités marquées dans la sphère relationnelle (14). Il peut y avoir une distorsion entre la qualité scientifique du médecin qui peut être "bonne" et la "mauvaise" qualité de sa relation qui peut rendre son patient insatisfait, infidèle, non observant, non confiant.

Dans leurs entretiens, les étudiants nous font part de leur découverte ou redécouverte de l'importance de la relation de soins au travers de leurs propres expériences observées. Ils mettent en contraste cette relation au sein d'une certaine dualité avec leur apprentissage technique : « *Bah ça m'a permis d'en prendre conscience, parce que bon on est à la fac, on a un savoir assez scientifique.* » (S6)

Notre étude cherchait à explorer ce que les étudiants apprennent de la relation médecin-patient à l'observation du comportement relationnel de leurs médecins seniors, à partir des vingt situations relatées par les étudiants. Il ressort de l'analyse des résultats l'apprentissage de notions variées. L'encadré synthétique en ANNEXE 2 met bien en valeur que l'observation du comportement relationnel des modèles de rôle est riche d'enseignement dans le domaine de la relation médecin-patient. Il recoupe la plupart des critères de bonne qualité de la relation médecin-malade décrits dans une étude française d'après une revue de la littérature (43) :

Encadré 6: Critères de bonne qualité de la relation médecin-malade qui ont montré leur efficacité thérapeutique par des essais comparatifs randomisés

- Montrer de l'empathie (verbalement ou non) en essayant de comprendre les problèmes du patient même lorsqu'ils ne peuvent pas être résolus.
- Montrer de l'intérêt par un examen soigneux.
- Tenir compte du rôle des communications non verbales, en particulier dans l'efficacité thérapeutique.
- Encourager le patient à exprimer ses émotions, ses soucis et à poser des questions.
- Permettre d'exprimer ses attentes.
- Expliquer le diagnostic avec des mots compréhensibles pour le patient et informer sur le traitement avec éventuellement des explications écrites.
- Donner un avis sur le pronostic et rassurer chaque fois que c'est possible en le précisant bien verbalement (suggestion).
- Conseiller pour l'adoption de comportements préventifs (tabagisme, consommation excessive d'alcool, troubles nutritionnels, contrôle pondéral) avec intérêt des démarches d'autosurveillance (journal de bord), des conseils brefs (tabac, alcool) et multi-supports audiovisuels.
- Impliquer dans la décision thérapeutique.

Autres critères issus d'enquêtes de satisfaction :

- Établir un accueil verbal (en prononçant le nom du patient) et un contact visuel.
- Demander les motifs de consultation.
- Ne pas interrompre le patient qui expose les motifs de consultation.
- Écouter attentivement en respectant les temps de silence.
- Réaliser une compréhension commune en vérifiant que le patient a bien compris le diagnostic, le pronostic et le traitement.
- Utiliser les questions ouvertes.
- Interroger sur les événements de vie.
- Favoriser l'expression des idées du patient sur sa maladie, ses croyances, ses représentations.
- Respecter ses préférences, ses valeurs.
- Résumer et clarifier les problèmes.
- Se méfier des questions fermées, des conseils et des propos rassurants prématurés.
- Savoir utiliser un style directif et conclure la consultation.

Une enquête qualitative (44) réalisée auprès de patients retrouvait que les mots clefs les plus fréquemment utilisés lors d'entretiens de patients pour qualifier un « bon médecin » sont dans l'ordre décroissant d'occurrence : écoute (47 fois), explications (17 fois), confiance (13 fois), temps (8 fois). Nous nous sommes intéressés à comparer ce résultat à notre étude et, en effet, l'occurrence de ces mots y est particulièrement fréquente. Leur ordre de fréquence reste le même, en dehors de la notion de temps qui passe largement en tête (temps : 177 fois ;

écoute : 83 fois ; explications : 57 fois ; confiance : 33 fois). Dans notre travail, le temps apparaît comme un critère précieux pour les étudiants dans la construction d'une bonne relation médecin-patient : « *il est urgent de prendre son temps et il est surtout pas urgent de se presser quoi.* » (S1). Même s'ils peuvent douter de pouvoir continuer à le prendre par la suite : « *pour l'instant j'arrive à faire parce que j'ai le temps, j'espère que ça continuera mais ... (silence pessimiste).* » (S2). Enfin, une revue de la littérature sur la question de « Qu'est-ce qu'un bon médecin » (45) à partir d'études s'intéressant aussi bien au point de vue de médecins, d'enseignants, d'étudiants ou de patients, retrouve des notions de compétences relationnelles similaires à celles retrouvées à l'analyses de nos entretiens, à savoir :

- Capacité d'écoute, accessibilité, connaissance des limites, professionnalisme, manière d'être au lit du patient, empathie, honnêteté, humain, direct, respectueux, de confiance, explications claires, amabilité, capable de compromis, abordable.

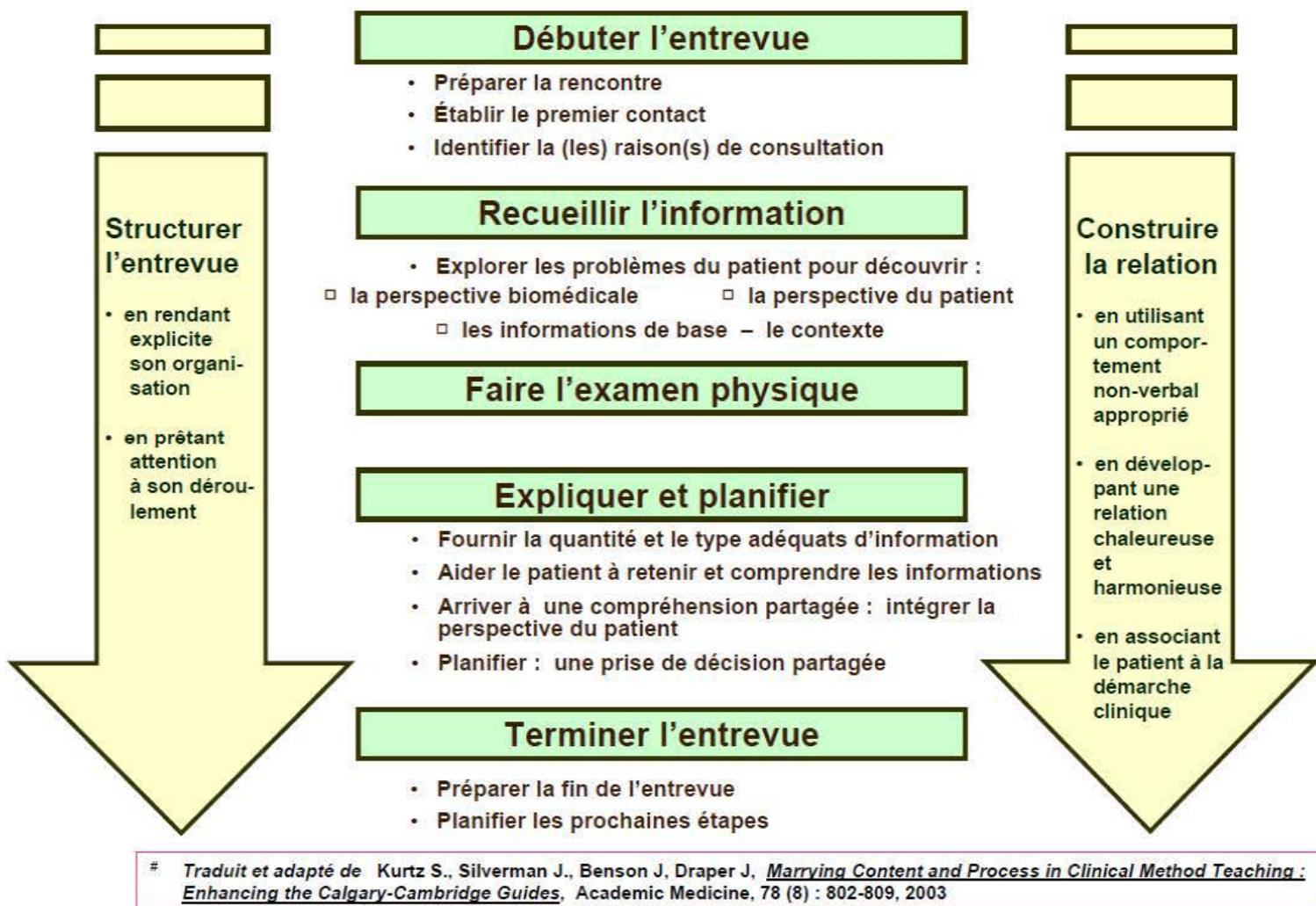
Pour réussir à établir une bonne relation médecin-patient, il convient d'en maîtriser l'outil principal : la communication. Mais il ne s'agit pas de la communication de tous les jours : « *en tant que médecin on doit être dans une relation professionnelle, c'est pas la conversation avec notre grande cousine ou notre boulangère quoi, on a à anticiper ce qui se passe dans la relation et à y réfléchir et à réfléchir à ce que nous on va transférer comme image* » (S4). La communication professionnelle est une forme particulière de communication interpersonnelle (46). Dans le domaine médical, elle se définit comme un échange, verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin, le patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de la santé ou avec un public. La communication professionnelle en médecine comporte essentiellement deux fonctions : 1) l'échange d'informations ; 2) le développement d'une relation. Ainsi, la communication professionnelle en médecine implique la capacité à, d'une part, échanger de l'information et, d'autre part, établir une relation avec son interlocuteur en utilisant des moyens tels que la parole, le geste, l'écriture ou des supports techniques comme le téléphone, l'ordinateur, l'Internet, les courriels, etc. La communication interpersonnelle réussie, dans une relation professionnelle, suppose une coopération entre les participants. Elle repose sur (46) :

- 1) la maîtrise d'un répertoire de comportements communicationnels
- 2) la capacité d'adaptation aux différents interlocuteurs et aux contextes communicationnels
- 3) la capacité à atteindre ses buts professionnels et relationnels d'une manière compatible avec les buts et besoins du patient ou de tout autre interlocuteur rencontré dans l'exercice de ses fonctions.

Les étudiants estiment important d'agir en professionnel : « *après je pense qu'il faut savoir rester professionnel* » (S1). Le professionnalisme d'un médecin étant l'ensemble de valeurs, de connaissances, d'attitudes que ce praticien met en œuvre dans l'accomplissement de son travail. Il s'agit véritablement d'une démarche éthique. L'expert professionnel est capable de résoudre des problèmes complexes où des conflits de valeurs peuvent être en jeu. Ainsi, parallèlement à l'acquisition des compétences biomédicales, ceci requiert un apprentissage de la communication, de la relation médecin-patient et de l'éthique médicale, à côté d'enseignements classiques parmi lesquels nous pouvons citer ceux de la déontologie, du droit médical ainsi que les modalités pratiques de l'exercice professionnel et de la formation continue (47).

L'entretien médical a fait l'objet de nombreuses études et sa structure a été codifiée surtout pour donner aux étudiants et aux médecins une grille indicative visant à garantir son bon déroulement. Divers auteurs, surtout l'approche de Calgary-Cambridge, ont donné un descriptif détaillé de la structure de la consultation médicale, en insistant sur les aspects de la relation médecin-patient. Les habiletés communicationnelles c'est-à-dire un répertoire de stratégies propre à chaque phase de la consultation et à employer en fonction de la particularité de chaque situation, y sont divisées en trois catégories : habiletés de contenu (savoir médical), de processus (structuration de la consultation et construction de la relation) et émotionnelles (attitudes et gestion des émotions du médecin). Dans le guide de Calgary-Cambridge, l'entretien médical est constitué de deux tâches transversales, à développer tout au long de la consultation, et de cinq tâches séquentielles dont la première est de commencer l'entrevue. Nous retrouvons dans le détail de ce guide (ANNEXE 3) la plupart des items retrouvés dans l'analyse de nos entretiens. Nous pouvons donc en conclure que les étudiants apprennent à l'observation de leurs modèles des attitudes relationnelles et des stratégies de communications, jugées comme relevant d'une « bonne » relation médecin-patient validée.

Figure 2: Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale



E. Avis des étudiants sur leur enseignement à la relation médecin-patient

Selon une étude (24), 76.5 % des internes ont rencontré des difficultés relationnelles et, 72% d'entre eux ont déclaré que l'enseignement universitaire qui leur a été délivré n'était pas adapté à leurs besoins. Dès lors que la relation médecin-patient, tout comme le raisonnement clinique et les gestes techniques, n'est plus perçue comme une habileté innée ou comme une dimension personnelle mais plutôt comme une compétence professionnelle à acquérir lors de la formation, il devient obligatoire d'en envisager l'enseignement et l'apprentissage. La prépondérance des problèmes de communication, identifiée dans le cadre des plaintes déposées contre les médecins, est vraisemblablement un indice de la nécessité d'améliorer l'enseignement de cette dimension (48). Ceci semble désormais faire l'objet d'un large consensus mais doit encore se développer au sein des facultés (25).

Les données issues du rapport établi par le Pr Sautron (UFR de Nice), qui ont été exposées les 12 et 13 Octobre 2002 lors du Congrès Balint d'Avignon, présentaient les différentes pratiques et programmes d'enseignement de la relation médecin-patient en France. Nous avons résumé ces données actualisées en 2011 (49) (ANNEXE 4). Ce catalogue des différents modes d'enseignement à la relation des facultés de médecine en France est frappant par son manque d'uniformité, tant sur la méthode que sur le contenu. 70% des départements de médecine générale (DMG) avaient choisi un enseignement spécifique allant de 3 et 36 heures de formation avec une moyenne 13 heures ; soit en enseignement ponctuel soit en enseignement s'inscrivant dans la durée (7) .

Tous les étudiants interrogés ont souvenir et ont conscience qu'un enseignement dans le domaine de la relation médecin-patient leur a été donné au cours de leurs études. Ils retrouvaient plus ou moins facilement, selon leurs souvenirs, divers traces d'enseignement théorique qu'ils ont eu au cours de leur cursus que ce soit en 1er cycle et 2ème cycle mais ce sont des souvenirs lointains et purement théoriques. Certains ont souvenir de cours plus orientés vers la pratique en 2ème cycle. Un étudiant rapportait même la participation à des groupes Balint organisés par sa faculté. C'est surtout en 3ème cycle pendant leur DES de médecine générale qu'ils exprimaient avoir reçu le plus d'enseignement théorique dans ce domaine, par exemple lors de séminaire consacré à ce thème : « *c'est le premier semestre, on a le séminaire sur la relation médecin malade où on commence à nous parler des questions ouvertes, de laisser les temps de pause* » (S2).

Beaucoup d'étudiants ont rapporté qu'il leur a été nécessaire d'acquérir une certaine maturité pour commencer à appréhender la relation médecin-patient et en mesurer tout l'intérêt et l'enjeu. Ceci leur était impossible avant l'internat et la mise en autonomie. Maintenant qu'ils arrivent en fin de cursus, ils font seulement le lien aux cours qu'ils ont eu par le passé. Auparavant, cela leur paraissait abstrait et sans intérêt en regard de la masse d'information qu'ils devaient intégrer pour passer leur concours de première année puis celui de l'internat : « *Jusque-là toute la théorie sur toute la relation médecin malade, euh bah, ça restait de la théorie et je ne voyais pas comment on pouvait le mettre en pratique.* » (S2). La formation pour l'examen classant national (ECN) ne semblait pas favoriser le travail de développement des habiletés relationnelles.

Pour tous, la plus grande leçon qu'ils ont reçue pour leur apprentissage à la relation médecin-patient est celle du terrain. Que ce soit à l'observation de leur senior mais aussi des collègues paramédicaux. Que ce soit en supervision directe ou par leur propre expérimentation. Véritablement, le terrain a forgé leur identité comportementale. Il semblait établi que le moment du stage chez le praticien est un moment privilégié d'enseignement. Pour beaucoup, le stage en lui-même est l'outil de formation principal. Cependant, pendant ce stage, la formation reste médecin dépendant. Il est nécessaire d'organiser un temps complémentaire, sans le maître de stage, afin que l'étudiant puisse prendre le recul nécessaire à la recherche de sa propre pratique.

Une étude libanaise nous a paru intéressante à mettre en contraste avec nos propres résultats. Dans celle-ci (50), 131 médecins ont répondu à un questionnaire sur la relation médecin-patient. Les médecins avaient des attitudes très positives envers les techniques de communication avec un score moyen des attitudes de 52,9 sur un total de 60 et une perception plutôt négative de l'enseignement actuel des techniques de communication aux étudiants de médecine avec un score moyen des perceptions de 14,8 sur un total de 35. Plus de la moitié des médecins avaient estimé que la performance des étudiants dans les différents domaines de la communication médicale était faible. Il était conclu que l'attitude positive que les médecins de la faculté de médecine ont exprimée et leur perception négative de l'enseignement actuel concernant la communication médicale, invitaient à envisager l'instauration d'un programme d'enseignement des techniques de communication s'appuyant sur l'adhésion des médecins à ce programme. Ce constat est paradoxal car ces médecins n'ont probablement pas eu plus d'enseignement voir moins que leurs étudiants et ils ne sont pas pour autant de mauvais médecins, ils semblent compétents en technique de communication et y adhèrent volontiers. Ils l'ont donc bien développé et appris à un moment donné et c'est probablement comme le

montre notre étude sur le terrain. Même en l'absence d'enseignement théorique dédié, les étudiants apprennent à avoir un comportement relationnel jugé bon, qu'ils ont développé à l'observation des comportements de leur médecin senior, agissant en bon modèle de rôle, sans en avoir forcément conscience. L'établissement d'une relation médecin-patient de qualité est une partie essentielle de la rencontre soignant soigné qui permet, au terme de l'entrevue, d'obtenir un niveau de satisfaction maximale des deux parties. Il est établi que la majorité des plaintes des patients envers les médecins naissent d'un problème de communication. La communication professionnelle dans le domaine de la santé fait appel à des habiletés qui ne sont pas innées et qui doivent être acquises. La compétence à communiquer de façon efficace ne s'acquière pas seulement par l'expérience. Elle peut être enseignée puis approfondie et enrichie par la pratique auprès des patients, consolidée par des nouvelles rencontres qui constituent toujours des scénarios uniques (51).

Des étudiants ont évoqué une certaine réticence à l'enseignement théorique de la relation médecin-patient, qui pourrait altérer l'authenticité de ce colloque singulier. Ce reproche est retrouvé dans la littérature de la part de plusieurs professionnels de santé. Cette opposition entre authenticité et apprentissage des techniques de communication n'a guère de sens. Le but de l'apprentissage des techniques relationnelles est d'améliorer l'écoute et d'éviter certaines attitudes néfastes au rapport thérapeutique. Ainsi, s'il est important d'être présent, authentique, à l'écoute, il est tout aussi souhaitable d'être formé aux techniques relationnelles. Ces techniques font l'objet d'un apprentissage conscient avec mises en pratique. Elles sont ensuite intégrées, c'est-à-dire oubliées, laissant alors le champ à l'authenticité et à la spontanéité (52).

Si l'ensemble des étudiants de notre étude n'ont pas forcément été satisfaits de leur enseignement à la relation médecin-patient, tous se sentaient à l'aise au quotidien. Néanmoins, ils exprimaient avoir toujours certaines difficultés dans les situations plus complexes qui entrent dans le cadre du domaine psychologique (annonce de maladie grave, deuil, détresse psychique, dépression ...). Plusieurs étudiants se disaient intéressés par une formation complémentaire dans ce domaine. Durant les entretiens, les étudiants ont été particulièrement loquaces, sans nécessité de relance, il fallait même parfois les recadrer. Cela témoigne à notre avis du fait que nous nous sommes intéressés à des situations de leur propre vécu qui les avaient marqués. Tous ont apprécié l'entretien et son thème, ce qui montre un intérêt évident des étudiants pour le sujet de la relation médecin-patient. Certains ont même fait part de leur contentement une fois le microphone éteint en fin de rencontre. Cela rejoint une étude qui a montré l'intérêt et l'efficacité de l'enseignement de la relation médecin-

patient par le travail sur cas cliniques issus de l'expérience des étudiants. Il avait lieu en situation groupale, employant les méthodes du groupe de parole et du jeu de rôle, co-animé par un binôme enseignant constitué par un médecin et un professionnel de psychologie clinique (53). Ce type d'enseignement devrait être harmonisé au sein des facultés françaises.

L'efficacité des formations à des techniques relationnelles dans le cadre de la prise en charge de la souffrance psychologique par le médecin généraliste a fait l'objet en 2000 d'une méta-analyse (52). Celle-ci portait sur des travaux répondant aux critères de la médecine basée sur les preuves. Elle montrait l'impact positif des formations à la relation sur la qualité de la prise en charge par le généraliste. Par ailleurs elle établissait formellement qu'aucune des approches inspirées des différents courants de thérapie (thérapie cognitivo-comportementales, psychodynamique, systémique, Balint, etc.) n'a fait la preuve de sa supériorité en termes d'efficacité. À l'issue de ce travail, il est toutefois prouvé que la qualité de la prise en charge dépend constamment de la capacité du médecin à :

- Etablir un rapport satisfaisant avec le patient.
- Développer une compréhension partagée du problème.
- Promouvoir un changement positif du comportement.

Malgré ses limites, notre travail semble démontrer que les étudiants accordent une place importante à un enseignement portant sur la relation médecin-patient, si celui-ci est intégré à un stage permettant une mise en application, et donc une contextualisation. Il confirme également la nécessité de poursuivre cet enseignement tout en l'adaptant aux besoins des étudiants, surtout à l'intérêt et à la faisabilité (54).

THESE SOUTENUE PAR M. Brice LACROIX

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

A notre connaissance, notre étude était la première qui explorait ce que les étudiants ont appris de la relation médecin-patient par l'observation du comportement de leurs médecins seniors sur le terrain. Les résultats de cette étude ont montré que le curriculum informel au cours des études médicales a une influence importante et positive sur le développement de la relation médecin-patient des étudiants. Les internes, en observant leurs seniors, ont découvert des habiletés relationnelles qu'ils ont mûri, telles que l'empathie ou l'absence de jugement de valeur. Ils ont développé leurs techniques de communications comme l'écoute active, l'utilisation de questions ouvertes. Ils ont reconnu la dimension inconsciente et émotionnelle de la relation. Les enseignants cliniciens étaient des exemples vivants de ce que voulaient devenir les étudiants. Ils jouaient ce que l'on appelle en pédagogie médicale des "modèles de rôle". Les modèles sont particulièrement importants lorsque les buts poursuivis sont très abstraits ou complexes et qu'ils peuvent difficilement être compris par les étudiants à partir des descriptions textuelles. Le modèle de rôle est la première méthode par laquelle les enseignants cliniciens essaient consciemment ou inconsciemment d'enseigner l'aspect humain du soin médical. Certains enseignants pouvaient jouer le rôle de contre modèle, que les étudiants pouvaient critiquer, tout en comprenant certaines attitudes négatives évaluées comme défensives.

Malgré les mises en garde d'un certain nombre d'auteurs quant aux curriculum informel, caché et à leurs effets néfastes, notre étude rappelle que les étudiants apprennent nombre de compétences jugées comme bonnes à l'observation de médecins qui souvent, présentent d'évidentes qualités humaines. Il faut des enseignants cliniciens formés qui aient conscience de leur statut implicite de modèle de rôle, qu'ils le veuillent ou non. Ce modèle de rôle informel au départ, doit passer à un niveau de formalisation explicite dans le cadre de l'enseignement et de la maîtrise de stage. En tout cas il est rassurant de voir l'intérêt porté par les étudiants interrogés sur le sujet. Même si notre étude n'est pas représentative de la population générale, on peut émettre l'hypothèse que cette opinion est partagée par un certain nombre d'étudiants. Il serait intéressant de comparer ces résultats d'entretiens d'internes en médecine générale avec ceux d'autres spécialités hospitalières ainsi que d'étudiants plus jeunes en second cycle.

Bien que des nouvelles exigences imposent la mise en place d'enseignements formels et spécifiques dans les cursus, elles appellent surtout, selon nous, une réflexion approfondie concernant la formation à la pratique clinique relationnelle. Durant cette partie de la formation, qui s'étend sur plusieurs années, l'ensemble des compétences relationnelles sont graduellement développées et mises en action quotidiennement. Il importe donc de porter une attention particulière aux contenus et à la manière dont se fait cet enseignement au cours de la formation clinique. De plus, la prépondérance des problèmes de communication, identifiée dans le cadre des plaintes déposées contre les médecins, est vraisemblablement un indice de la nécessité d'améliorer l'enseignement de cette dimension. Il semble important de développer la réflexivité des étudiants quant à leur propre expérience relationnelle observée et vécue au cours de leur cursus, par exemple au sein de groupes de parole médiés par des médecins séniors formés à la communication et des professionnels en psychologie.

Au milieu des considérables progrès des techniques médicales et, si l'on peut dire, malgré eux, la relation médecin-patient demeure le socle de l'exercice médical. Le praticien de médecine générale se doit de tenir à jour ses connaissances biomédicales, mais il ne peut oublier que la médecine est une science humaine et donc pétrie de relationnel.

Vu, Le Doyen de la Faculté
de Médecine et de Maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux



Carole BURILLON

Le Président de la Thèse
(Nom et signature)

A. Horane

Vu et Permis d'imprimer
Lyon, le 18/12/2013

Vu, le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

BIBLIOGRAPHIE

1. Payne LM. « Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours ». *Br Med J.* 7 oct 1967;4(5570):47-48.
2. Tosteson DC. Learning in medicine. *N Engl J Med.* 27 sept 1979;301(13):690-694.
3. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1 mai 1995;152(9):1423-1433.
4. Boulé R, Girard G, Clavet D, Bernier C. Stratégies d'animation de groupe sur la communication patient-médecin-famille. *Pédagogie médicale.* oct 2000;1(1):13-22.
5. Comité Consultatif National d'Ethique, Consentement éclairé et informations des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche. Septembre 1998 Rapports et Recommandations N° 58.
6. Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la 2e partie du second cycle des études médicales. *Journal officiel de la république française* No 241 (17 octobre 2000).
7. Minel S. Enseignement de la relation médecin-malade : état des lieux et proposition d'un outil d'évaluation [Thèse d'exercice]. [France]: Université René Descartes (Paris); 2001.
8. Bourreau S. Formation à la relation médecin-malade en troisième cycle des études médicales de médecine générale: évaluation d'une formation Balint [Thèse d'exercice]. [France]: Université René Descartes (Paris). Faculté de médecine Necker enfants malades; 2005.
9. Steward M, Belle Brown J, Weston WW, Mc Whinney IR, Mc William CL, Freeman TR. Patient-centered medicine. USA: Sage Publications; 1995.
10. Gay B. La Formation Balint dans les études médicales. <http://www.balint-smb-france.org/>.
11. Moreau A. Selon quels critères de qualité évaluer la relation médecin/malade ? *Rev Prat Med Gen.* 1999;477:1835-8.
12. CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2010.
13. WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/Family Medicine) (Prepared for), The European definition of general practice/family medicine. 2002.
14. Rouy JL, Pouchain D. Relation médecin/malade et médecine générale. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris) AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 1 – 0025, 2003, 6 p.
15. Satterfield JM, Hughes E. Emotion skills training for medical students: a systematic review. *Med Educ.* oct 2007;41(10):935-941.
16. SFMG. Le Groupe de Pairs en médecine générale. Modalités de fonctionnement et typologie des participants en 2001. Documents de Recherche en Médecine Générale, 2001.
17. Morton-Cooper A, Palmer (eds). Mentorship, preceptorship and clinical supervision : a guide to professional support roles in clinical practice. 2^e edn. Oxford : Blackwell, 2000.
18. Widmer D, Jollien A. Quand l'empathie va, tout va. Entretiens avec Alexandre Jollien sur la complexité en médecine : deuxième entretien. *Primary Care* 2009 ; 9 (11) : 213-14.
19. Cayer S, St-Hilaire S, Boucher G, Bujold N. La supervision directe. Perceptions d'ex-résidents en médecine familiale. *Can Fam Physician* 2001 ; 47 : 2494-99.

20. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Bibliothèque scientifique Payot, 1957.
21. Berton F. Le psychodrame Balint. Enseignement ? Apprentissage ? Champ Psychosomatique 1998 ; 14 : 55-60.
22. Caïn Anne. Le psychodrame Balint, méthode, théorie et applications. Grenoble : La pensée sauvage, 1994.
23. Blanchet A et Gotman A. L'enquête et ses méthodes - L'entretien. 2ème édition Paris: Armand Colin; 2007.
24. Bismuth S, Stillmunkes A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain J-C. Formation initiale à la relation médecin/patient: Enquête auprès d'internes en médecine générale. Médecine. 7(8):381-385.
25. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie médicale. mai 2005;6(2):98-111.
26. Kenny NP, Mann KV. See one, Do one, Teach One : Role Models and the Can MEDS Competencies. Annals RCPSC 2001 ; 34 : 435-438.
27. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Acad Med. nov 1994;69(11):861-871.
28. Lynoe N, Löfmark R, Thulesius HO. Teaching medical ethics: what is the impact of role models? Some experiences from Swedish medical schools. J Med Ethics. avr 2008;34(4):315-316.
29. Maheux B, Beaudoin C, Berkson L, Côté L, Des Marchais J, Jean P. Medical faculty as humanistic physicians and teachers: the perceptions of students at innovative and traditional medical schools. Med Educ. août 2000;34(8):630-634.
30. Rezler AG . Attitude Changes During Medical School: A Review of the Literature. J Med Educ 1974 ;49:1023-1030.
31. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Acad Med. août 2011;86(8):996-1009.
32. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. Med Educ. juin 2002;36(6):568-574.
33. Bowen JL, Carline J. Learning in the social context of ambulatory care clinics. Acad Med. mars 1997;72(3):187-190.
34. Wright SM, Ca r rese JA. Excellence in role modelling :insight and perspectives from the pros. CMAJ 2002;167 : 638-643.
35. Weissmann PF, Branch WT, Gracey CF, Haidet P, Frankel RM. Role modeling humanistic behavior: learning bedside manner from the experts. Acad Med. juill 2006;81(7):661-667.
36. Côté L, Leclère H. How clinical teachers perceive the doctor-patient relationship and themselves as role models. Acad Med. nov 2000;75(11):1117-1124.
37. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med. avr 1998;73(4):403-407.
38. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. BMJ. 2 oct 2004;329(7469):770-773.
39. Perrenoud Ph. Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. Dans :

Lhez P., Millet D., Seguier B. (dir). Alternance et complexité en formation. Paris : Éd. Seli Arslan, 2001 : p. 10-27. 2001.

40. Schön DA, Heyneman J, Gagnon D. Le praticien réflexif. Logiques Editions; 1997. 418 p.
41. Le Boterf G. Développer la compétence des professionnels. Construire les parcours de professionnalisation. Paris: Editions d'Organisation; 2002.
42. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. 2006. « Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires ». La Presse Médicale 35 (6, Part 1) (juin): 967-973.
43. Moreau A, Dedianne MC, Sarrassat L, Hauzanneau P, Labarère J, Terra JL. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients Étude qualitative par la méthode du focus group. Rev Prat Med Gen. Dec 2004;tome 18; 674-675.
44. Bonnetblanc J-M, Sparsa A, Boulinguez S. Le « bon médecin » : enquête auprès des patients. Pédagogie médicale. août 2006;7(3):174-179.
45. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Pédagogie Médicale. 7 mars 2011;11(3):151-165.
46. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale. 13 avr 2011;11(4):255-272.
47. Barrier JH, Brazeau-Lamontagne L, Colin R, Quinton A, Llorca G, Ehua FS. La formation au professionnalisme des futurs médecins. Recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF. Pédagogie médicale. mai 2004;5(2):75-81.
48. Lussier MT, Millette B, Richard C, Firket P, Fostier P, Sommer J. Groupe de travail sur l'enseignement de la communication professionnelle médecin-patient. Pédagogie médicale. 2007;8(2):122.
49. Cherif Beck S. La relation médecin-patient et la formation initiale : l'expérience des groupes Balint pour étudiants de 3ème cycle. Enquête auprès des étudiants en médecine générale de Strasbourg et étude qualitative par entretiens d'étudiants de groupes Balint juniors [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg; 2011.
50. Rizk GA, Khoury ÉE, Hage CN. Attitudes et perceptions des médecins d'un hôpital universitaire du Liban à l'égard de l'enseignement et de l'apprentissage des habiletés de communication. Pédagogie Médicale. 18 mars 2009;10(1):7-17.
51. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie médicale. mai 2004;5(2):110-126.
52. Auger J, Puichaud J, Rochelle L. Comment améliorer la relation médecin-malade? Rev Prat Med Gen. 6 jan 2004;636.
53. Even G. Enseigner la relation médecin-malade : Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. Pédagogie médicale. août 2006;7(3):165-173.
54. Bonnaud A, Pottier P, Barrier JH, Dabouis G, Planchon B, Mouzard A. Évaluation d'un enseignement concernant la relation médecin-patient auprès des étudiants de deuxième et troisième années des études médicales à la faculté de médecine de Nantes. Pédagogie médicale. août 2004;5(3):159-166.

ANNEXES

ANNEXE 1: Le guide d'entretien

- 1) « Qui est-tu ?» (âge, sexe, lieu d'externat, Semestre en cours, stage actuel, remplacements déjà effectués)
- 2) « Je t'avais demandé si tu pouvais réfléchir à 2 situations dont tu as été le témoin, en rapport avec la relation médecin-patient, et qui t'auraient marqué. Peux-tu me les raconter ? »
- 3) « En quoi cela t'a marqué ? »
- 4) « Est-ce que tu en avais déjà parlé à quelqu'un ? » Si oui ou non: “Pourquoi ?”
- 5) « Quels enseignements a tu tiré de cette situation ? »
- 6) «En quoi cela a-t-il été utile pour ta pratique ? »
- 7) « En quoi cela a-t-il modifié ta pratique ? »
- 8) « Tout ce que tu m'as dit est-ce que tu en avais conscience avant que l'on en parle ? »
- 9) « Comment te perçois-tu dans la relation médecin-patient ? »
- 10) « Qu'as-tu eu comme enseignement à la relation médecin-patient ? »
- 11) « Qu'est ce qui t'a été le plus utile durant tes études concernant ton apprentissage de la relation médecin-patient ? » Si oui ou non: “Pourquoi ?” “Et dans l'avenir ?”
- 12) « Aimerais-tu avoir au cours des études une formation spécifique plus approfondi sur la relation médecin-patient ? » Si oui ou non: “Pourquoi ?” “Et dans l'avenir ?”

Note: Les questions 2 à 7 sont posées deux fois car elles explorent successivement les deux situations relatées par l'étudiant.

ANNEXE 2: Habilétes relationnelles repérées dans notre étude

Aspects relationnels :

- Repérer le motif caché, décrypter les demandes du patient
- Inclure les proches dans la relation mais savoir recentrer sur le patient
- Instaurer un climat de confiance
- Créer une alliance thérapeutique
- Entretenir une relation sans jugement de valeur
- Entretenir une relation adaptée
- Optimiser ses prescriptions par de meilleures relations
- Faire son deuil du médecin tout puissant
- Considérer le patient dans sa globalité (holistique)
- Respecter le secret médical
- Entretenir une relation empathique
- Entretenir une relation professionnelle
- Savoir s'affirmer et gérer l'incertitude

Attitudes médicales lors des consultations :

- Laisser s'exprimer
- Accompagner les patients dans la découverte de leurs propres solutions
- Rassurer
- Répondre aux questions
- Savoir recadrer
- Etre franc, sans tabou
- Accompagner le patient pas à pas en reconnaissant les limites de ce que le patient veut et peut savoir
- Hiérarchiser les problèmes
- Savoir dire « non »

Communication et techniques de communication :

- Pratiquer l'écoute active
- Reformuler et relancer
- Pratiquer le renforcement positif
- Ne pas négliger l'importance du non verbal
- Prévoir un environnement de rencontre calme
- Poser des questions ouvertes
- Respecter les silences
- Expliquer et reexpliquer clairement
- Choisir les mots
- Pratiquer la métacommunication

La gestion du temps :

- Savoir prendre le temps
- Gérer son emploi du temps
- Etre disponible
- Inscrire la relation dans le temps

Reconnaitre la dimension inconsciente et émotionnelle de la relation :

- Gérer l'image que nous renvoyons et le transfert
- Gérer ses sentiments et le contre transfert
- Développer sa connaissance de soi et repérer ses limites
- Prendre conscience des différences entre les représentations du patient et du médecin

ANNEXE 3: L'enseignement à la relation médecin-patient en France

Les données issues du rapport établi par le Pr Sautron (UFR de Nice), qui ont été exposées les 12 et 13 Octobre 2002 lors du Congrès Balint d'Avignon, présentent les différentes pratiques et programmes d'enseignement de la relation médecin-patient en France. Nous avons résumé ces données actualisées en 2011 (49).

A. Premier cycle

L'enseignement est assez uniforme et comporte essentiellement des heures de cours magistraux en « Santé, Société, Humanité» ou “Sciences Humaines et Sociales » lors de la première année des études de santé.

En 2ème année, il est dispensé dans certaines Facultés un module de « Psychologie médicale ». Il s'agit de cours magistraux ou enseignement dirigés : ces cours sont dispensés souvent par des psychiatres mais la participation des généralistes enseignants semble en augmentation. Ce sont des cours théoriques ciblés. A Lyon un cours abordant le “raisonnement clinique en médecine générale” introduit la notion de relation médecin-patient.

B. Deuxième cycle

Lors du deuxième cycle, différents modules du programme d'enseignement sensibilisent à la relation de soins et sont agencés de façon variable selon les universités :

-Module de « Psychologie médicale » en DCEM1 (Strasbourg, Angers), réalisé soit par des psychiatres, soit par des généralistes enseignants : « le savoir- pouvoir, les différents types d'entretien, favoriser les liens entre psyché et soma... ».

-Module « Apprentissage de l'exercice médical » encadré souvent par des généralistes enseignants et ou des psychiatres, dispensé en DCEM1, DCEM2 (Cochin, Paris V et Nice), ou DCEM3 (Strasbourg) : « les enjeux de la consultation, annonce de mauvaise nouvelle, identifier les éléments en jeu dans la relation, pistes pour s'améliorer... ».

-Module « Douleurs, soins palliatifs, mort, accompagnement, anesthésie » en DCEM2.

-Séminaire de « Pratique de la Médecine Générale » en DCEM2 ou DCEM3.

-Enseignements complémentaires optionnels théoriques proposés de la DCEM1 à la DCEM3: « Psychologie médicale », « Médecine psychosomatique », « Cinéma, Littérature et Médecine », « Médecine Générale » (universités de Strasbourg, Paris V, Pierre et Marie Curie).

-Stage d'externat auprès du médecin généraliste (obligatoire dans toutes les Facultés depuis 2008) avec la réalisation d'un carnet de bord de l'externe.

-Groupes de type Balint à Rennes dans l'option de « Psychologie médicale » de DCEM3 (avec possibilité de participer à des groupes Balint ou de psychodrames Balint). A Angers dans l'option de « Sciences Humaines » ou à Paris V au sein de l'option « Formation à la relation thérapeutique ». Le plus souvent, cet enseignement est proposé sur la base du volontariat, c'est le cas à la Pitié Salpêtrière. Dans quelques UFR il s'agit d'une séance d'initiation. Pour d'autres, les étudiants participent à des séances en ville avec leur maître de stage.

-Groupes de parole optionnels à Lyon et Rennes. Cet enseignement est souvent basé sur le volontariat. L'expérience a été menée à Cochin puis arrêtée faute de participants. A Lyon dans le cadre du certificat de médecine générale, trois groupes de parole sont proposés aux étudiants. Cette expérience semble pour l'instant concluante.

-Jeux de rôles proposés dans certains modules optionnels notamment de « Psychologie médicale » (Paris XII, Créteil).

C. Troisième cycle

En 3eme cycle, la formation à la relation de soins est principalement fondée sur un enseignement transversal tout au long du DES de médecine générale. Celui-ci est ponctué par différentes animations en petits groupes:

-Jeux de rôles (Paris XII Créteil et Paris VII).

-GEAP (groupe d'échange et d'analyse de pratique) obligatoire lors du SASPAS (Paris XII Créteil) ou pendant les semestres d'hiver pour tous les internes (Montpellier), ou pendant tout le 3è cycle à Lyon.

-Groupes de pairs obligatoires pendant le SASPAS (Paris VII).

-Tables rondes de médecine générale (Dijon).

-Supervision directe en stage praticien (toutes les universités).

-Supervision indirecte ou « débriefing » du SASPAS (toutes les universités)

-Groupes Balint : certains départements de médecine générale intègrent les groupes Balint à leur enseignement, notamment à la faculté de Paris Descartes (Paris V), les groupes Balint sont obligatoires pour le DES de médecine générale pendant le stage ambulatoire, ou facultatif à Paris Diderot (Paris VII). Ils sont proposés aussi en initiation à Bobigny (Paris XIII) depuis 1980, à Créteil (Paris XII), à Rennes, à Lyon et à Strasbourg. Certains groupes Balint sont sur la base du volontariat : à Angers un après-midi par semestre, à Lariboisière quelques séances sont proposées, à Nice c'est la participation à des groupes en ville avec les maîtres de stages, à Broussais l'expérience a été arrêtée devant le manque de participation des étudiants et un problème de financement.

-Psychodrame Balint optionnel pendant le SASPAS depuis 2008 (Paris V).

-De nombreux cours sous forme de séminaires sont dispensés. A Lyon par exemple un séminaire intitulé “l'approche centrée sur le patient” est obligatoire mais d'autres séminaires sont également proposés à savoir les séminaires “éthique au quotidien”, “la relation médecin malade”, “fin de vie” et “l'erreur médicale”. Des journées d'études à Lyon sont obligatoire pendant le stage praticien et font souvent référence au domaine relationnel, notamment la journée “dépression et crise suicidaire”. A Necker, un module complet est proposé, s'intitulant: « Savoir être : formation à la relation et à la communication ». Les objectifs en sont les suivants : “Repérer ses comportements de toute puissance à travers le pouvoir et la fonction. Réfléchir aux problèmes de la distance thérapeutique face aux besoins fusionnels de certains patients. Reconnaître les signes de souffrance du patient”.

-Des groupes de paroles sont également proposés : à Bobigny le groupe se réunit sur 7 séances tous les 15 jours et discute sur des cas concrets du stage. Les « leader » du groupe sont deux généralistes enseignants de sexe opposé. A Cochin un vendredi par mois pendant le stage chez le praticien. Sont évoqués les aspects relationnels avec les patients et le ressenti au cours du stage. A Créteil 4 séances par semestre sont organisées dont une obligatoire, est encadrée par un médecin généraliste et un psychanalyste. A Broussais ainsi qu'à Bichat : une séance est obligatoire. A Nice : il s'agit d'étudiants volontaires.

D. Conclusion

Ce catalogue des différents modes d'enseignement à la relation des facultés de médecine en France est frappant par son manque d'uniformité tant sur la méthode que sur le contenu. 70% des DMG (département de médecine générale) ont choisi un enseignement

spécifique assurant en moyenne 13 heures de formation qui varient entre 3 et 36 heures, soit en enseignement ponctuel soit en enseignement s'inscrivant dans la durée (7) .

Pour tous, il semble cependant établi que le moment du stage chez le praticien est un moment privilégié d'enseignement. Pour beaucoup, le stage en lui-même est l'outil de formation principal. Cependant pendant ce stage, la formation reste médecin dépendant. Il est nécessaire d'organiser un temps complémentaire sans le maître de stage afin que l'étudiant puisse prendre le recul nécessaire à la recherche de sa propre pratique.

La méthode des cours magistraux reste un outil satisfaisant pour l'enseignement de la psychologie médicale en 1er cycle. Les techniques par petits groupes sont privilégiées pendant le 3eme cycle (jeux de rôle, groupes Balint).

ANNEXE 4: Guide Calgary-Cambridge

Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication[#]

© Ce document est couvert par les lois et règles touchant les droits des auteurs.

Sur toute reproduction, mentionnez les auteurs en les citant tel qu'ils le sont à la fin du présent guide

I - DÉBUTER L'ENTREVUE

A - Préparer l'entrevue

B - Établir le premier contact (l'accueil)

1. Le médecin salue le patient et obtient son nom
2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue; obtient le consentement du patient, si nécessaire
3. Montre du respect et de l'intérêt; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue)

C - Identifier la (les) raison(s) de consultation

1. Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« *Quels problèmes vous amènent aujourd'hui?* » ou « *Qu'est-ce que vous souhaiteriez discuter aujourd'hui ?* »)
2. Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse
3. Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes (« *Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ?* »)
4. Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques

II - RECUEILLIR L'INFORMATION

A - Exploration des problèmes du patient

1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant)
2. Utilise la technique des questions ouvertes et fermées (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées)

3. Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause
4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation)
5. Relève les indices verbaux et non verbaux (langage corporel, discours, expression faciale...); offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord
6. Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : « *Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ?* »)
7. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit pour valider la compréhension qu'il en a; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires
8. Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé
9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début

B - Habilétiés additionnelles pour comprendre la perspective du patient

1. Détermine activement et explore adéquatement :
 - Les idées du patient (→ ses croyances sur les causes)
 - Ses préoccupations (ses craintes) concernant chaque problème
 - Ses attentes (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème)
 - Les impacts : comment chaque problème affecte sa vie
2. Encourage le patient à exprimer ses émotions

III - STRUCTURER L'ENTREVUE

A - Rendre explicite l'organisation de l'entrevue

1. Fait un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape

- Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant **verbalement les transitions**; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section

B - Prêter attention au déroulement de l'entrevue

- Structure l'entrevue selon une séquence logique
- Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir

IV - CONSTRUIRE LA RELATION

A - Utiliser un comportement non-verbal approprié

- Affiche un comportement non verbal approprié
 - Contact visuel, expression faciale
 - Posture, position et mouvement
 - Indices vocaux → le débit, le volume, la tonalité
- Si lecture, écriture de notes ou utilisation de l'ordinateur, le fait d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation
- Affiche une confiance appropriée

B - Développer une relation chaleureuse et harmonieuse

- Accueille les points de vue et émotions du patient; n'adopte pas une position de juge
- Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile
- Fournit du support : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider, reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'« auto-soin » de son patient; lui offre de travailler en partenariat
- Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique

C - Associer le patient à la démarche clinique

- Partage ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager sa participation (par ex. : « ce que je pense maintenant, c'est... »)

- Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes
- Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission

V - EXPLIQUER ET PLANIFIER **

A - Fournir la quantité et le type adéquats d'information

- Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications
- Évalue les connaissances du patient : Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir
- Demande au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic)
- Donne l'information à des moments appropriés : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de hâtivement rassurer

B - Aider le patient à retenir et comprendre les informations

- Organise les explications : Divise l'information en parties logiquement organisées
- Utilise des catégories explicites; annonce les changements de thème (par ex. : « Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement... ». « Maintenant, abordons... »)
- Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information
- Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique
- Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants)
- Vérifie la compréhension du patient au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu; clarifie si nécessaire

C - Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient

1. Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises : Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient
2. Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer : l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes; y répond adéquatement
3. Relève les indices verbaux et non verbaux: Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions; est sensible aux signes de surcharge d'information; est attentif aux indices d'inconfort
4. Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions en lien avec les informations données et les termes utilisés; les reconnaît et y répond au besoin

D - Planifier : une prise de décision partagée

1. Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié : idées, processus de pensée, dilemmes
2. Implique le patient :
 - Offre des suggestions et des choix plutôt que des directives
 - Encourage le patient à partager ses propres idées, suggestions
3. Explore les différentes options d'action
4. S'assure du niveau d'implication souhaité par le patient dans les décisions à prendre
5. Discute d'un plan mutuellement acceptable
 - signale sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles
 - détermine les préférences du patient
6. Vérifie avec le patient
 - si l'est d'accord avec le plan
 - si l'on a répondu à ses préoccupations

VI - TERMINER L'ENTREVUE

A - Planifier les prochaines étapes

1. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin
2. Prévoit un « filet de sécurité », en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide

B - Préparer la fin de l'entrevue

1. Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins
2. Vérifie, une dernière fois, que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter

**** VII - EXPLICATIONS ET PLANIFICATION : OPTIONS SUR LE PROCESSUS ET LE CONTENU**

A - Si discussion à propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification

1. Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme spécifiquement le ou les problèmes
2. Révèle les raisons supportant les opinions exprimées
3. Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et long termes
4. Favorise l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations au sujet des opinions émises

B - Si élaboration conjointe d'un plan d'action

1. Discute des alternatives, par ex. : aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non pharmacologiques (physiothérapie, marchettes, solutés, psychothérapie, mesures préventives)

2. Fournit de l'information sur les interventions et traitements offerts :
 - noms
 - étapes des traitements; comment ils fonctionnent;
 - bénéfices et avantages;
 - possibles effets indésirables
3. Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bénéfices perçus, les obstacles, sa motivation
4. Reconnaît le point de vue du patient; plaide des points de vue alternatifs, au besoin
5. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet des plans et des traitements, incluant leur acceptabilité
6. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient
7. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome
8. Vérifie le soutien social dont bénéficie le patient et discute des autres supports sociaux disponibles

C - Si discussion d'investigations et de procédures

1. Fournit des informations claires sur les procédures, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, comment il sera informé des résultats
2. Fait le lien entre les procédures et le plan de traitement : importance, raisons
3. Encourage les questions et la discussion sur les craintes ou les résultats défavorables possibles

Références

Version originale anglaise :

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine (2nd edition)*. Abingdon (UK) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (*sous presse*).

Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. *Skills for communicating with patients (2nd edition)*. Abingdon (U-K) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (*sous presse*).

Version française :

Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT. *Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication*. In : Richard C, Lussier MT (éditeurs). *La communication professionnelle en santé*. Montréal, Canada : Les Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 2004 (*sous presse*).

[#] *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills* :

<<http://www.skillscascade.com>> ou <<http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources>>.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

ANNEXE 5: Entretiens

SUJET 1

Homme, 26 ans, marié, un enfant de un mois, 6^e semestre en SASPAS, pas de remplacement encore fait. Externat à Lyon. A fait stage praticien.

Rencontre à son domicile à 19h00

Durée 29min 49sec

Moi : Je t'avais demandé si tu pouvais réfléchir à 2 situations, une bonne et une mauvaise dont tu as été témoin, en rapport avec la relation médecin patient, et qui t'aurait marqué. On a qu'à commencer par la mauvaise.

Sujet 1 : Alors une mauvaise euh... c'est forcément sur la médecine générale ? Où ça peut être ailleurs ?

Moi : C'est hospitalier ou ambulatoire, ou ailleurs ! C'est comme tu veux !

Sujet 1 : Où je veux ... Alors il y a une qui m'avait marqué, c'est hospitalier, (*ton ironique:*) je vais être un peu chauvin ... J'étais externe à l'époque, c'était en rhumato, et la façon dont le médecin avait répondu à un patient qui avait un myélome très avancé et qui souffrait physiquement de ses métastases et tout, bon c'était un contexte un peu particulier car le type avait ... enfin... il était dépressif et avait des gros ennuis familiaux etcetera et c'est vrai que quand le patient s'était plaint de ses douleurs, il s'était fait rembarrer et le médecin lui avait dit : « Bah vous avez mal mais moi j'y peux rien c'est à vous de gérer votre douleurs » (*rit ironiquement*). J'avais trouvé ça un peu rude... bon... voilà.

(Il embraille sur bonne expérience donc je laisse, on reviendra plus tard sur mauvaise, et j'interrogerai séparément les 2 expériences dans les prochaines interviews)

Et d'autres bonnes communications... et bah ça y en a plein. Bah euh, j'avais une médecine chez qui j'étais interne en stage et qui faisait énormément de soutien psychologique et qui avait beaucoup de patients qui étaient en souffrance et elle les voyait très régulièrement, toutes les semaines en fait.

Moi : D'accord et c'était dans quel contexte ?

Sujet 1 : Bah c'était une médecine rurale, avec des gens tout venant hein.

Moi (je coupe car ce n'est pas le but de ma question) : C'était en stage prat ?

Sujet 1 : Ouais en stage prat quand j'étais interne, et j'avais pu une fois... il y avait eu une amorce en consultation chez quelqu'un, bon, pour qui la consultation avait été un petit peu longue - on avait un rythme un peu confortable à l'époque - et elle avait réussi à lui faire cracher qu'en ce moment elle allait pas bien, et voilà, elle arrivait à la faire adhérer d'elle-même au suivi, pour moi c'était une bonne expérience. Voilà.

Moi : D'accord, et qu'est ce qui t'a marqué dans cette expérience ?

Sujet 1 : Bah c'était euh bah déjà le temps passé, ça avait été une consulte qui avait duré, alors l'emploi du temps le permettait, alors ça c'était cool, et vraiment, le fait, c'est que c'est des consultations où le médecin il ne dit pas grand-chose, on est vraiment dans l'écoute active pure et ça suffit à faire adhérer au patient à un suivi. Au moins à ce qu'il revienne, qu'il y ait une amorce de quelque chose, alors que c'est des situations où des fois on a un peu du mal à avoir l'adhésion des patients qui eux sont un peu, euh, ils réclament des médicaments, des benzos, des somnifères, des trucs comme ça, alors que nous on aimerait bien les faire rentrer dans le temps de soin psychologique. Alors avec nos moyens à nous, on est pas psychologue, mais c'est vrai que..., elle avait cette faculté à être dans l'écoute qui était assez intéressante.

Moi : Et tu te souviens un peu comment elle faisait, qu'est ce qui faisait qu'elle ça marchait bien, ou que ça marchait mieux que d'autres médecins que tu aurais vu ?

Sujet 1 : Je crois que c'est uniquement une question de temps, franchement c'était du temps et savoir montrer que l'on est disponible, et pas clôturer la consultation par une bête ordonnance d'anxiolytique quoi. C'est vraiment, euh, elle était capable, euh, elle avait une prestance. C'était une médecin qui je pense..., les patients qui venaient la voir ils avaient une grande confiance en elle et vraiment ils savaient qu'elle était à l'écoute et je pense que les patients venaient aussi car il y avait eu du bouche à oreille et tout et, euh, voilà, elle avait une capacité à être en avant physiquement et les gens sentaient qu'elle s'intéressait à eux, à leur histoire, c'était bien.

Moi : Et quand tu dis qu'elle était présente physiquement c'est-à-dire ?

Sujet 1 : Bah elle savait se mettre en avant (*il se penche vers moi*), regarder le patient, pas regarder ou pianoter sur son ordinateur en même temps, vraiment établir un contact visuel, pour moi c'était assez édifiant, vraiment les gens disaient « Bah vous m'avez écouté, c'est déjà important » et tout, ça se ressentait beaucoup ça. J'avais vu même une patiente qui lui avait adressé un courrier et qui la remerciait pour son écoute en lui disant quelle était heureuse qu'il y ait quelqu'un qui ait compris qu'elle était dans une situation difficile et qu'elle savait bien que ça allait prendre du temps mais que, elle avait trouvé quelqu'un avec qui travailler, voilà.

Moi : D'accord. (Ironiquement :) Et donc elle arrivait à les faire sortir sans anxiolytique ?

Sujet 1 : Oui ou sur des durées courtes, mais la prescription du coup devenait assez rare et bien utilisée, c'est-à-dire, c'était vraiment présenté comme une béquille au patient, que oui quand ils ont des angoisses phénoménales, qu'ils tremblent, qu'ils pleurent tout le temps et tout... Et bah je pense qu'il ne faut pas diaboliser les médicaments, c'est des excellents médicaments, voilà, ça évitait de les lancer dans la spirale de la

dépendance, et on arrivait à (*pause*) ... Même je me rappelle d'une autre chez ce même médecin qui avait une liste de médicaments qui était absolument hallucinante, ça mêlangeait benzos, neuroleptiques etcetera et sur six mois finalement la patiente elle s'est améliorée. Moi je la voyais occasionnellement car elle aimait pas trop qu'il y ait l'interne et qu'elle voulait être suivi par la médecin, mais bon de temps en temps j'étais là quand même et je la voyais aller mieux et effectivement critiquer son ordonnance. Et elle m'a dit un jour « J'ai l'impression d'être une zombie avec tous ces médicaments », et donc voilà par une prise en charge régulière, c'était lourd hein, c'était des consultations d'au moins une demi heure toutes les semaines, systématiquement, ça revenait à heure fixe pendant six mois. Donc ça fait un paquet de consultations. Mais bon voilà, petit à petit cette patiente allait mieux, et c'est ça, nous, on faisait pas grand-chose en fait, elle venait, elle racontait, on essayait de lui faire trouver ses solutions et petit à petit elle s'est avancée, mais c'est vrai que ça avance à pas de fourmis, faut pas espérer des résultats tout de suite mais voilà je pense que c'est des beaux exemples de communication thérapeutique efficace.

Moi : Et quand tu la voyais travailler en temps que spectateur, et tu dis « voilà elle arrivait à lui faire trouver les solutions », et tu l'as vu utiliser au niveau communication (*pause*), enfin tu as remarqué certains outils ?

Sujet 1 : Ah bah oui oui, elle reformulait beaucoup, elle était, euh, et puis, euh, c'est ça, à aucun moment elle proposait des choses, ou vraiment quand il y avait des, euh, comment dire, des choses très évidentes, euh, même, elle proposait jamais rien, toujours elle soumettait au patient, euh en parlant de sa fille euh « Qu'est ce que vous pensez que votre fille elle ressent » ou alors « Qu'est ce que vous pourriez faire avec elle », jamais elle disait par exemple « Oh bah il faut que vous alliez faire du shopping avec votre fille ». Les solutions émanaient de la patiente et ça, je trouve que c'est presque de l'entretien motivationnel pour les sevrages, c'est laisser au patient trouver ses solutions, et je pense que c'est beaucoup plus efficace quand ça vient d'eux. Bon c'est sur que y a des situations où c'est pas du tout adapté, et où en temps que médecin on doit imposer des choses. Ce n'est pas au patient de trouver le traitement de sa pneumopathie, c'est évident. Mais je pense que dans toutes ces situations (*sous entendant d'ordre psychologique*), c'est là que la communication intervient beaucoup, c'est important que ce soit les patients qui trouvent comment résoudre leurs problèmes.

Moi : OK, merci. Je voudrai revenir à la situation négative hospitalière que tu m'as décrite. Tu te souviens, tu étais en qu'elle année ?

Sujet 1: En D4.

Moi : Et tu te souviens, c'était au moment du tour ou ... ?

Sujet 1 : Euh, non, c'était avant que parte le patient, ils le revoyaient systématiquement tous ensemble et, euh, tous ensemble alors c'était pas le truc où on était trente deux hein, il y avait, euh, un interne, deux externes et le médecin, c'était en comité on va dire assez correcte, pas le truc avec dix-sept externes, l'assistante et trois internes, les deux PH, les surveillantes, enfin bon ça gardait un climat assez positif d'autant plus que c'est l'interne qui s'occupait du médecin (*lapsus*), euh, du patient pardon, et les externes qui s'occupaient du patient, bon bah voilà, il nous connaissait tous personnellement, voilà c'était dans ce cadre là.

Moi : D'accord et donc toi ce qui t'a marqué dans cette situation c'est quoi ?

Sujet 1: Bah, une absence d'empathie totale quoi !

Moi : Ouais.

Sujet 1: Là, c'était un cas pour le coup où il fallait pas que le patient gère tout seul, c'était un type qui souffrait authentiquement, autant physiquement et mentalement, donc c'était difficile, il vivait vraiment quelque chose de difficile et il fallait être un petit peu plus attentionné envers lui, et le patient d'ailleurs avait dit « Oui oui Docteur » avec un geste de recul, moi je sentais qu'il craignait son médecin, et ça c'est pas ce qu'il faut.

Moi : Oui ça crain... et tu te souviens comment cela s'est fini ? Alors ça remonte c'est des vieux souvenirs, mais comment ça s'est fini, le patient finalement euh ...

Sujet 1 : Bah il est rentré chez lui, en plus c'était un patient que j'aimais bien pour le coup, j'avais fais de l'écoute active avec lui, et c'était un bon moment, et bah euh ça va, je pense que c'était un type qui avait suffisamment de recul pour comprendre que voilà, le PH ou le professeur de CHU, bon bah c'était pas auprès de lui qu'il allait se plaindre en fait, il était là pour gérer le côté technique du truc et je l'ai ressenti comme ça, peut-être que je me trompe hein mais euh, mais j'ai des souvenirs assez précis parce que c'était un patient qui m'avait beaucoup marqué donc euh ...

Moi : Ouais il t'avait touché quand même toi émotionnellement ...

Sujet 1 : Ouais ouais c'est vrai que c'était un de mes premiers patients au début de la D4 et j'avais été initié un peu à l'écoute active quand j'étais externe et justement j'avais un peu testé ça avec ce patient et du coup j'avais eu un contact qui était très bien passé avec lui, d'ailleurs il était venu me saluer en partant du service, moi personnellement alors que j'étais que l'externe, enfin. Et euh c'est vrai que (*rire*) moi j'étais, euh, la relation qu'il avait avec son médecin, et bah je me suis dit « Ah bah ça je vais éviter plus tard », parce que je me rendais compte que ce n'est pas de ça dont il avait besoin. Mais c'est une façon aussi des médecins de se protéger je pense, c'est euh voilà, renvoyer au patient un peu violemment que « Je peux rien pour vous, mais pourtant je sais faire plein de choses et je sais plein de trucs, alors venait pas me casser les noix avec votre souffrance ». Voilà.

Moi : Tu trouves ça justifiable pour autant ?

Sujet 1 : (*rire*) Justifiable, bah c'est toujours pareil, des ultra-specialistes de chirurgiens ou de médecin en CHU bah si ils sont empathiques et qu'ils sont dans une très bonne relation avec leurs patients c'est très bien, mais je préfère des bons techniciens derrières, voilà, c'est euh, on ne peut pas tout avoir, mais non euh, ce n'est pas justifiable. Il était pas odieux non plus mais voilà, il n'a pas envoyé chier le patient de manière très violente, il l'a pas insulté, mais c'est resté un petit peu froid, bon bah c'est comme ça.

Moi : Et sur le coup toi vu que ça t'a marqué t'en avais parlé avec lui ?

Sujet 1 : Non, on connaissait le médecin en question, il était caractériel, bon c'est son mode de fonctionnement, c'est comme ça après c'était un très bon technicien qui est irréprochable sur ce point là, les patients étaient très bien soignés et moi quand je voyais des patients en consulte, il me le disait, « Le docteur Machin il nous fait peur mais il me soigne bien » (rire) Voilà. C'était sa façon d'être et bon bah... Non je suis d'accord si il pouvait se corriger, ça aurait été mieux mais bon bah c'est comme ça.

Moi : Et les situations que tu m'as évoqué, en quoi ça t'as été utile pour ta pratique ?

Sujet 1 : Bah euh c'est des expériences très différentes, je pense que nous on a une formation qui nous permet d'avoir du recul sur comment les autres agissent en consultation et comment nous on agit, et ça permet d'essayer d'analyser ce que l'on veut faire et ce qu'on ne veut pas faire, bon bah c'est vrai que je me dis que je préfère être dans l'empathie et d'être attentif à mes patients et comprendre pourquoi ils souffrent et les aider à progresser là dedans plutôt que d'ériger un mur pour pas qu'ils m'emmènent avec ça. Parce que bah, déjà ils ne sont pas là pour m'emmener, mais bon même si des fois c'est le cas, on voit certains patient, on les voit arriver et ... (*lève les yeux au ciel et soupir*) (rire), on n'a pas envie hein ! Mais je sais pas, après je pense qu'il faut savoir rester professionnel et des fois ça m'arrive, bon pas comme ça, mais je leur dit « Bon bah franchement je trouve ça difficile ce que vous m'envoyez là, je vais pas y arriver tout de suite voilà, on va prendre du temps, faut que je vous revoit, il faut qu'on en discute, on va essayer de trouver des solutions ensemble ». J'essaie pas d'avoir la réponse à tout tout de suite, j'essaie de prendre du temps, de métaboliser les situations et d'aider à avancer, c'est une chose importante et même si le patient il me projette sur la tronche un truc que je n'ai pas envie d'entendre, bah il n'empêche que voilà je suis là et c'est à moi de l'écouter et va falloir que je trouve une solution aussi hein. Et donc qu'on travaille ensemble, c'est plus difficile c'est sur, que d'ériger un mur et de rester dans mon coin et de lui dire « Ce que vous m'avez dit ça m'intéresse pas moi je m'occupe de vous soigner et c'est tout ». Enfin bon ce n'est pas si bien claire ce que je dis ...

Moi : Si je comprends que ça te paraît plus difficile comme prise en charge mais que ça te semble plus satisfaisant.

Sujet 1 : Bah oui et puis c'est notre rôle, enfin voilà, c'est comme ça

Moi : Et toi d'avoir vécu des expériences comme ça, ça a modifié ta pratique ?

Sujet 1 : Ah bah oui ! C'est évident bien sur, je pense à ma façon ... ou à ma représentation du soin. Quand j'ai commencé médecine et maintenant ce que je fais, j'ai beaucoup évolué et bien sur je me suis inspiré de ce que j'ai vu de mes différents maîtres de stage en bien et en mal, j'ai eu la chance d'avoir des maîtres de stage globalement très bon que ce soit à l'hôpital ou en ville, bon après j'ai eu la chance de pouvoir choisir mes stages aussi et donc c'est sur que voilà ... C'est sur que j'ai beaucoup beaucoup évolué et comprendre ma position et mon rôle à moi, c'est compliqué par ce qu'on arrive à la fac et on se sent un peu investi d'une mission supérieure. Il faut soigner tout le monde et tout, et petit à petit on mature et on comprend déjà que il y a des choses qu'on arrivera pas à faire, et je pense que déjà savoir ça ça nous aide à gérer parce que ... Pas prendre la souffrance des patients comme un affront personnel, accepter ça, qu'il y a des gens qui souffrent et qu'on y puisse rien si ce n'est effectivement les écouter et les accompagner, voilà, je pense qu'on bride un peu les idéaux qu'on peut avoir en arrivant à la fac qui sont des idéaux complètement faux, et les expériences que j'ai pu voir ça m'a aidé à ça, voir comment les gens gèrent et c'est intéressant, et c'est vrai qu'à l'hôpital, je pense que j'ai vu des internes notamment, quand j'étais externe, qui avait du mal à entrer dans la relation thérapeutique, je pense par manque de formation aussi, je m'en rappelle dans ce même stage d'ailleurs, l'interne voyait bien qu'il y avait des gens qui souffraient et elle arrivait pas à établir de lien avec eux alors des fois j'avais envie de lui dire « Ecoute tu prends ta chaise et tu t'assois, tu te la fermes et tu l'écoutes et ça va venir ». Mais voilà on est dans le speed et il faut avoir la réponse à tout tout de suite et bah des fois ça marche pas ça.

Moi : Et toutes ces choses que tu m'as dit, est ce que tu en avais conscience avant qu'on en parle ?

Sujet 1 : Avant qu'on en parle là ce soir ?

Moi : Ouais.

Sujet 1 : Oui Oui, parce que justement on a été formé à analyser nos consultations, on a été formé à réfléchir, et je dis ça c'est un peu en souriant par ce que je trouve que la formation au CHU c'est un peu l'inverse, on nous apprend à avoir la réponse à tout tout de suite, je veux dire moi je me rappelle des tours où le patron il pose une question et il fallait répondre tout de suite sinon on se faisait humilier devant tout le monde et c'était la catastrophe, alors c'est pas ma conception de la médecine quoi. Il y a des situations où il faut qu'on sache tout de suite mais c'est rare je veux dire on a toujours le temps de réfléchir et justement dans tout ce qui est communication etcetera il est urgent de prendre son temps et il est surtout pas urgent de se presser quoi. Enfin c'est moi maintenant ma vision des choses quoi.

Moi : Et toi maintenant à ton niveau comment tu te perçois dans la relation médecin patient ?

Sujet 1 : Bah ça dépend avec quel patient (rire), évidemment, mais je pense que globalement j'arrive à m'en tirer pas mal, j'ai eu en plus là des terrains de stage difficile, où j'ai eu euh, j'ai eu affaire ... , j'ai été confronté..., j'ai eu un cabinet où il y avait beaucoup de patients qui étaient..., dont le médecin était généraliste spécialisé dans le suivi des patient séropositifs et VIH, alors d'accord il y a le séropositif « monsieur tout le monde » mais il y a surtout les séropositifs toxicomanes, désocialisés, des situations quand même très complexes et je trouve, il me semble, que j'ai quand même réussi à en gérer certains, même certains patients je me disais « Il reviendra jamais me voir car en fait ça a pas collé » et finalement ils sont revenus me voir, j'ai pu les voir pendant six mois et il me semble avoir réussi à faire un peu de relation thérapeutique, donc si, je pense que globalement j'arrive à avoir de bonne relations avec les patients, et j'en suis assez satisfait.

Moi : Et toi pendant ton cursus tu as souvenir de ce que tu as eu comme enseignement à la relation médecin patient ?

Sujet 1 : Ah bah ouais je me rappelle très bien, les premiers cours là dessus c'était en cinquième année quand j'étais externe en médecine générale ça a été les vrais premiers cours la dessus, alors c'est possible qu'on en ait eu un peu à la fac dans les sciences humaines en première année, mais je pense que ce n'est pas le moment de nous enseigner ça. Déjà par ce qu'on a jamais vu un patient et de deux que notre seul et unique objectif c'est de passer notre concours de P1 ! Si, tiens, mais maintenant en en repartant j'ai réfléchi et je me rappelle très bien qu'il y avait eu une interne de neuvième année de médecine générale qui était intervenue, qui nous avait fait une conférence, je suis sur que je la reverrai maintenant, je trouverai ça hyper intéressant, mais à l'époque ça m'avait grave soulé par ce que je panais rien à ce qu'elle disait et je me disait de toute façon ce qu'elle dit ça va jamais tomber au concours donc je m'en fous - je caricature un peu - mais l'idée globale elle est là. Les premières fois ou les premiers cours de relation, alors, non, le premier truc vraiment de relation médecin malade c'est un truc bête hein, c'est pendant mon premier stage en chirurgie urologique à Lyon sud, j'avais eu le chef de service à la fin qui m'avait,

bon, il nous voyait, il s'occupait bien de nous pour un chef de chirurgie et il me demandait comment ça c'est passé mon premier stage et tout, et je lui avais dit « Bah c'est vrai que j'ai un peu du mal dans la relation médecin malade », des fois c'est difficile la place de l'externe dans un service de chirurgie, c'est pas non plus un rôle hyper facile, et il m'avait dit tout simplement : « Tu sais, reste gentil avec les gens t'y gagneras toujours », et c'est vrai que ça a été le premiers cours de communication que j'ai eu, en me disant tiens, rester gentil ça peut peut être marcher, et effectivement je pense que c'est déjà un bon départ. On est pas là pour casser nos patients, comme malheureusement on peut le voir faire, il y a certains médecins qui sont ..., c'est facile de dire à un patient que si il est malade c'est de sa faute et qu'en plus si il continue à être malade c'est par ce qu'il ne fait pas ce qu'on lui a dit et tout, ça nous décharge du truc et encore une fois je suis pas sur que ce soit le but, enfin voilà si on a un patient qui est pas compliant, il y a pas besoin de remuer le couteau dans la plaie à chaque fois qu'on le voit pour enfoncez le clou quoi.

Moi : Et sinon pendant l'externat tu as eu quoi ?

Sujet 1 : C'était l'enseignement bah déjà dans le cadre de la médecine générale en cinquième année, et on a eu des cours de communication, des cours où on a du rapporter des mises en situation de situations difficiles à décortiquer et c'est là où on a été euh où on a eu les formations de ce que c'était une écoute active, euh, comment on pouvait gérer des situations difficiles, qu'elle distance mettre physiquement et humainement avec ses patients, voilà c'était vraiment là le B.A.BA, et bah d'ailleurs justement je l'avais appliquée après dans les suites de ça. Bon le stage chez le médecin généraliste en temps qu'externe c'est surtout de l'observation donc on est pas très dans la relation, mais bon les maîtres de stages nous laisse bien des consultations, mais des trucs faciles avec des gens qui sont très sympas, très compliant, donc on est pas face à... Encore que non ça m'est arrivé qu'il me laisse avec des dépressifs, bon mais voilà, c'est pas ..., on est pas encore dans ..., c'est là que j'ai vu les premiers vrais cours de communications, et pour moi ça a été très important, d'ailleurs c'est ce moment là où je me suis dit, oui je veux vraiment faire de la médecine générale, ça a fini de confirmer mes attentes du métier.

Moi : D'accord et par la suite ça a été pendant l'internat

Sujet 1 : Oui pendant l'internat, bah essentiellement pendant le stage de médecine générale, alors j'ai fait pas mal de gériatrie où j'avais des, on avait un médecin qui était spécialisé dans les soins palliatifs, donc lui, il nous parlait, on parlait des patients ensemble et tout, donc voilà je suis tombé sur des médecins qui étaient très sensibilisés sur la relation et qui étaient pas du tout sur le mode paternaliste et très directif, voilà c'était juste ..., je pense que... C'était des gériatres et tous les gériatres sont pas comme ça, mais ils sont sensibilisés à ça, la gériatrie s'y prête bien, on est rarement face à des problèmes très simples, voilà et ceux qu'on récupère à l'hôpital public, bah y a toujours des problèmes sociaux, il y a toujours des conflits avec la famille, enfin toujours..., c'est pareil je caricature un peu, mais c'est des relations compliquées, voilà. Mais quand on faisait le tour on se posait sur une chaise et on parlait avec notre patient, on l'écoutait et tout, et c'était important.

Moi : Et qu'est ce que tu penses qui t'a été le plus utile dans tes études concernant l'apprentissage de la relation médecin patient ?

Sujet 1 : Bah c'est difficile à dire, tout est utile, mais incontestablement pour moi vraiment le virage ça a été les cours fait par le DMG, bon bah je prêche ma paroisse après, mais les cours fait par le DMG quand j'étais en cinquième année. C'était vraiment une autre approche de la médecine, par ce que pour notre internat là, l'ECN, y a des bons trucs hein, y a même l'item « relation médecin malade » mais (*soupir*) (*rire*), dans un cours d'amphithéâtre avec encore une fois la butée de se dire qu'on apprend pour un concours, ça s'y prête pas. Et les ateliers en petit groupe avec des jeux de rôle et tout, c'est un peu « space » quoi je veux dire, bon bah faut s'y mettre dedans, mais c'est là où on apprend vraiment beaucoup et avec encore une fois des médecins qui arrêtent de nous dire qu'il faut... Voilà il y a un item relation médecin malade pour l'internat et ça se résume en quelques mots clefs à dire (*rire*). Ça marche pas ça dans la vraie vie. Donc euh voilà, à nous dire que ..., d'avoir des médecins qui nous expliquent que bon, y a pas vraiment d'erreur, de bonne chose à faire, et qu'il faut être à l'écoute, que chaque relation se vit différemment, que voilà on progresse lentement et que ce qui est important c'est d'être disponible et empathique, et partant de là, voilà, on est, euh, il faut avancer comme ça. Oui on a le droit de se planter dans une relation et il y a des patients avec qui ça ne marchera pas du tout pour des raisons divers et variées et ce n'est pas une honte de le dire au patient et de leur expliquer qu'on ne peut pas les soigner. Bon si après on fait ça tous les deux patients il faut se poser des questions, mais ce n'est pas le cas, loin de là, voilà. Pour moi c'était là le moment important, puis par les cours qu'on a eu quand j'étais interne c'est vrai que, alors moi du coup je ne découvrais pas ça par ce que je l'avais appris quand j'étais externe et je l'avais déjà mis en pratique, parce que ça m'avait vraiment plus, et vraiment touché, et je l'avais fait rentrer petit à petit dans les mœurs, et arrivé à l'internat c'était déjà des choses que je connaissais.

Moi : Ok. Et tu aurais aimé avoir au cours de tes études des formations plus approfondies, spécifiques à la relation médecin patient ?

Sujet 1 : Bah, ce que j'ai eu, je trouve, me donne de bonnes bases, mais c'est toujours pareil, j'imagine qu'on peut pousser et pousser toujours plus, ça c'est clair, je pense que c'est quelque chose à travailler toute notre vie. J'ai eu l'occasion de découvrir quand j'étais au congrès de médecine générale, de faire un groupe Balint, alors c'était un peu un faux parce qu'on était nombreux, mais le but c'était de nous faire découvrir ce que c'était, et c'est vrai qu'échanger une heure sur deux cas, alors on était nombreux et ça a faussé un peu l'échange, mais c'était très intéressant et ça vaut le coup de toute notre vie de se poser des questions sur notre pratique et de continuer à se performer là-dessus, et ça peut passer tout simplement par l'échange avec nos confrères dans un cadre qui soit..., on est pas là pour juger, on est là pour avancer ensemble et réfléchir ensemble.

Moi : Et dans ton avenir professionnel proche, tu envisages de faire parti de ce type de groupe ?

Sujet 1 : Ouais ça me semble bien, après c'est toujours pareil, il faut trouver des confrères ou consoeurs avec qui ce soit possible, parce que on ne peut pas faire un groupe de un quoi. Mais oui si c'est possible moi j'aimerais bien faire ça, les groupes de pairs ou les groupes Balint, l'objectif est pas tout à fait le même mais dans les deux cas c'est intéressant c'est sur. Je pense que c'est aussi un défi pour nous mais je pense qu'on est plus sensibilisé que les générations d'avant de se maintenir à niveau, que ce soit sur les connaissances biomédicales parce qu'on ne sait pas tout déjà en sortant de l'internat et on a toujours à apprendre et la médecine évolue et j'ose même pas imaginer dans trente ans ce que ça va être quoi. Et développer les relations, se pencher, redonner nos consultations difficiles à d'autres confrères, nous apporte un autre point de vu, et nous aider à réfléchir sur notre pratique c'est très important. Mais là sur mon SASPAS, c'est pareil, j'avais un de mes prats qui me cassait un peu les pieds avec la « marguerite des compétences », et mine de rien pendant les débriefes, à chaque fois il me faisait revenir dessus au moins sur une à deux consultations qui m'avaient marqué et voilà. Après à prendre du recul sur notre consulte, à prendre du recul sur notre pratique c'est un bon moyen de progresser, et c'est important de le faire. Et le faire à plusieurs c'est encore mieux parce que prendre du recul tout seul c'est bien mais avoir des gens avec qui échanger ça renforce l'efficacité du truc quoi.

SUJET 2

Femme, 27 ans, mariée, un enfant de un an, 6è semestre en SASPAS, a déjà fait des remplacements, Externat à Lyon. A fait stage praticien. Rencontre à son domicile 19h30
Durée 32min 21sec

Moi : je t'avais demandé si tu pouvais réfléchir à 2 situations, une bonne et une mauvaise, dont tu aurais été le témoin, en rapport avec la relation médecin malade, à l'observation de ton senior et qui t'aurait marqué.

Sujet 2 : Oui.

Moi : Je vais d'abord de te demander de me raconter, par exemple, la bonne.

Sujet 2 : Alors c'est celle qui est le plus difficile à trouver. C'était pas en stage prat la bonne, c'était aux urgences de « Censuré ». C'est l'accueil d'une dame qui avait une quarantaine d'années et qui arrivait sur un brancard avec ses enfants, qui avaient, de mémoire comme ça, 16 et 18 ans, quelques choses comme ça, enfin des enfants assez jeunes encore, et qui arrivait dans un état de dyspnée, enfin de détresse respi assez important, et chez qui on découvre du coup dans le déshabillant, par ce qu'elle était très mal, amenée sur un brancard, euh on découvre une énorme tumeur du sein qui avait jamais été traité et qui diffusait partout. Et il a fallu dans le contexte d'urgence, dans un box de décho, alors qu'elle avait toujours caché à ses enfants qu'elle savait qu'elle avait un cancer qu'elle avait refusé de traiter, qu'elle savait qu'elle était en fin de vie, et qu'elle l'avait pas dit, et il a fallu que l'urgentiste dont c'était pas le travail, annonce à ses enfants que c'était non seulement un cancer mais que c'était une phase terminale. (Pause)

Moi : D'accord.

Sujet 2 : Et d'ailleurs elle est morte dans la nuit, donc ça a été rapide. Mais ça s'est très bien passé et le discours du médecin auquel j'ai eu la chance d'assister a été vraiment fait avec les deux enfants et la compagne du plus grand, avec la femme qui était présente et il y a eu vachement d'échange, beaucoup de temps pris et beaucoup de temps de parole laissé aux autres et ça m'a beaucoup apporté de voir que, d'une situation qui me semblait impossible à gérer, on arrivait à faire quelque chose d'intéressant.

Moi : Ok. Et alors comme contexte, tu m'as dit que tu étais dans un box de décho, tu te souviens un peu comment vous étiez installés ou euh ...

Sujet 2 : Je me souviens très bien du box, t'es passé toi aux urgences de « Censuré » ?

Moi : Ouais.

Sujet 2 : C'était au box de décho 1, le premier quand tu rentres dans les nouvelles urgences. Où il y avait (pause), de mémoire c'était une fin de journée 18h00 donc il y avait du monde mais c'était pas la panique, et les box sont suffisamment bien fait dans cet hôpital pour que, une fois que tu as tiré les 2 portes du décho, on ait quand même dans une espèce de petit cocon un peu préservé, où l'équipe infirmière avait été prévenu que personne rentrait, enfin, qu'il fallait pas déranger sous aucun prétexte, parce qu'il y avait d'autres urgentistes sur place si besoin. Et du coup on était vraiment tout seul et il avait insisté, parce que c'est moi qui étais allée sur le décho et que c'est moi qui l'avait prise en charge au début, parce que c'était une détresse respi, avant de découvrir cette espèce d'énorme euh tumeur euh cutanée euh immonde, euh le, du coup quand je lui en avait parlé il m'avait dit : « Comme c'est toi qui avait commencé il faut pas que tu partes, c'est toi qui a commencé, il faut que tu sois là même si c'est pas toi qui va parler ». Parce que j'étais en premier semestre et moi je lui avais dit que je pouvais pas gérer, donc je l'ai écouté. D'abord en faisant parler un peu la dame, en lui faisant répéter un peu ce qu'elle m'avait dit à moi ; quand avait été fait le diagnostic ; quand elle avait décidé de ne pas se faire traiter ; pourquoi ; donc c'est elle qui, en parlant au médecin, permettait aux enfants d'entendre ce qu'elle disait. Il a reexpliqué, elle elle savait exactement ce qu'il se passait etcetera et c'est lui qui a pu expliquer toute la partie plutôt médicale, qu'elle avait pas envie de répéter aux enfants. Et les enfants ont pu après, d'abord poser les questions au médecin, puis interagir directement avec leur mère. Et il a vraiment pris (pause), enfin moi j'ai l'impression que ça a duré une éternité. Et puis après tout ça on a pu sortir, on les a laissé en parti et puis les résultats sont revenu, puis il y a eu un temps de discussion sans elle, au moment où elle a été transférée, il a repris juste les enfants pour en parler et il s'était écoulé je sais pas, quelques heures quand même, trois ou quatre peut être, avant qu'elle soit transférée dans un service de post urgence juste à côté, et au moment du transfert ils ont été repris dans le box qui avait pas encore été attribué à quelqu'un d'autre et il a repassé un certain temps à expliquer juste avec eux qui avaient déjà plein de questions quoi.

Moi : Et en quoi ça t'a marqué toi cette situation ?

Sujet 2 : Bah d'abord c'était tragique, donc ça m'a marqué parce que, visuellement ça m'a marqué, l'histoire en elle-même et puis visuellement l'attitude du médecin sur ce truc dramatique où il la jugeait pas et où il faisait tout pour faire en sorte que les enfants comprennent pourquoi elle l'avait fait et jamais se poser la question de, enfin jamais lui dire : « Pourquoi vous avez fait ça, vous auriez pu faire autrement », toujours dire le « pourquoi » dans le bon sens, dans le sens : « Donnez vos raisons, personne est là pour les juger, on veut juste savoir, on veut juste que vous nous racontiez », tout comme les enfants, c'était : « Bah voilà vous venez d'apprendre ça, allez y », enfin les ... vraiment le ... l'idée quoi. En plus c'est le premier semestre, on a le séminaire sur la relation médecin malade où on commence à nous parler des questions ouvertes, de laisser les temps de pauses, et voir en pratique euh bah oui on peut simplement lui dire : « Est ce que vous pouvez expliquer comment on en est arrivé là », donc c'était ça qui était intéressant, de voir à quel point même si il y avait eu des moments où rien ne se disait, bah il suffisait de réintroduire une nouvelle notion et ça repartait, et elle arrivait à verbaliser un petit peu.

Moi : Ok d'accord c'est intéressant. Et toi, quel enseignement tu as tiré de cette situation ?

Sujet 2 : (réfléchit) C'est de pas essayer de s'imposer, c'est euh, on a tendance je pense, surtout au début, à dire, « on est le médecin », « on veut prendre la place », « on veut aider les gens ». Mais dans ces situations là, peut-être la meilleure solution pour les aider, c'est au contraire de se faire très discret et leur permettre juste en étant la tierce personne, de se parler à eux. Et essayer de se faire le plus petit possible et de dire le moins de choses possible, parce que dès qu'on parle, finalement, on est subjectif, et on est pas à leur place, et on est pas capable de répondre pour eux, donc il faut surtout pas essayer de le faire et c'est ce qui est le plus difficile, même maintenant, (rire).

Moi : Et pour toi, en quoi ça t'a été utile dans ta pratique ?

(Elle réfléchit un peu trop et elle a déjà répondu dans la question d'avant je trouvais)

En quoi ça a pu modifier ta pratique ?

Sujet 2 : (réfléchit) Dans le fait de me forcer à ; enfin c'est ce qui est le plus difficile ; formuler de façon à amener le patient à dire ce qu'il veut et pas le dire à sa place, toujours dans cette idée de, euh, lui faire comprendre qu'on a le temps, qu'on peut lui laisser le temps de réfléchir et de dire ce qu'il a envie de dire, qu'il faut pas se presser, et qu'il faut pas se dépêcher de dire : « Oui ; non », c'est de dire : « On prendra le temps qu'il faudra, pourquoi est ce que vous êtes là ? » ; « Qu'est ce que vous attendait de moi ? », enfin voilà, les amener à parler eux.

Moi : Et pour toi, est ce que c'est des choses dont tu avais conscience avant qu'on en parle ?

Sujet 2 : Pas tant que ça, ça a été difficile d'abord de retrouver une situation, alors il y a en a quelques unes qui nous marquent, donc celle la au début m'est venu mais il y en a plusieurs qui me sont venues et il a fallut que j'y repense vraiment pour me dire mais oui en fait il y a plein de choses dans celle-ci, mais j'en avais pas conscience, ce qui m'avait marqué au début, c'était l'histoire et le déroulement parce que c'est les premiers gens que l'on voit mourir comme ça dans un contexte d'urgence, mais non, j'avais pas tant conscience que ça qu'il y avait eu tout ce dialogue avant de me dire quelle situation. Non ça m'avait pas marqué avant d'en parler.

Moi : Ok et donc (je réfléchis), est ce que ça a été utile pour ta pratique ?

Sujet 2 : Oui par ce que jusque là toute la théorie sur toute la relation médecin malade, euh bah, ça restait de la théorie et je ne voyais pas comment on pouvait le mettre en pratique. Et en fait oui ça fait parti des cas où, après coup en y repensant, ça saute aux yeux que si le médecin avait pas fait son travail dans ce sens là ou si il avait pas essayé de s'effacer et de tout faire pour se faire le plus petit possible, bah, je pense que ça se serait très mal passé. Et c'est quand même des moments qui sont hyper importants et je pense que ça aurait été très mal vécu par tout le monde. Donc ça marque parce que c'est du terrain quoi, de la pratique.

Moi : Et tu en avais parlé à quelqu'un suite à cette situation ? Avec ton senior par exemple ?

Sujet 2 : Oui et avec d'autres seniors aussi par ce que à « Censuré », euh, il y avait non seulement, euh, après c'était quand même plutôt une fin de journée, donc c'était encore frais au moment où on s'est posé un peu le soir, euh, au moment du repas. Et puis au moment de la relecture le lendemain matin, euh, ça faisait parti des choses qu'on débriefait, surtout que c'était plutôt vers la fin du semestre, du coup on débriefait plus que ce qui nous intéressait de débriefer, donc euh. Et puis avec les cointernes à ce moment là, des gens avec qui je m'entendaient bien, donc on se voyait en dehors et en dehors on se parlait des situations difficiles, et puis j'ai du en parler à la maison (rire), je pense.

Moi : Ok. Et à ce moment là quand tu en avais reparlé, tu en avais reparlé plutôt en versant relation médecin patient ou sur le versant un peu cas de chasse quoi ?

Sujet 2 : Je pense que j'en avais plus parlé sur le plan de l'histoire médicale et pas sur le plan de la relation médecin malade.

Moi : Et avec le médecin senior ?

Sujet 2 : Si, je pense avec lui, et avec un des internes avec qui j'en avais parlé, euh, où voilà, c'était un chef qu'on aimait bien et c'était simplement dire : « Bah voilà, euh, tu vois, encore une fois avec lui ça s'est bien passé et c'était intéressant quoi ».

Moi : Ok, maintenant si tu veux bien on peut aborder ta 2ème situation. Une mauvaise expérience.

Sujet 2 : J'en ai plusieurs donc c'est un peu difficile de choisir, après le problème c'est de savoir si c'est en tant qu'observateur de quelque chose ou si c'est en autonomie.

Moi : Non, en tant observateur.

Sujet 2 : Alors je vais prendre le 2ème qui m'a marqué. C'est plus dur parce que j'ai l'impression qu'il y en a eu plus dans le parcours de choses qui m'ont marqué dans le mauvais sens, où je me suis dit qu'il aurait pas fallu faire comme ça. Mais euh bon, j'ai pris un des plus récent, c'est chez un de mes prats chez qui j'étais au dernier semestre. Un couple de petits vieux qui viennent consulter au cabinet pour initialement, c'était pour lui et c'était un renouvellement d'ordonnance, plus une situation qui traînait où la femme l'amenaît parce qu'il arrêtait pas de pleurer. Un patient qui avait un parkinson, pas si âgé que ça, soixante quinze ans, euh elle un tout petit peu moins, 70 je pense et euh, ils sont arrivés au cabinet pour ça. C'est elle qui a pris le rendez vous par ce que le parkinson commençait à évoluer un petit peu et que je pense qu'il évoluait plus ou moins vers le mode dépressif du papy qui arrive de moins en moins à être autonome quoi. Et toute la consultation, où effectivement lui pleurait, de temps temps, quand on lui demandait pourquoi il pleurait, quand on lui demandait ce qu'il faisait à la maison etcetera, puis le renouvellement du traitement, et tout le long sa femme l'agressait, en lui disant qu'il se bougeait pas et que il avait euh : « Mais tu vois il faut toujours que je te traîne partout et puis là t'as encore voulu consulter », parce que c'était elle qui avait pris le rendez vous, mais a priori c'était sur sa demande à lui. « T'es infernal de toute façon je peux rien faire et puis je te traîne toujours comme un boulet ». Et plus on avançait dans la consultation, plus le médecin faisait juste, entre guillemets, son travail de médecin, euh façon pratique c'est-à-dire : « Allez y passez dans la salle d'à côté, allongez vous je vais vous prendre la tension », et plus elle, la femme, avait l'impression, euh, se sentait pas soutenu, mais un peu dans son bon droit et donc plus elle le cherchait (le mari). Jamais dans la violence physique, mais j'ai eu l'impression que la consultation, c'était une violence verbale complètement continue quoi. Et où je me disait que vraiment on était dans un cas de maltraitance, et j'ai été très choqué par le, euh, l'espèce de déni du médecin qui surtout ne disait rien, surtout ne relevait pas et laissait faire et la confortait elle dans l'idée qu'elle avait bien raison quoi. Parce que plus elle lui disait (prend une voix de sorcière) : « Tu vois bien, Ah ! Tu sais pas t'habiller, Ah ! Et tu va mettre deux heures pour te déshabiller, de toute façon il m'en fait voir, je vous jure il m'en fait voir, il faut que je me relève pendant la nuit parce que sinon il se pisse dessus, parce que monsieur ne peut pas attendre ! ». Et c'était horrible, et il se remettait à pleurer, et j'avais envie de me mettre à pleurer avec lui. Et le médecin qui effectivement lui parlait pas à elle, ne parlait qu'au patient, et lui parlait gentiment et l'aidait à s'installer, mais à aucun moment ne lui a dit à elle : « Non mais stop ! ». Enfin : « On va se poser et vous allez expliquer, si ça va vraiment pas on va faire autrement. Mais où est ce que vous en êtes dans votre relation avec lui ? Est ce que vous vous rendez compte de la façon dont vous lui parlez ? Est ce que ça va plus loin ? Est ce que ... ».

Voilà. C'est la caricature, la grosse matrone de 80-90 kg avec le petit papy qui en faisait quarante et euh où c'est elle qui le trimballait la nuit parce qu'il était incontinent et où vraiment ça sentait le, euh, au moins le risque si ce n'est la violence physique en plus de la violence verbale à plein nez quoi et, euh, où j'ai eu l'impression que le médecin était transparent. Faisait son travail, simplement son travail médical symptomatique : « Respirez, on va vous prendre la tension, on va vous peser, vous aller vous rhabiller on va vous faire votre ordonnance, 23 euros s'il vous plaît madame et au revoir ». Et j'étais vachement choquée de me dire que bah typiquement ce qu'on nous apprenait dans les livres en disant il faut absolument dépister la maltraitance, les premiers signes de maltraitance, aider les familles qui peuvent être simplement éprouvées et être maltraitant parce qu'ils sont éprouvés, bah on passait complètement à côté, et elle va pouvoir venir 10 fois avec son mari qui voulait voir un médecin. Et pourquoi à aucun moment de la consultation on lui a dit : « Mais pourquoi vous voulez venir vous ? ». Lui il s'en foutait sûrement du renouvellement de l'ordonnance, donc pourquoi lui il avait demandé ce matin à venir ce jour là et pourquoi à aucun moment de la consultation on lui a dit (pause), bon alors il y a le renouvellement d'ordonnance, mais pourquoi à aucun moment on lui a dit : « Madame je vais vous demander de sortir, on va l'examiner et vous allez revenir après ». Et ça c'est pas fait, et j'en ai pas mal discuté avec ma prat après de l'impression que j'avais eu. Elle avait l'air de dire d'abord dans un premier temps qu'elle était plutôt surprise car elle n'avait pas remarqué, alors est ce que c'était l'habitude, est ce que ça avait été insidieux et petit à petit, qu'au début elle était pas si violente que ça verbalement et puis que petit à petit ça l'était devenu un peu plus, ou est ce que c'était un peu : « Oui mais bon moi j'en ai un (de patient) dans les 10 min après quoi, donc j'avais pas trop le temps pour ça ». Ça a permis d'en parler simplement et que peut-être que la prochaine qu'il viendra elle se posera la question, je sais pas. Parce qu'elle me disait quand même, ce qui m'a beaucoup choqué, elle me disait : « Oui effectivement elle lui parlait un peu séchement ». Mais elle avait pas remarqué tout ce que moi j'avais vu quoi. Elle elle était assez dans son côté : « Oui, elle le secoue un peu quoi ».

Moi : Ok. Et donc un peu comme tout à l'heure, quel enseignement tu as tiré toi de cette situation ?

Sujet 2 : (réfléchit) Euh, que c'était sûrement plus facile d'être observateur qu'acteur (rire), qu'il fallait être très vigilant à tout dans une consultation et que c'était pas facile parce que moi qui n'avait que ça à regarder, car c'était la première chose qui m'a sauté aux yeux et je ne me suis absolument pas occupé du reste, ça a été très facile pour moi de le voir, et qu'à priori c'était pas si facile que ça pour elle quoi. Pour elle qui les suivait depuis longtemps et qui faisait les renouvellements d'ordonnances tous les mois et comme on dit souvent, quand même, le regard extérieur fait survenir des choses que le médecin traitant voit pas.

Moi : Et toi en terme d'apprentissage de la relation médecin patient, en quoi pour toi ça t'a été utile, en quoi ça a pu modifier t'a pratique ?

Sujet 2 : Bah c'est un peu toujours la même chose que tout à l'heure. C'est bien réussir à identifier pourquoi les gens viennent, euh, c'est toujours rester sur : y a une personne qui veut consulter, il faut qu'il y ait de toute façon dans cette consultation un moment où cette personne là est seule, donc il faut, (réfléchit), la première chose c'était ça, c'est de me dire, si j'avais été à sa place et si un jour je suis à sa place, il faut absolument qu'à un moment j'arrive à être seule avec la personne qui demande à être consulté. Que ce soit un ado ou un vieillard, euh, avoir le temps où on peut dire sans qu'il y ait une tierce personne : « Alors c'était quoi la vrai raison de la venue. Pourquoi vous voulez qu'on se voit, pourquoi vous voulez avoir une consultation ». Et puis c'est, euh, c'est être vigilant à tout ce qui peut se passer en 15-20 min de consultation et pas hésiter, euh (réfléchit). Maintenant je me dis que si j'avais été à la place du médecin, je pense que je n'aurais rien fait de plus à cette consultation, si ce n'est que j'espérais que j'aurais réussi à trouver un moment pour lui demander à lui ce qu'il voulait. Et surtout à la fin de la consultation, je lui aurais demandé à elle de revenir seule, pour lui en parler à elle seule, donc j'aurais eu, euh, j'aurais été d'abord le temps avec lui pour lui demander (explique :) alors lui c'était assez limité dans le sens où je sais que j'aurais eu le temps dans la même consultation, parce qu'il était même sur le plan du langage assez limité, donc enfin j'aurais juste eu à lui poser une question pour essayer de creuser un peu plus, et le renouvellement d'ordonnance et bien il se serait fait la fois d'après et j'aurais eu une troisième consultation juste à elle pour lui dire que je la sentais en difficultés et que je voulais en discuter avec elle. Mais ça m'a appris à me dire plus (pause). Car c'est ce qu'on a discuté avec ma prat qui me disait : « bah d'accord tu trouves que, enfin entre guillemets, que j'ai pas fait bien, mais qu'est ce que t'aurais fait quoi ? ». Donc c'était ça qui était intéressant, c'est se dire : « bah attend là je sais pas, je vais réfléchir et je te dirai ce que j'aurais fait vraiment si j'avais pu. »

Moi : Ok. Et toi maintenant à ton niveau comment tu te perçois dans la relation médecin patient.

Sujet 2 : Vaste question ! Euh

Moi : tes point forts ? (Elle réfléchit) ou tes points faibles ?

Sujet 2 : Bah mes points forts, j'ai l'impression c'est que j'ai pas tant d'effort que ça à faire pour me dire dès le début d'une consultation, bon là il vient pour rien donc c'est pas pour ça qu'il vient, il y a forcément autre chose, donc on va se débarrasser rapidement de la petite chose qui a pas trop d'importance et lui demander ce qui arrive. Et c'est aussi d'avoir la chance pour l'instant, du fait du cursus, d'avoir le temps de me poser avec les patients, d'avoir une demi heure pour chacun et du coup de pas être pressée et d'avoir le temps d'écouter les gens et de pas avoir l'impératif de : « Oui bon bah on en parlera la prochaine fois ». J'ai le temps de leur dire : « Bah allez-y, dites moi ce qui va pas ». J'ai l'impression que ça, ça fait parti des points forts quoi.

Après au niveau des points faibles, je pense qu'il y a le manque d'expérience qui fait que bah il y a plein de ficelle qu'on a pas encore, que le patient si il veut pas parler de lui-même bah j'arrive pas à le faire parler, parce que qu'en j'ai posé un peu mes 2-3 questions ouvertes un peu bateau et qu'il s'est fermé comme pas possible, bah il s'est fermé. Et puis sur les quelques expériences que j'ai eu, il y a le manque d'expérience que moi je ressent, mais il y a aussi le jeune âge qui fait que les patients ressentent qu'on est un peu jeune et il y a quelque cas où les gens m'ont carrément dit : « Mais vous êtes trop jeune, vous savez pas ce que c'est que la vie ». Donc ça, ça fait partie des points faibles où on se dit oui bah peut-être que plus tard dans 10 ans j'aurais un peu plus de crédibilité (rire) avec les patients. C'est ça quoi, mais surtout avoir le temps, avoir le temps de revoir avec eux, bah surtout les problèmes sociaux, de les laisser parler et de voir ce qu'ils veulent, comment on peut les aider et ce qu'on peut mettre en place. Avoir le temps de leur expliquer, et sur les problèmes médicaux, les maladies chroniques, les trucs comme ça, leur dire : « Bah qu'est ce que vous avez eu lors des derniers bilans hospitaliers, lors des dernières consultations, qu'est ce que vous avez compris, est ce que vous avez besoin que je vous réexplique des choses, est ce que ... ». Voilà, enfin ça m'arrive régulièrement de passer 1/4 d'heure à faire un schéma parce qu'ils ont rien compris de l'anatomie quoi, donc c'est ce que pour l'instant j'arrive à faire parce que j'ai le temps, j'espère que ça continuera mais ... (silence pessimiste).

Moi : Peut-être que tu dessineras plus vite (rire)

Ok. Et qu'est ce que tu as eu comme enseignement à la relation médecin patient dans ton cursus ?

Sujet 2 : Bah je vais dire ce dont je me souviens, mais on a sûrement eu plus que ça.

La P1 quand même, en première année les sciences humaines et sociales avec toute la partie avec Freyer, euh, le Professeur Freyer, sur la relation médecin malade qui était très intéressante et qui me faisait dire que c'était ça que je voulais faire, euh après je pense qu'on en a eu mais j'ai aucun souvenir sur les autres années d'études, euh d'externat en tout cas, et puis après si bah c'est les enseignements pendant l'internat, les séminaires relation médecin malade et puis après j'ai fait, enfin, j'ai fait beaucoup de séminaire accès la dessus quoi, j'ai fait l'annonce de la maladie grave ou l'annonce de la mort, euh, les soins palliatifs, donc tous les séminaires à la fac c'est quand même souvent basé la dessus quoi, et même les derniers séminaires qu'on a fait là, sur la pédiatrie, au final le séminaire sur l'adolescent, bah c'est beaucoup la relation avec l'adolescent, c'est savoir évincer les parents, avoir un temps avec les parents un temps sans les parents, euh la pédiatrie il y a quand même beaucoup de discussion sur la maltraitance etcetera, donc pendant l'internat plus que pendant l'externat on va dire. La P1 et vraiment l'internat quoi.

Moi : Et toi tu estimes que c'est quoi qui t'a été le plus utile dans tes études pour ton apprentissage de la relation médecin patient ?

Sujet 2 : Bah le terrain quand même, bah faire des, de la pratique et voir des gens et des fois faire des erreurs mais en tout cas voir des gens et parler avec des gens, bah sans ça je pense qu'avec la meilleure théorie ça aurait servi à rien. Et puis quand même, je pense que personne aimait ça et tout le monde essayé de fuir mais, euh, les jeux de rôles que l'on faisait pendant les séminaires, où voilà on est bien obligé de se mettre dans la peau de la mère du gamin, du patient, du médecin qui est observé par une dizaine d'interne qui sont tous dans leur coin à dire : « Oh bah moi j'aurais pas fais comme ça, oh bah moi j'aurais pas réussi à faire ça » ou au contraire : « Oh bah c'est complètement nul ce qu'il fait », et où vraiment on a un vrai débriefing. Et c'est les seules fois où on te dit vraiment : « Non mais là tu vois, cette phrase ou là le mouvement que tu as eu où t'as croisé les mains parce que vraiment ce qu'il t'a dit ça t'a effrayé ». Euh voilà, sur des choses vraiment très pratique, euh qu'on nous dise : « Bah ça ça va, ça ça va pas », euh ça c'était quand même intéressant.

Moi : Ok. Et toi est ce que tu aimerais au cours de tes études avoir des formations plus spécifiques, plus approfondis sur la relation médecin patient ?

Sujet 2 : Euh oui, je pense que ça se fait, enfin ça se fait. Je sais pas si pendant l'internat ça a un intérêt d'en avoir plus parce qu'on est un peu jeune et que bah y a aussi l'expérience qui apprend, mais à mon avis, au cours de la vie du médecin, euh, il y a des séminaires ou des formations qui doivent être indispensables pour s'améliorer et apprendre petit à petit aussi à peaufiner ça.

Moi : Tu penses a des choses en particulier, dont tu as déjà entendu parler ?

Sujet 2 : Oui mais j'arrive pas à retrouver le nom, mais j'ai un de mes prats à « Censuré » qui me disait qu'il avait fait un week end de formation sur la relation médecin malade plus accès sur les gestuelle et les attitudes à avoir vis-à-vis des patients et puis sur la gestion des conflits. Que lui il a fait ça il y a pas si longtemps, moins de 5 ans, et que c'est un médecin d'une cinquantaine d'année et que même maintenant cela lui avait beaucoup servi de savoir, bah qu'elle attitudes ne pas adopter physiquement déjà, vis-à-vis d'un patient, ou au contraire qu'elle attitude adopter pour que le patient se sente encore plus en confiance. Et puis sur comment gérer le patient qui est violent, le patient qui est agressif etcetera, mais je sais pas comment ça s'appelle.

SUJET 3

Homme, 27 ans, pacsé, sans enfant, 6è semestre en SASPAS, a déjà fait des remplacements, externat à Lyon, a fait stage praticien
A son domicile 19h30
Durée : 37min 50s

Moi : Je t'avais demandé par mail si tu pouvais réfléchir à 2 situations, une bonne et une mauvaise, dont tu as été le témoin en tant qu'observateur de ton senior, et en rapport avec la relation médecin patient. Quelque chose qui t'aurait marqué. Donc je vais te demander de me les raconter déjà, et tu vas me raconter par exemple la mauvaise pour commencer.

Sujet 3 : Alors la mauvaise expérience que j'ai pu retirer d'un médecin, dans un stage où j'étais, et qui a entraîné chez moi (étouffe un rire cynique) disons, une certaine vision. C'était en stage disons de soins palliatifs, où le chef de service était désengagé du service. Donc un service qui fonctionnait très mal et qui malgré tout était lourd avec des patients en fin de vie et d'autres patient, pfff, où il y avait pas grand-chose à faire mais enfin des cas hospitaliers pas forcement très simple pour lesquels on a pas forcement de formation évidente en médecine générale. Et moi ce qui m'avait choqué entre autre chose c'était un patient qui avait un cancer multi métastatique, qui était clairement étiqueté en soins palliatifs, donc il y avait l'équipe de soins palliatifs qui passait pour nous donner des coups de main, pour nous donner des conseil de prescription, mais finalement les prescriptions retombaient malgré tout sur nous. C'est-à-dire que c'est nous qui voyions les patients, passions 30 min par patient de soin palliatif, un peu moins pour les autres, et on fait les prescriptions en s'aidant de l'équipe mobile de soins palliatif. Et le problème c'était qu'avec le chef de service il n'y avait pas de réelle supervision, on ne pouvait pas attendre d'aide de sa part. Et le problème c'était son comportement vis-à-vis des patients, c'est-à-dire que nous on sait des choses du coup, parce qu'on était relativement, je pense, au clair, en tout cas moi en temps qu'interne, au clair sur ce qu'avait le patient, sur ce qu'il aurait fallu lui dire, ce qu'il fallait lui dire, et sur les traitements qu'on faisait. Or c'est un médecin qui était complètement, euh, il détestait tout ce qui était soins palliatifs, c'est dommage dans son service. Et donc on ne se sentait absolument pas soutenu. Et il y a ce patient qu'on allait voir, qui venait parce qu'il avait eu, euh, je crois que c'est un patient qui avait eu une pleurésie. Donc le diagnostic inaugure de cancer pulmonaire multi métastatique, et on l'avait gardé parce que finalement il allait pas si mal que ça et du coup il avait une fibro et une biopsie, et on attendait le résultat d'anapath. Donc c'était une espèce d'hospitalisation d'attente, euh un peu glauque, où finalement nous, tous les jours on faisait le tour en temps qu'interne, tous les jours cette personne nous redemandait « Alors les résultats qu'est ce que ça a donné ? Où est ce que ça en est ? ». Et tous les jours, moi, à mon niveau, c'était stressant, c'était une demande très forte, clairement la personne voulait savoir et moi je lui disais la vérité, c'est-à-dire qu'on avait pas encore de résultat anapath. Et au bout de 10 jours d'hospit, pas forcement justifiée d'ailleurs, mais enfin si, c'était justifié quand même, mais on a le résultat anapath, c'est-à-dire que bon on fait des démarches et on réussit finalement à l'avoir. Et partant de là, je vais voir le chef de service qui ce jour là faisait le tour pendant vraiment pas longtemps, et en lui disant : « Bah il y a Monsieur Machin, donc c'est bien un carcinome, voilà ». Et du coup je commence à lui demander, je savais qu'il serait réticent à lui dire et à faire une annonce diagnostique, et j'ai commencé à lui dire : « Euh du coup on va lui dire ? » (Réponse du médecin en imitant une voix évasive :) « Oh oui bon bah on verra », (l'interne, cyniquement :) « Bon ». Je me suis dis: « Okay il va encore lui mentir ou lui cacher la vérité ». Et puis finalement on arrive à sa chambre, là le patient comme tous les jours demande avec des attentes fortes et claires : « Moi j'ai envie d'être fixé ». Et là après tout le travail de préparation que j'avais fait pendant une semaine ou dix jours à lui dire : « Bah voilà on sait pas, peut être quelque chose d'inflammatoire, on peut pas vous dire que c'est pas une tumeur ou un cancer ». On avait parlé de nodule, de tuméfaction, de grosseur, enfin on avait tous les termes qui permettaient d'attendre, et là on avait le vrai résultat, la vérité absolue, enfin anatomo-pathologique, et malgré le fait que la patient avait voulu savoir, il a été grandiose (le senior), c'est-à-dire qu'il a dit : « Euh oui bon, euh, du coup à la fibroscopie on a vu il y a une petite inflammation mais on va attendre un peu on va voir, euh, on va s'en occuper, et puis on a vidé le liquide dans vos poumons alors vous allez pouvoir rentrer, on va voir, peut être on va vous faire un scanner après ». Enfin, il avait noyé le poisson d'une manière enfin (pause) odieuse et incomplète. Moi j'étais juste derrière et je mangeais mes notes et mon stylo de frustration pour le patient, pour ce que j'avais fait, voilà. Et je m'étais dit à ce moment là que vraiment c'est exactement ce qu'il ne faut pas faire. J'avais déjà vu ça dans un autre service, une annonce diagnostic qui avait été faite en 5 min à un patient SDF et puis après en temps qu'externe il nous avait demandé « Il a dis quoi le monsieur là ? ». Bah là, c'était un peu pareil, c'est-à-dire que le médecin est sorti et il s'est vite barré, ça a duré 5 min au total, en parlant d'inflammation, et ça a pas manqué qu'après, l'après midi et le lendemain, le patient il m'a redemandé. Et donc au final c'est moi qui ait fait une annonce diagnostic un peu comme, euh, enfin, autant que je pouvais après cet épisode là, mais voilà, en me disant je prend sur moi, je pense être honnête et voilà. Parce que j'avais pas peur, je sais pas, peur qu'il se suicide après ? Bah oui je pense que c'est un risque mais bon je me suis dit qu'il fallait lui dire la vérité avant. Mais je m'étais dis, quand il faudra annoncer un cancer, j'espère pouvoir ne jamais faire ça, et en même temps il est dans un service où il y en a beaucoup, et donc je comprend aussi que faire ça toute la journée, gérer que les patients cancéreux, ça doit être hyper lourd et il y a moyen de devenir un petit peu insensible, ou pas insensible, mais d'avoir envie de se protéger. Voilà.

Moi : Et toi en quoi ça t'a marqué le plus ?

Sujet 3 : Ce qui m'a marqué le plus, je dirai premièrement pour le patient, enfin sur le moment j'ai trouvé que c'était un manque de respect, un manque d'honnêteté, en même temps j'ai compris que c'était pour se protéger et parce qu'il avait pas envie de se faire du mal, d'annoncer encore un cancer de plus, mais euh, d'un autre côté je me suis dit si c'était moi, je mettrai d'abord l'intérêt du patient, le désir de savoir, avant mon propre intérêt disant bah voilà ça fait chier d'annoncer un cancer, j'aime pas ça. Voilà sur ce côté là. Et le petit bonus, le truc en plus c'est le fait d'avoir été désavoué, c'est-à-dire j'avais commencé à préparer le terrain, c'est peut être un cancer, bon on savait pas si c'était bénin ou malin, et se faire désavouer par le médecin comme ça qui parle d'inflammation pour noyer le poisson et après de devoir reexpliquer, enfin je m'étais senti trahi, alors que c'était pas pour moi, je m'en fou, c'est pas moi qui ait un cancer, mais ça donnait le sentiment de pas être épaulé et même d'être désavoué. Et il bousille un peu le travail qu'on a fait quoi, alors qu'il vient 5 min, enfin une heure deux fois par semaine, tandis que nous on était là tous les jours ! Donc voilà.

Moi : Et toi quel enseignement tu as tiré de cette situation ?

Sujet 3 : Ah bah quel enseignement, je dirai que j'aimera pas travailler dans un service comme ça (rire)! Mais que, pour les annonces diagnostiques qu'on peut encore être amené à faire en cabinet de ville, j'essaierai de faire comme on nous a appris de manière un peu schématique, enfin schématique (pause), un petit peu standardisée comme ça pour l'internat, mais qui sont les recommandations HAS de l'annonce d'un diagnostic grave. C'est à dire être tout seul avec la personne, au calme et tout, à chaque fois de bien faire ça. Parce que après dans les stages prat, ça m'est arrivé de revoir des patientes un peu âgées qui me redemandaient un petit peu si c'était un cancer ou une bactérie quand c'était une LLC (leucémie lymphoïde chronique), et voilà je devais lui reexpliquer. Mais comme quoi, même en médecine générale on peut être amené à diagnostiquer des cancers ou à répondre à des patients qui avaient pas compris, ou qui voulait une information

supplémentaire, donc là, j'avais bien pris le temps du coup en utilisant la technique du DMG (département de médecine générale) d'écoute empathique, reformulation, machin. Parce que à côté de ça j'avais vu, quand j'étais en stage de pneumo en tant qu'externe, j'avais vu le pire mais aussi le meilleur. J'avais vu l'annonce diagnostic qui c'était faite, HAS quoi, nickel, et la patiente bah j'avais vu que le résultat était bon quoi. Donc voilà, j'ai vu le pire et ce que je pense le mieux, du coup voilà j'espère, euh, ça donne une échelle et j'espère tendre vers le mieux quoi.

Moi : Et maintenant pour toi en quoi ça t'a été utile dans ta pratique ?

Sujet 3 : Ouais bah c'est ça, dans ma pratique le côté vraiment annonce du diagnostic grave, et même au delà de ça, c'est du coup, c'est l'honnêteté envers les patients, c'est-à-dire que si on respecte le principe d'autonomie, un patient même si on doit pouvoir le protéger ou présenter la chose de manière digérable, on lui doit quand même la vérité et pas se cacher derrière sa peur ou son envie de passer pour le gentil, il faut aussi à un moment savoir être honnête et savoir dire des choses qu'on connaît super dur à accepter et ne plaise pas, ou (pause). Et puis voilà, savoir accepter du coup les mécanismes de défenses, de faire un peu de psychologie et comprendre que c'est super dur et qu'il faut justement pour que ces mécanismes se gèrent de la meilleures façon, il faut que l'annonce soit faite de la meilleures façon. Parce qu'il y a rien de pire qu'une annonce qui est mal faite et après il faut essayer de rattraper, de recoller les morceaux, et y en a un qui dit ça et l'autre qui dit ça, enfin c'est encore pire quand il y a plusieurs intervenant, euh les gens se prennent le bec et ça entraîne des conflits quoi. Et c'est vrai que quand c'est une relation encore euh médecin patient dans un cabinet où c'est du un à un, on peut pas se cacher derrière les autres.

Moi : Ok, on peut dire que ça a modifié ta pratique ?

Sujet 3 : Euh ouais on peut dire que ça a modifié, par exemple euh cette dame avec un lymphome, ça a modifié ma pratique, après toute ces notions je les avait déjà vu en externat et j'avais déjà vu des annonces plus ou moins bonnes, et j'avais appris pour l'internat bah ce qu'on nous avait appris, mais je me suis dit vraiment en voyant ça, il faut que je fasse mieux quoi, il faut que je fasse au mieux parce que c'est intolérable, j'imagine que si c'était quelqu'un de ma famille, du coup si on commence à imaginer ça, du coup là c'est vrai que c'est dur à prendre dans les dents et c'est vrai qu'il faut se protéger sans se blinder, prendre un peu distance mais voilà quoi, se mettre un peu à la place des gens, des familles. Y avait ça et aussi le côté secret médical, parce que ce même médecin qui avait fait cette annonce, par contre pour dire des trucs bien « hard » à la famille dans le dos du patient, il y avait pas de problème ! Enfin bien « hard », dire la vérité un peu crue car un peu rapide et du coup les familles venaient voir aussi l'interne pour demander des informations. Donc nous on était en première ligne et c'était un peu lourd quand il y a avait plusieurs patients à gérer comme ça. Donc la famille aussi, le côté secret médical, c'est-à-dire je le dis au patient et après si besoin j'en parle à la famille avec son accord.

Moi : Et toi suite à ça tu en avais parlé à quelqu'un, un senior ou tes cointerne ?

Sujet 3 : Ouais, j'en avais parlé d'abord avec mes cointernes qui étaient dans le même état de désespoir que moi concernant l'absence de soutien et de seniorisation efficace de ce côté là. Avec l'autre médecin du service qui était bien d'accord aussi, avec même les infirmières et le médecin de soins palliatif. En gros tout le monde était dans la même situation, un service entier qui était en porte à faux avec le chef de service. Mais même si on essayait par les voies hiérarchiques de dire que peut être il faudrait faire autrement, c'est pas facile de changer un vieux prat qui (pause). Mais oui j'avais pu en parler, mais typiquement, ce genre de situation qui est renouvelée et répétée plusieurs fois avec un service qui dysfonctionne essentiellement à cause de ça, peut être pas que ça, mais surtout à cause de ça, et voilà c'est un peu pour ça que j'ai fais un burn out une semaine avant la fin du stage quoi, c'est pas étonnant quoi.

Moi : Ok, bon, alors on va peut être passer à la bonne situation car il y en aussi des bonnes ! Tu peux me la raconter ?

Sujet 3 : Bah la bonne c'était dans un stage que j'avais beaucoup plus apprécié, c'était un stage d'addictologie à « Censuré ». Avec deux praticiens qui étaient en fait deux anciens médecins généralistes qui ont ensuite fait une capacité d'addictologie et qui connaissent bien l'ambulatoire et aussi du coup l'hospitalier. Et donc c'est un service de trente lits avec quatre vingt dix pour cent d'alcooliques et puis un ou deux heroinomanes en même temps et puis voilà quoi, tabac et cannabis, mais c'était souvent tout en même temps. Et il s'est avéré, je crois que c'était en milieu de stage, qu'à un moment il y ait peut être trois ou quatre heroinomanes en même temps. C'est vrai que dans un service de trente lits du coup c'est plus difficile à gérer que le patient alcoolique et puis parce qu'il y a ce côté, enfin ce sont des marginaux toxicomanes et donc, euh, ils sont plus difficile à canaliser et à cadrer. Et à un moment, on s'est aperçu, parce qu'il y a un patient qui nous l'avait dit à un moment, qui avait craqué, qu'il y avait un trafic d'héroïne à l'intérieur même du service. C'est à dire que les heroinomanes limitaient initialement les patients alcooliques ou leurs proposaient. C'est à dire qu'entre eux ils faisaient une espèce de trafic, ils se fournissaient en sortie. Mais surtout pire que ça, que de se faire du mal à eux, bah ils proposaient à des patients qui étaient alcooliques simples ou qui avaient arrêté d'autres substances, ils leur reproposaient, leur remettaient sous le nez des substances dures. Donc ça on s'en était aperçu, donc la personne qui nous l'a dit, on a bien fait gaffe de pas la stigmatiser, enfin de ne pas la « vendre », mais du coup ça nous a forcé à nous poser des questions sur quelle conduite à tenir et sur comment on pourrait faire pour essayer de gérer cette situation qui est pas hyper habituelle, un peu spéciale. Et donc en fait du coup, bon les patients on les connaissait, on savait qui c'était, mais le risque c'était d'accuser un tel à la place d'un autre, ou de tous les mettre dans le même panier. Et ça aurait stigmatisé des gens qui sont du coup déjà des marginaux et qui sont les quatre heroinomanes du service comme ils sont les marginaux de la gare. Et surtout ne pas accuser à tord des gens qui avaient rien fait. Donc ça c'était un peu difficile, du coup ça a été une discussion qui s'est faite en amont, une discussion réfléchie entre les médecins. En tenant compte de mon avis aussi et de l'équipe infirmière, sur savoir un peu comment on pouvait faire. Donc les avis de tout le monde, tous les avis ont été consultés. Et donc ça a été un dépistage urinaire de substance. Et voilà, donc on a fait tourner tout le service pareil pour pas qu'on se focalise juste sur ceux qu'on soupçonnait globalement. Donc on a vu que y en a qui payaient les autres pour uriner à leur place, donc du coup ça aussi on l'a su. Donc finalement, plus que la difficulté de gérer cette situation médico sociale d'addiction, en fait, c'était plus gérer le côté, euh, humain de la chose et en fait ce qui était difficile, c'est de ne pas passer pour des « flics ». Comprendre les gens, ne pas accuser à tord, et ensuite avoir la réaction adaptée. C'est-à-dire bon bah celui qui est effectivement pris « la main dans le sac », mais ça c'est aussi un terme policier, mais, bah du coup il y avait un contrat au début d'admission, donc il quittait le service quoi. Donc on n'allait pas appeler la police justement, mais c'était dans le contrat et les gens qui rompent le contrat quittent le service. Et puis ce qui m'avait marqué, qui avait cristallisé un peu cet épisode, c'est qu'à un moment, euh, j'en discutais avec un des médecins du service et c'est moi qui parlait et j'ai dis un truc genre : « Bah du coup monsieur X il a avoué qu'il avait consommé et proposé aux autres ». Et là en fait tout de suite il m'a repris et il m'a dit : « Non, on dit pas 'avouer', 'avouer' ça sous entend qu'il a menti et qu'on contrôle et que c'est nous qui avons en gros la vérité et que c'est nous qui avons la responsabilité, donc on peut dire il a 'reconnu' ou 'il a dit que', mais 'avouer', il y a un côté où il y a presque un jugement moral, je suis le juge et l'autre il a fait une erreur et c'est à nous de le punir. Non, à la rigueur il a reconnu et il a dit que c'était lui mais voilà ». Et sur le coup ça m'a fait un petit comme si j'avais insulté un copain quand j'étais enfant et que mon père m'avait repris en disant : « Non on dit pas ça même pour rigoler, on traite pas les autres de 'mongols' ou quelque chose comme ça ». Et bah c'était à peu près le même effet et du coup je me suis dit : « Ah ouais c'est vrai faut faire gaffe à ce qu'on dit et il y a des mots qui tout de suite induisent un

jugement de valeur, qui mettent l'autre dans une situation de coupable ». Donc faut faire gaffe à ce qu'on dit, et faut faire parler les gens et après quand on reformule (ne finit pas sa phrase). C'est vrai que c'est un exercice d'équilibrisme, on peut considérer ça comme équilibriste. Y en a qui considère ça comme une joute verbale et il y a le côté confrontation mais vraiment de peur être parler un petit peu moins, de respecter les silences pour préparer ce qu'on va dire et se demander : « Est ce que c'est adapté à cette personne et est ce qu'en disant ça je vais pas la culpabiliser, lui faire peur, la faire pleurer ». Enfin voilà des choses comme ça.

Moi : D'accord, et toi dans cette situation là ce qui t'a marqué c'est ... ?

Sujet 3 : Bah voilà c'est cette vision assez, enfin très euh globalement dans ce service très humaniste de la personne dépendante, au delà des clichés, au delà de ce que pensent beaucoup de médecin ou beaucoup d'interne qui ont des difficultés avec ce type de patient. Euh voilà justement je me suis dit, bah franchement, ces patients humains qu'il faut aider (réfléchit), et même quand on fait attention, et bien malgré tout des fois on arrive à laisser transparaître des notions de valeur, de culpabilité, de justice qu'il faut éviter et je sais que ça, c'est quelque chose de difficile à entretenir. Et de garder un petit peu ses réserves et notamment au cabinet quand par la suite on est confronté un peu à des patients pareils, euh, heroinomanes, et qui viennent avec des demandes de substitution plus ou moins louche, et pour lesquels il faut se positionner en disant : « Ah bah non je peux pas vous le faire, non je ne vous le ferez pas mais c'est pas par ce que je vous déteste ou que je vous méprise ou que je vous sens coupable et que je sens très bien que vous essayez de m'avoir, c'est par ce que je pense que c'est pas bon pour vous et je suis pas habilité par la loi ». Et voilà, ne pas juger, et dire : « Ah non je fais ça pour ça et pas par ce que j'ai un sentiment négatif envers vous.

Moi : Et toi en terme de relation médecin malade en quoi ça t'a été utile pour ta pratique ?

Sujet 3 : Et bah c'est ça c'est, d'abord pour reprendre le même exemple au niveau toxicomanie, j'en ai revu donc dans mes stages praticiens sur les six praticiens que j'ai vu, chacun en avait peut-être une dizaine ou plus ou moins. Et j'en ai vu du coup trois pour chaque quoi. Donc déjà pour gérer ces patients là, c'était plus simple, ça me permettait de poser les questions de manières claires, c'est-à-dire une fois qu'on s'est un peu affranchis de ce côté génie triviale, on demande objectivement : « Bah du coup vous prenez ça, vous en avez pris combien, double dose, machin ... ». Ou : « Il vous en reste pas, vous avez pris à qui, la dose de votre fils ? ». Des trucs comme ça, et finalement de parler de manière franche et claire et bah les gens souvent ils répondent : « Ah bah ouais, j'ai pris ça, je me le suis injecté, ouais j'ai fait le con ». Et du coup ça égalise, ça neutralise un peu ces barrières qu'on se place nous même vis-à-vis des patients qui sont, c'est vrai parfois difficile à gérer mais qu'il faut pas diaboliser. Et voilà, il y a ce côté là, qu'il faut pour le patient toxicomane avoir un discours clair, savoir recadrer quand il faut mais pas être juste désagréable tout du long pour espérer qu'il aille voir un autre médecin. Discuter clairement de ce qu'ils prennent et de comment ils se sentent et tout, au lieu de juger. Et après plus, globalement oui, c'est pour tout les patients d'ailleurs que ce soit pour ça mais c'est pareil pour l'hypochondriaque, la fibromyalgique, tous ces patients un peu plus difficile que le rhume ou le gamin qui va bien. Euh voilà, de ne pas laisser apparaître le contre-transfert, le sentiment d'agacement, de perte de temps, de machin, euh voilà d'être capable de prendre un peu de recul à chaque consultation, même si c'est pas facile, même si on a pas beaucoup de temps. Et à la rigueur plus pour ces patients difficiles, faire preuve d'encore plus d'empathie. Parce que finalement faire preuve d'empathie, bon même pour un rhume hein, les gens ils croient avoir une tumeur cérébrale ou une otite très importante et ils peuvent s'imaginer des trucs. Donc même là il faut les écouter je pense. Mais spécialement pour les gens difficiles ou très anxieux ou très dépendant, eux, encore plus faire attention à ce qu'on dit et parce que je pense qu'ils le retiennent principalement. C'est à dire qu'on peut passer vingt, trente minutes à leur expliquer les risques de prendre de la méthadone et faire un mésusage ou quoi, mais si dès le début on a dit : « Mais donc vous avouez que vous avec pris tant de ça », il va se dire : « Mais je suis chez un flic ! ». Euh voilà, la relation est rompu dès le début, voilà.

Moi : Et euh est ce que tu en avais déjà parlé à quelqu'un là bas, à tes seniors, de ces caractéristiques de la relation médecin malade ?

Sujet 3 : Ah bas les caractéristiques par rapport à l'exemple précédent, c'était exactement l'inverse. C'est-à-dire qu'à ce moment où j'ai dis ce mot « avouer », tout de suite on m'a repris, plutôt que d'attendre ou machin, tout de suite on m'a dit, sans me juger hein, gentiment, pas comme un maître à son élève, mais comme un médecin à un autre, en disant « Bah moi j'aurais plutôt fais comme ça », donc déjà ça c'est appréciable. Tout de suite ça m'a permis de corriger le tire, même si j'aurais pas forcément répété ce mot. Voilà, et j'ai certainement plus appris comme ça que dans des situations qui traînent ou ... voilà. Et surtout sur le coup, vu que ça a pas traîné, que tout de suite je me suis rendu compte : « Ah bah oui c'est vrai j'aurais pu dire autrement », j'ai pas ressenti le besoin d'en parler à un autre chef parce que du coup j'en avais déjà bien discuté avec ce premier médecin. L'autre médecin du service c'était pareil, plus qu'un chef, finalement un collègue, et même avec mon rôle d'interne c'était très agréable. Donc je n'avais pas eu besoin d'en parler non plus, c'était un service ou tout le monde communiquait et il y avait vraiment kiné, ergothérapeute, psychologue donc des grands trucs, euh c'était bien, tout le monde parlait. Donc il n'y a pas eu de non-dits, il y a pas eu de jugement de valeur. Vis-à-vis du coup des patients, euh, il y a pas eu de retour négatif des patients et il y a pas eu de jugement interne à l'équipe genre : « Ah vous avez vu l'interne il a dit ça ». Voilà, il y a pas eu ce genre de truc, tout de suite ça a été désamorcé, tout de suite ça a été corrigé et donc je m'en suis senti non seulement pas mal, mais en me disant : « Bah ouais là j'ai appris un truc plus utile que ce qu'on peut apprendre des fois en CHU ». Voilà.

Moi : Ok. Tout ce que tu m'as dit là, les 2 situations que tu m'a évoqué, est ce que tu en avais conscience avant qu'on en parle de ce que tu en avais appris finalement ?

Sujet 3 : Euh ouais parce que j'ai pris les 2 exemples, enfin j'aurais pu en trouver d'autres mais peut-être ceux qui m'avaient marqué le plus quoi vraiment humainement, vraiment le côté humain quoi, c'était pas le côté médical. Côté médical il y a le côté erreur, bah voilà bien que l'annonce diagnostic quelque part ce soit une erreur médicale de faire une mauvaise annonce, mais bon euh c'était vraiment voilà le côté humain, en se disant : « Bah voilà, ça c'est le top, ça c'est le pire ». Donc oui c'est des exemples que j'avais gardé en mémoire et que des fois quand on discute entre interne, je leur dis, je le répète : « Vous savez y avait machin il avait fait ça ». Ou d'une autre façon quand on parle d'un patient toxico je dis : « Oui mais voilà ... ». Je peux prendre ça comme exemple, mauvaise exemple et bon exemple, et oui donc j'y avais déjà un peu réfléchi.

Moi : Et comment tu te perçois toi actuellement dans la relation médecin patient ?

Sujet 3 : Euh comment je me perçois ? Comment je perçois ma relation ? Mon rôle ?

Moi : Comment tu te perçois, par exemple tes points forts ou tes points faibles ?

Sujet 3 : Alors je me sens relativement à l'aise, dans la mesure où je ..., bah voilà j'ai bien profité d'enseignement qu'on a bien voulu nous donner à la fac pendant l'internat de médecine gé à Lyon. Sur tout ce qui était bah, écoute empathique, même si en premier semestre ça

paraissait complètement technocratique, ou je sais pas, un peu des termes pompeux qui me parlaient pas tout de suite. J'étais en stage d'urgences et ensuite tout de suite après le stage d'urgences j'étais en addicto et c'est là que rapidement et peut être même plus tôt que les autres internes, j'ai pu tout de suite mettre à profit ces techniques, recadrages, euh écoute empathique, euh respect du silence et tout, parce que je passais quarante cinq minutes à discuter tous les jours avec deux ou trois patients dépendants et donc voilà je me suis un petit peu quelque part « fais la main » mais ça, plus le côté multidisciplinaire, tout de suite ça a mis, notamment avec les psychologues et les médecins du service qui étaient anciens médecins généralistes, tout de suite ça a mis dans un bain euh voilà de, de..., que c'était quelque chose de primordiale. Donc chose que après j'ai pas pu développer dans d'autres services. Enfin j'ai essayé de faire au maximum mais dans les services bon bah de gynécologie ou de pneumologie où c'était moins, enfin il fallait quand même le faire mais voilà où j'aurais pu ne pas l'apprendre disons. Et j'ai eu la chance de l'apprendre assez tôt et de le mettre à profit au maximum dans les stages où ça marchait bien, et de faire au moins ce que je pouvais dans les stages où ça fonctionnait mal. Et puis dans les stages prat et bah là je me suis du coup bah un peu éclaté. Enfin voilà, j'ai essayé de mettre à profit pareil au maximum, euh puis je pense que j'ai eu beaucoup de chance aussi sur les six médecins de stage praticien et SASPAS. Sur les six médecins que j'ai eu, les six tous à leur manière faisaient du vingt à trente minutes par consulte et écoutaient vraiment beaucoup les gens et de toute façon utilisaient consciemment ou (réfléchit), bah non de toute façon consciemment, toutes les techniques. Et ils m'ont dit en supervision directe « Bah là tu vois ce patient, t'aurais peut-être du lui dire plutôt ça. Dire que le SPASFON ça marchait pas c'était pas..., enfin moi j'aurais plutôt fait comme ça ». Donc toujours très constructif, euh, une pédagogie très progressive. Donc vraiment j'ai pu mettre à profit. Et du coup maintenant je me sens à l'aise et je débute des remplacements. Voilà, je me sens près à discuter sereinement avec la majorité des patients et du coup ça ne me fais pas peur, j'ai pas peur de tomber sur un toxicomane, une fibromyalgique, même si comme tout le monde hein je peux être des fois mis en difficultés. Mais j'ai donc au moins un peu les connaissances théoriques pour prendre du recul, euh, analyser un peu les choses. Après je pense que du coup pareil, si on fait ça, on passe beaucoup de temps à écouter les autres, c'est bien de débriefier et dans parler à d'autres médecins et je pense que je vais essayer de voir si je peux être dans un groupe de pairs ou un groupe balint, ça c'est le genre de truc qui m'intéresse bien et après vraiment pour la relation médecin malade je dirai que voilà, j'ai ces bonus, j'ai cette facilité à écouter et c'est pas forcément facile, voilà, surtout si on l'apprend pas. Après du coup moi c'est plus le côté, c'est l'inverse, c'est-à-dire, euh, recadrer des fois pour moi c'est encore un peu difficile et puis savoir dire non c'est toujours le truc qu'on nous apprend pas assez, mais savoir dire non, savoir des fois être un peu strict. Voilà c'est ça l'écueil principal dans la relation médecin malade.

Moi : Ok, et toi qu'est ce qui t'a été le plus utile dans tes études concernant l'apprentissage de la relation médecin patient ?

Sujet 3 : Bah du coup il y avait les bases théoriques qu'on nous apprend pendant le premier semestre, le séminaire euh écoute empathique, relation médecin malade, mais ça c'est les bases théoriques et effectivement si par la suite on les développe pas, on oublie, et on se dit : « Ah ouais ouais ouais, recentrer, remachin, reformuler ... » et puis on le fait quand même mais euh on oublie. Donc plus que ça, je dirai que c'est vraiment mon stage en addictologie, avec des patients qui avaient tous un problème psychologique au sens large, avec une équipe et des psychologues qui avaient des médecins qui faisaient beaucoup de psychologie, euh voilà, c'est ça qui m'a permis d'apprendre au mieux la relation médecin malade.

Moi : Ok. Et là par la suite tu aimerais faire des formations plus approfondies sur la relation médecin malade ?

Sujet 3 : Euh ouais ouais par ce que du coup dans les médecins que j'avais, il y en a un qui faisait un DIU de psychologie justement, de relation médecin malade, euh psychothérapie de soutien également, alors ça c'est un truc qui m'intéresserait parce que la psychothérapie de soutien ça peut vouloir dire pas mal de chose, c'est marqué dans les choses, dans les actes que les médecins peuvent faire. Il y a beaucoup de médecin d'avant qui ont pas été formé et qui se sont formés petit à petit et qui du coup en font. Mais moi après si à la rigueur je pouvais réapprendre de façon un petit peu plus approfondis, poussée, des techniques relationnelles comme ça en plus, bah je pense que ça me rendrait bah encore un peu plus efficace. Y a ça puis après il y a un autre truc qui m'intéresserait aussi pareil dans le même style c'est la gestion du deuil. Parce que des fois médicalement on est amené à gérer, à faire une annonce de diagnostic grave, à gérer les gens qui ne vont pas bien et à discuter avec leur famille mais souvent après c'est difficile de réagir face aux familles. Donc euh éventuellement y a ça qui m'intéressait mais bon après euh il y a des tas de DU et j'espère que je trouverai le temps d'en faire. Et voilà.

Moi : Ok, bon bah on va en rester là. Merci.

SUJET 4

Femme, 27 ans, mariée, sans enfant, externat à Lyon, 6^e semestre en SASPAS, a déjà fait des remplacements, a fait stage praticien
Rencontre à mon domicile à 11h30
Durée : 43 min 8 sec

Moi : Je t'avais demandé de réfléchir à 2 cas, un bon et un mauvais, expériences que tu as eu sur le thème de la relation médecin patient, où tu as observé ton maître de stage ou un senior et dont la situation t'as marqué en bien ou en mal. Et bien on va commencer par euh laquelle t'as été le plus facile à trouver ?

Sujet 4 : Celle qui m'a marqué, euh, en fait ce qui m'a marqué sur le coup en mal mais qui en fait je pense que c'était la bonne attitude à avoir. Ça marche ? Ça marche pas ? C'est un peu compliqué !

Moi : C'est très bien, allez on commence par ça.

Sujet 4 : Donc j'étais interne en médecine interne, c'était une patiente qui venait pour un bilan de trouble confusionnel dans un contexte de diabète, elle avait eu un néo du sein. Donc elle était effectivement confuse avec une obnubilation qui était non critiquée, on lui fait un scanner et on trouve une lésion cérébrale. Voilà. Et donc bien sûr, tout le monde part sur des méta de son sein, euh, et c'était un peu particulier parce que le chef de service était très proche de cette famille. Et donc, euh, il les voit pour annoncer du résultat du scanner et finalement il a rien dit à la femme, il a tout dit au mari. Et il se trouve que le mari était médecin. Bon. Et euh moi sur le coup j'étais vraiment scandalisée tu vois, qu'on dise rien à la femme, qu'on fasse porter tout le poids de l'angoisse par le mari, que vraiment c'était parce que, euh, ils ont décidé de rien dire, pas un mot à la femme et donc de tout dire au mari, euh, le médecin, euh, ils se connaissaient bien, il lui a expliqué. Voilà. Et après le lendemain on faisait le tour et on a dit à la femme que l'on poursuivait le bilan, que le diabète était un peu déséquilibré, voilà, que l'on allez voir en fonction des résultats etcetera. Et donc on ne lui a pas dit du tout qu'on avait trouvé une lésion cérébrale suspecte etcetera.

Moi : D'accord.

Sujet 4 : Et donc en fait finalement elle a été muté en neuro et c'était un méningiome et pas du tout une métastase. Bon, c'est la fin de l'histoire médicale, et ce qui s'est passé sur le plan relationnel c'est que moi j'étais vraiment scandalisée et en fait en médecine interne on avait pas un bureau séparé, c'était un bureau des internes qui était commun avec le bureau des infirmières et tout le monde nous entendait. Donc je discutais avec ma cointerne car j'étais hyper remontée qu' on fasse porter tout ça au mari, que personne ne s'était posé la question de ce que elle elle voulait savoir, que tu vois tout ce qu'on peu imaginer, voilà, et donc il se trouve que la chef de clinique qui passait dans le couloir a entendu ce que je racontais et donc j'ai été convoqué pour discuter de la relation médecin malade etcetera. Et donc elle m'a expliqué que au premier abord on pouvait penser que c'était comme ça et que finalement ils se connaissaient bien et que c'était finalement le plus adéquate, euh, pour la patiente, etcetera. On a discuté tu vois autour de ce cas et moi j'étais pas du tout convaincu. Et puis en fait c'est un cas qui m'a beaucoup marqué et qu'aujourd'hui quand j'y réfléchi je pense que c'était ce qu'il fallait faire tu vois. Et je pense que ça m'a beaucoup appris parce que ça m'a obligé à réfléchir. Finalement quand on est externe ou au début de son internat, ce qu'on apprend de la relation médecin malade c'est qu'il faut dire les choses que gna gna gna. Et en fait finalement, quand t'as de l'expérience, tu te rends compte que y a une dynamique dans le couple. Et il peut y avoir une séparation dans les deux, que le médecin justement quand il te connaît bien il sait ça, il sait que bah cette femme peut être que pour le moment il ne fallait peut-être pas la surcharger de ça par rapport à son histoire personnelle, par rapport à son cancer. Alors que le mari lui était capable de porter cette démarche diagnostique tout seul et de trouver les mots qu'il fallait et que finalement le rôle de médecin là c'était peut-être plutôt de ..., d'annoncer au mari et d'accompagner le mari qui ferait un bout de chemin avec sa femme et, euh, moi c'est comme ça que je le vois aujourd'hui, mais sur le coup vraiment j'étais très, euh, remontée (rire). Voilà. Je sais pas si c'est ce qu'il fallait ?

Moi : T'inquiètes, c'est très bien. Et toi par exemple quand c'est le mari ..., je sais pas, déjà il l'a annoncé au mari en priorité c'est ça qui t'a choqué, mais toi tu étais présente quand il l'a raconté, quand il l'a annoncé ?

Sujet 4 : Bah euh en fait c'était ma patiente donc j'ai accompagné le chef et j'ai pas assisté à tout parce qu'ils étaient amis et donc ..., mais une partie ouais.

Moi : Et tu te souviens comment ça c'est passé, euh, l'annonce en elle-même, le contexte ?

Sujet 4 : C'était très médical, en fait le mari était médecin donc, euh, c'était très médical, L'aspect de la lésion, est ce que ça expliquait ou pas le tableau. Et c'était assez drôle parce que en fait c'était une personne qui était très, euh, la patiente était très obsédée par son diabète et si tu veux du coup ça avait déplacé la question, d'un seul coup notre service se retrouvait à dire « le diabète n'est plus important », alors que c'était la position dans laquelle on était avant, donc c'était assez étrange comme position parce qu'on expliquait du coup « le diabète est pas important », parce que c'était pas la priorité du moment quoi. Et du coup je pense que ce qui jouait beaucoup c'est qu'ils se connaissaient bien, et donc que le mari de la femme qui était médecin avait de l'estime professionnelle en plus pour Dr X et que du coup, euh, il avait envie de se laisser porter parce que c'était lui.

Moi : D'accord, et toi quand t'étais là tu te souviens comment s'est passé (je réfléchis). Lui il est resté très technique alors, tu disais, mais finalement il aurait pu laisser transparaître des sentiments vu qu'ils étaient amis ?

Sujet 4 : Dr X était très chaleureux, en disant : « On va voir ce qu'il va se passer », euh , « On sait pas encore ce que c'est ». Mais le mari était très dans le contrôle : « Je veux rien lui dire, on sait pas encore ».

Moi : Donc ne rien dire c'était plus l'avis du mari finalement que du chef de service ?

Sujet 4 : Ouais, non, mais c'est vrai ça doit être ce qui c'était trouvé dans le, la relation. J'avais pas réfléchi à ça comme ça, mais oui probablement. Moi j'ai eu l'impression que c'était X qui avait conclu comme ça : « On dira rien », mais clairement c'est vrai que donc c'était plutôt ce qu'ils avaient conclus à deux. Mmmh.

Moi : D'accord. Et toi alors qu'est-ce qui t'a le plus marqué dans cette situation là ?

Sujet 4 : Mmm... Ce qui m'a le plus marqué c'est que (réfléchit), finalement la relation médecin malade c'est aussi (réfléchit), c'est aussi en tant que médecin porter sa propre problématique tout seul, c'est-à-dire que moi j'aurais eu envie que ça soit la femme qui décide tout, mais dans un sens je l'aurais laissé avec toutes ses angoisses à elle, alors que finalement le questionnement il pouvait très bien être vécu tout seul en amont par le médecin et son mari sans que elle elle ait à porter ça. Sa situation étant déjà assez compliquée comme ça quoi. Mais spontanément comme interne on a pas forcément appris à se poser les questions comme ça.

Moi : Parce que tu as appris ça comment quoi toi ? (Rire)

Sujet 4 : (Rire) Non mais j'ai plus l'impression que ce qu'on avait appris c'était : « Tu te rends compte, elle pourrait devoir choisir librement ! ». Euh tu vois ce genre de trucs quoi. Alors que finalement sa liberté était où exactement ? Je sais pas, mais pas sur que ce soit vraiment sa liberté qu'on ait sacrifié. Et que c'est plutôt pour la protéger d'une démarche..., et finalement quand tu réfléchis, euh, au diagnostic final qui était de méningiome, c'était assez vrai finalement. A quoi ça servait finalement de la replonger dans des angoisses de mort alors que son traitement (de cancer du sein) était fini, alors que finalement c'était bien un méningiome. Donc finalement il y avait pas, il y aurait pas..., si on avait fait comme moi je l'ai senti, c'est-à-dire tout balancer à la femme, elle aurait fait toutes ses angoisses pour ... rien.

Moi : C'était pas rien quand même, et elle est même allée à Neuro tu m'as dit.

Sujet 4 : Oui oui oui.

Moi : Donc à un moment donné elle était au courant de toute façon ?

Sujet 4 : Ouais.

Moi : On lui a pas dit : « Vous allez à neuro pour le diabète ! » (Rire)

Sujet 4 : (Rire) Non non, on lui a dit qu'elle allait à neuro pour son tableau neuro, sa confusion, je sais plus ce qu'elle avait, elle avait (réfléchit), je me souviens plus, mais elle avait de quoi justifier d'être hospitalisée en neurologie. Mais elle, quand elle est venue, elle était persuadée que c'était à cause de son diabète, alors qu'en fait elle avait un diabète minime quoi, tu vois genre avec deux ADO et puis tout va bien quoi. Donc c'était pas le problème. Mais (réfléchit), si, ce que ça m'a appris c'est que c'est facile de l'extérieur de juger de la relation médecin malade mais que finalement celui qui était le plus juste c'est celui qui connaissait le mieux la..., les gens. Je crois qu'on sous estime beaucoup ce qu'il se passe dans la relation médecin malade quand on est interne.

Moi : Ouais.

Sujet 4 : Quand, surtout quand on est en service, parce que je pense après, quand on est en cabinet, c'est différent, les patients y reviennent toujours rediscuter de ce que c'était dans les services (sourire espiègle).

Moi : D'ac. Et toi bah pour rebondir sur ce que tu dis là, quel enseignement tu as tiré de cette situation ?

Sujet 4 : Mmmh, prendre le temps, prendre le temps et euh oui, que c'est pas toujours pertinent de tout dire tant qu'on sait pas. En tant que médecin on..., notre devoir c'est d'anticiper les démarches et le questionnement. On sait comment ça va se passer, le patient il le sait pas et on a le temps, en réalité on a aucune urgence, euh, d'aller tout dire quoi. On peut prendre le temps de connaître le patient si on le connaît pas, on peut prendre le temps de connaître la situation, on peut prendre le temps de connaître ce qui va se passer, on a... La seule urgence c'est de nous-même affronter nos propres angoisses. Mais en réalité on a vraiment tendance à se dire : « Oh mon dieu, on a un diagnostic et qu'est ce qu'on va en faire et comment elle peut continuer à vivre sans ! ». Mais elle peut vivre deux semaines sans le savoir, d'ailleurs elle vivra aussi bien, plutôt que de lui offrir deux semaines d'angoisses. Alors que finalement, ce qui est pertinent, c'est-à-dire, euh : « Qu'est ce qu'on va en faire ? », « Qu'est ce qu'il va se passer pour elle ? », on le saura que dans longtemps.

Moi : Ouais.

Sujet 4 : Et il y a probablement des gens qui ont besoin hein, de savoir, mais là dans ces circonstances là moi je l'aurais fait, euh, de façon erronée c'est sur. Mmmh.

Moi : Ok. Et tu disais que tu en avais parlé avec la chef de clinique un peu malgré toi (sourire) et qu'est ce que vous en avez dit ?

Sujet 4 : Mais en fait la chef de clinique était très en colère, pas parce que je comprenais pas la position, mais parce que du coup j'avais commenté la position dans le bureau commun. Et que du coup l'équipe entendait mon, ma colère, par rapport à cette position, tu vois, et ce que ça pouvait renvoyer de euh : « Les médecins du service sont incomptents ». Enfin tu vois ce genre de chose quoi . Et euh non, elle, elle m'a expliqué que (pause longue), justement que ce que je savais pas c'est qu'ils se connaissaient beaucoup et (pause et sourit), nan mais j'allais citer Saint Exupéry, mais : « L'essentiel est invisible aux yeux ». C'est-à-dire que ce qui se passait dans cette relation, euh, j'avais l'impression de le savoir et je le savais pas.

Moi : Il te manquait des données quoi.

Sujet 4 : Ouais, euh non, mais qu'on apprend pas du tout à gérer en temps qu'interne, euh, ce qu'il se passe dans un couple. Il y a une dynamique propre et nous on connaît le patient en temps que patient mais on le connaît pas forcément dans son fonctionnement de couple. Quand les assistants et les PH et les chefs ils les voient dans le cadre des consultations, ils les voient dans leur vrai situation, comme toi tu les vois au cabinet, MmeMachin vient toujours avec son mari, ou Mr Machin vient toujours tout seul, ça veut dire quand même quelque chose d'eux, et, euh, mais toi quand tu es en hospit, ils sont tout nu et en chemise de nuit, et ils ont pas le choix quoi (rire), et c'est pas la situation la plus pertinente de ce que eux ils sont, de ce que eux ils veulent. Et finalement, elle a remplacé les choses comme elles sont, c'est-à-dire que moi ça va me prendre cinq minutes d'annoncer le diagnostic et je dormirai bien, et elle une fois qu'on aura dit ça, ça vie c'est un gouffre. Enfin, on a changé de monde, on est passé de l'autre côté du miroir quoi, et une parole en tant que médecin peut rester là cent ans dans la tête du patient, et que la parole c'est une arme hein et faut savoir la manier correctement.

Moi : Ok, et toi maintenant dans ta pratique, en quoi ça t'a été utile cette situation là ?

Sujet 4 : Euh bah ça m'est très utile ! Moi, je pense que la reflexion générale sur euh de prendre le temps et je trouve qu'en plus en médecine générale, on a cette facilité à pouvoir prendre le temps. Mais en temps qu'interne justement on a tendance à vouloir tout résoudre, tout au même moment. Les dix problèmes qu'ils ont posé pendant la consultation (sourire), alors qu'en fait on a la possibilité d'avoir le temps, comme un allié thérapeutique, qui nous aide, qui nous oriente, que euh... Le patient fait son chemin hein, le patient il existe indépendamment de la demi heure où tu l'as vu en consultation de toute façon. Donc en fait on est pas pressé. Mais ça en fait je crois que c'est vraiment ça que j'ai appris, qu'on est pas dans l'urgence et que ce qui peut nous apparaître sous un certain jour quand on est interne et qu'on connaît que partiellement une situation, nous apparaît très différemment quand on a été dans le cadre d'une relation qui est longue et qu'on a eu le temps d'avoir une alliance thérapeutique. Les choses prennent du sens dans le cadre d'une alliance thérapeutique et quand on est interne on a l'illusion que cette alliance thérapeutique elle peut se créer comme ça en une hospitalisation euh bam ! Alors qu'en fait, quand tu fais du cabinet tu finis par savoir qu'il faut du temps, que toutes les relations ne deviennent pas thérapeutiques et que justement quand on a la chance d'être dans une alliance thérapeutique on peut arriver à faire des choses qui sembleraient contraire à la déontologie qu'on apprend, et qui pourtant sont celles qui sont justes et qui sont dans la vie du patient et qui sont ce qui va le faire avancer et le faire se soigner, le faire guérir, etcetera. Alors qu'en fait euh, tout ça, ça dépend de quelque chose de long et donc d'avoir du temps.

Moi : Ok, et toi depuis en quoi cette situation a pu modifier ta pratique ?

Sujet 4 : Je suis vigilante sur ce que je dis, et d'essayer de pas faire le pas avant le patient quoi, et c'est difficile. C'est difficile parce que des fois on a l'impression de détenir une clef, enfin moi je fais beaucoup de psy hein dans la patientèle, donc euh des fois t'as l'impression de connaître la réponse et tu peux pas faire le pas à la place du patient hein, faut attendre qu'il arrive à son chemin. Parce qu'en fait ce temps, il fait parti de la guérison et euh, il faut prendre sur soi. Et aussi d'être vigilant de ce que les autres connaissent du patient. Par exemple, quand le patient il a une vrai alliance thérapeutique avec un autre soignant, heu, des fois ton rôle c'est pas de recréer une alliance thérapeutique mais d'être un tiers, genre euh, le patient je sais pas, qui va être dialysé, qui est insuffisant rénal, qui a sa relation de confiance avec le néphrologue, que c'est quelque chose qui a été construit, ton rôle c'est pas forcément de gérer ça. Ça se passe à travers eux, et d'être le tiers dans cette relation.

Moi : Ok on va en rester là pour cet épisode. Et donc tu m'avais dis que tu avais une autre situation, la mauvaise c'est ça ? Est-ce que tu peux me la raconter ?

Sujet 4 : C'était en stage prat, donc une consultation au cabinet, c'était un patient de mon prat, euh mon prat qui était un homme, et le patient de mon prat qui était un homme de la cinquante - soixantaine qui venait pour résultats de biologie. Et donc, avant la consultation, mon prat me prend à part et il me dit : « Oui alors là tu dis rien ». Parce que comme était d'habitude notre relation, moi j'intervenais assez librement hein, et donc là : « Tu dis rien hein, pas de commentaires etcetera voilà ». Et euh en fait, c'est l'annonce d'une cirrhose éthylique, parce qu'il avait une insuffisance hépatocellulaire et 3g d'alcool sur sa prise de sang d'ailleurs. Voilà le contexte. Et mon prat était très très mal à l'aise avec l'alcool, vraiment un truc de fou et là j'avais rien le droit de dire. Donc c'est comme ça que s'amorce la consultation. Alors que d'habitude il me commentait jamais le patient d'après. Alors voilà, le patient arrive avec les résultats de sa prise de sang qui sont catastrophiques et tu pouvais pas euh, c'était fou, tu ne pouvais pas être dans le faux semblant ! Tout était anormal ! Le VGM, les gamma, et c'était impossible de dire : "Euh ce n'est pas une cirrhose éthylique". Ça pouvait être que ça enfin, d'autant qu'il avait éliminé tout le reste avant. Donc il revient avec son écho, etcetera, et en fait ils ont passé la consultation à jouer au chat et à la souris. C'est-à-dire que le prat n'a jamais pris position pour dire : "Là, la cause, c'est l'alcool". Il a tourné autour toute la consultation et le patient il a rien dit. Mais en fait, en même temps, le médecin le mettait jamais dans la position de dire quelque chose. Alors comme il était mal à l'aise, il parlait tout le temps. Mon prat c'est quelqu'un qui parlait beaucoup beaucoup en consultation et le patient il n'avait pas trop de place pour parler déjà à la base, mais alors là il en a rajouté, ajouté, ajouté, et le patient a jamais pu placer un mot. Et il y a jamais pu y avoir de discussion sur l'alcool qui en fait était le vrai problème de cette situation. Bon, certes il y avait des choses somatiques à organiser, mais le vrai problème c'était de dire : "Bein là vous êtes alcoololo-dépendant, vous avez une consommation abusive". Enfin lui manifestement c'était plutôt un alcoololo-dépendant qu'un consommateur abusif et donc il y avait sûrement toute une souffrance à gérer autour. Et en fait rien n'a été fait parce que du coup il lui a dit : « On va recontrôler », euh, « Vous devez boire un petit peu non ? » « A oui oui bah je bois un verre de vin par jour ». C'est hyper faux, c'est une conversation en faux semblant, en fait c'était (pause), alors peut-être le patient il venait là parce que justement il savait qu'ici il pouvait être dans le faux semblant et ça l'arrangeait bien de ne pas se confronter à sa dépendance hein. Mais du coup c'est une consulte qui n'avait servi à rien franchement. Euh bon, il l'a adressé en gastro pour prise en charge et il lui a prescrit le contrôle biologique et puis je sais plus il devait y avoir un petit problème somatique immédiat, je sais plus ce qu'il y avait mais euh voilà. Moi ce qui m'a choqué c'est que rien n'a été parlé en faite. Et cette conversation sur le plan purement somatique il allait l'avoir en hospitalisation, mais ce n'était pas du tout pertinent pour le rôle de médecin généraliste au final, puisqu'en plus ils se connaissaient bien hein.

Moi : Il le suivait depuis longtemps ?

Sujet 4 : Ouais, c'était un patient bien connu du cabinet et d'ailleurs moi il me l'a dit le prat juste avant « Oh ! il picole sec » euh voilà hein, donc il le savait mais euh enfin bon voilà c'est ça mon cas enfin.

Moi : Ok et toi dans son attitude quand tu le revois, si tu revois un peu la scène euh ...

(Sujet 4 me coupe)

Sujet 4 : Oh bah moi j'étais atterrée, parce qu'en fait pff, il a pff, il disait des phrases de, tu sais le genre de phrase que l'on dit quand on est mal à l'aise, d'une banalité et bateau euh truc de dingue et moi j'avais interdiction de dire quoi que ce soit alors qu'est ce que tu veux que je fasse, (sourit) j'ai regardé mes pieds, j'ai attendu que ça passe quoi. Mais c'était atterrissant parce que bah déjà le patient avait pas la place de parler, alors qu'il y avait des moments tu te disais : « Mais c'est ça la question qu'il faut poser, c'est ça la question qu'il faut poser ! » Et ça se passe pas, donc euh... Moi en plus après le prat il me dit : « Bah alors qu'est ce que t'en a pensé ? » (pause, mimique d'embarras) « Euh comment vous dire ? » ...

Moi : Et bah justement alors vous avez pu en parler tout de suite non ?

Sujet 4 : Non mais la façon dont il m'a posé la question ce n'était pas une vraie réponse qu'il attendait alors pff je me suis un peu défaussée, en disant que quand même à un moment il puisse parler de sa consommation, enfin tu vois plus dans ce sens là quoi, mais non j'étais un peu ... (pause)

Moi : Et lui-même il ne t'a pas fait comprendre qu'il était mal à l'aise ?

Sujet 4 : Si, mais en fait il me l'a dit, parce que du coup moi après je lui dit que je ne serait pas parti comme ça euh il m'a demandé un peu qu'est ce que j'aurais fait, et il m'a dit « Oui mais moi c'est quelque chose où je suis très mal à l'aise » donc il en avait conscience hein.

Moi : D'accord. Et toi tu as retiré quoi comme enseignement de cette situation ?

Sujet 4 : Mmh (réfléchit) Qu'il faut botter en touche quand on est mal à l'aise dans une situation ! (rit) Ou se former ! Non mais que bah là il avait conscience qu'il était mal à l'aise mais c'est dommage pour le patient.

Moi (je reformule ma question) : Au final, toi justement, ce que tu en as tiré en fait si on peut dire, comme enseignement, comme apprentissage, c'est ce qu'il ne faut pas faire. Et tu as tiré des conclusions de ce qu'il faudrait faire ?

Sujet 4 : Euuuhhh, des conclusions de ce qu'il faudrait faire ? Oui bah ça c'est ce qu'il ne fallait pas faire, ne pas laisser la place au patient de parler, ne pas laisser faire prendre conscience de la vrai problématique qui était dans, qui était révélée par cette biologie, là euh globalement il y avait quand même une certaine urgence à son sevrage hein, euh on était pas dans une situation ou on pouvait y passer 10 ans à ce qu'il soit dans le stade de critiquer sa consommation (pause), comment c'est l'étape du cercle là ? Tu te souviens là, Tu vois ce que je veux dire ?

Moi : Oui je vois ce que tu veux dire

Sujet 4 : Ouais donc euh là il aurait fallut que ça avance. Après il y a forcément des choses sur lesquelles on sera mal à l'aise à mon avis non ? Dans notre pratique, alors si il le sait, ce que je comprend pas c'est ça aussi c'est que, il le savait qu'il était mal à l'aise et qu'il était pas bon la dedans, bah faut l'adresser à quelqu'un qui va faire un travail compétent tu vois.

Moi : Tu ne m'as pas dit qu'il l'avait envoyé au gastro finalement ?

Sujet 4 : Ouais puis en fait après il a été à « établissement X » (= addictologie), ça va.

Moi : Ça récupère le truc quoi.

Sujet 4 : Ouais, parce que là le médecin justement était pas thérapeutique hein. Enfin je pense.

Moi : Ok. Et toi dans ta pratique alors en quoi ça t'es utile d'avoir vu une situation comme ça ?

Sujet 4 : Bein, ça fait réfléchir à ce qu'on a comme, dans un sens, ce qu'on a comme recrutement, parce que finalement ce médecin il avait pas mal d'alcoolique dépendant non diagnostiqué dans sa patientèle et finalement il les avait peut être aussi parce que il leur foutait la paix. Tu vois ce que je veux dire. Les patients ils ne sont pas idiots hein, ils viennent nous voir, ils savent, tu vois ?

Moi : Mmh.

Sujet 4 : Alors peut être que ce n'est pas toujours la bonne solution d'être dans le rentre dedans en quelque sorte tu vois, parce que spontanément moi j'aurai peut être fait plus dans le rentre dedans mais finalement est ce que ça aurait pas éliminé tous les alcoolique-dépendant de la patientèle ? (rire). Non je ne sais pas, mais il y a un juste milieu à trouver je pense avec ces patients. Mais euh en tout cas être mal à l'aise c'est clairement un frein dans la prise en charge. Je pense que savoir identifier les zones qui nous mettent mal à l'aise et pourquoi ça nous met mal à l'aise et savoir, euh, c'est important pour nos patients quoi, même si finalement après on en fait rien et qu'après c'est des situations où on botte en touche en systématique ce n'est pas grave au moins on a compris ce qu'il se passe. Parce que sinon on est tout le temps dans la gène de ce que ça nous renvoie et du coup on a une perception de la situation qui est fausse et je pense qu'après on risque de sur diagnostiquer ou de sous diagnostiquer, de... Donc euh, être conscient de ce qui se passe dans le transfert de la relation médecin malade c'est important hein. Surtout en médecine générale on a la chance que ça soit des relations où ça peut se créer ce transfert parce que évidemment quand on voit les patients une fois toutes les 6 mois c'est pas là où ça va se passer, mais nous on a de la chance de pouvoir les revoir, de les accompagner dans leur vie de tout les jours et justement notre rôle de prise en charge globale c'est de pouvoir diagnostiquer des petites choses qui vont pas pouvoir se dérouler dans le cadre des autres relations et qui se rejouent dans le lien qu'on pourra avoir avec eux et pouvoir identifier ça c'est important à mon avis.

Moi : Ok, et toi depuis cette situation là, est ce que tu as modifié pour le coup ta pratique, est ce que ça a eu un impact sur ta façon de gérer tes relations médecins patients ?

Sujet 4 : Euh bah, ça a toujours un impact (rire) dans la mesure où bah je fais plus attention à ne pas brusquer les patients je pense, dans ce qui est positif que j'ai pu apprendre c'est que parfois peut être j'étais trop, euh comment on dit euh, trop franche, et que peut être la voix direct c'est pas toujours ce qu'il faut, certains patients ont besoin d'une voie contournée, détournée et que le chemin le plus direct n'est pas toujours le plus efficace, c'est pas des mathématiques. Et finalement notre but c'est d'être là pour le patient, pas d'être satisfait d'avoir posé le diagnostic ou d'avoir dit « Magnifique je lui ai dit qu'il était alcoolique-dépendant », ça a servi à rien au patient, voilà. Mais après être conscient de nos failles, encore une fois en tant que médecin on doit être dans une relation professionnelle, c'est pas la conversation avec notre grande cousine ou notre boulangère quoi, on a à anticiper ce qui se passe dans la relation et à y réfléchir et à réfléchir à ce que nous on va transférer comme image de euh (ne finit pas sa phrase). C'est des patients qui ont besoin d'être narcissisé et si nous même on renvoie que c'est une situation dont ils ont honte, euh c'est une catastrophe quoi, pour eux et donc encore une fois il faut anticiper notre réflexion, après c'est pas facile. Enfin je suppose qu'en étant conscient c'est une étape mais après le vivre dans la relation ce n'est pas facile.

Moi : Ok, et toi tout ce qu'on a discuté là est ce que tu en avais conscience avant qu'on en parle ?

Sujet 4 : Euh oui, je dirai oui, mais plus parce que dans ma vie personnelle j'ai eu à passer de l'autre côté, et que ça, ça t'oblige à réfléchir à la relation médecin malade de façon plus active on va dire, enfin de façon plus active (réfléchit), d'être de l'autre côté, d'être côté malade et plus côté médecin, ça te fait te rendre compte ce que t'attend aussi de ton médecin d'un point de vue relationnel et plus d'un point de vue purement médical tu vois.

Moi : Alors ça c'est ton vécu personnel qui te fais dire ça, mais les situations que tu m'as évoquées là, est ce que tu avais conscience qu'elles aient pu modifier ta pratique ?

Sujet 4 : Oui parce qu'en faite, c'est des situations qui m'ont marquées et j'en ai parlé avec des cointernes, avec d'autres médecins, enfin j'ai fait un bilan de, des acquis on va dire.

Moi : Ok. Et toi maintenant à ton niveau comment tu te perçois dans la relation médecin patient ?

Sujet 4 : En apprentissage ! (rit) euh et bein, je suis satisfaite sur le plan du contact parce que je pense que sur le premier contact j'ai pas trop de soucis, mais après le travail de créer une alliance thérapeutique, j'ai pas du tout l'impression de le cerner, pour le moment quoi et de savoir créer une démarche de soin pour moi c'est une ambition quoi (rit), de pouvoir de ce point de vue là travailler et (pause). On apprend aussi de ce qu'on crée avec nos patient, donc euh le SASPAS pour moi c'est une chance donc euh j'essaie des techniques et ce qui serait peut être utile ce serait que je participe à des groupes de paroles tu vois genre je sais plus comment ça s'appelle, où tu réfléchis à ta relation médecin malade.

Moi : Les groupes Ballint ?

Sujet 4 : Ouais, pour réfléchir à pourquoi l'alliance s'est pas créée dans cette circonstance là, ou pourquoi elle s'est créée, qu'est ce qui c'est passé quoi.

Moi : D'accord. Et toi dans tes études tu te souviens ce que tu as eu comme enseignement à la relation médecin patient ?

Sujet 4 : Et bah il y a eu la journée là euh, parce que moi j'étais avec Dr Z, et en fait c'était pas mal ce qu'il avait dit. Le problème, c'est que la journée « médecin malade » c'est un peu dommage parce qu'en fait on l'a un peu trop tôt. Moi je trouve qu'on l'a trop tôt, on l'a quand on est en hospitalier, quand on est dans la course, c'est notre premier semestre et on est pas du tout à l'écoute de ça parce qu'on est débordé par tous les autres plans, apprendre les posologies, prescrire, gérer la vie d'un service enfin voilà quoi. Alors qu'en faite ça serait plus intéressant si on le faisait aujourd'hui, enfin vers la fin de l'internat, quand on est passé en médecine générale, quand on a eu le temps d'être débarrassé du stress du début quoi. Mais en fait quand j'y réfléchis on avait vraiment parlé de ça, seulement j'ai pas su saisir ce qui avait été dit quoi.

Moi : Et tu penses que c'est quoi qui t'a été le plus utile dans tes études pour ton apprentissage de la relation médecin patient ?

Sujet 4 : Euh, le compagnonnage. Oui, de discuter avec mes chefs qui étaient à l'écoute de ça, d'avoir des retours, de changer d'angle de référence, d'être supervisé sur mes relations médecin malade. Ça vraiment c'est ce qui est le plus utile je trouve.

Moi : Et tu as pu vraiment en profiter ?

Sujet 4 : Et bah j'ai eu de la chance je pense, dans mon stage prat il y avait un des deux médecins qui était vraiment à l'écoute de ça. Dans mon stage de médecine interne, c'était un peu la politique du service, et puis dans mon SASPAS, il y a un des deux médecins, on relit tous les cas dans cet angle là. Et c'est vraiment bah indispensable moi je trouve. Parce qu'il y a beaucoup de situation où tu as l'impression d'avoir fait quelque chose et c'était pas forcément ce qu'il fallait faire et qu'on peut le relire dans un autre sens et que ça t'aide vraiment à partir sur une certaine prise en charge la fois d'après. Ou a pas renouveler les erreurs, et puis ça te force à faire tous les éléments de l'écoute active qu'on a appris au « mardi du prat » là, c'était pas mal, euh et ce sont des choses qui sont pas du tout naturel et si tu choisis pas de le faire, enfin de te concentrer pour le faire, ça se fait pas indépendamment de toi, on est pas euh (rire), non mais quand on est interne on croit beaucoup que la relation médecin malade elle se fait indépendamment de euh, que ça va être naturel car on est quelqu'un d'extraverti qui parle bien et ça va se faire tout seul. En fait c'est hyper faux quoi, et ça c'était pas mal qu'on nous l'apprenne quoi, que c'est quelque chose d'actif, que c'est un processus actif et qu'on a besoin de l'apprendre, que ce n'est pas juste une question de est ce qu'on s'entend bien ou pas avec le patient quoi. C'est au delà de ça et ça fait parti de notre travail de médecin généraliste je pense, et ça demande d'être compétent. Donc de se former parce que ça va pas se faire tout seul quoi. En médecine générale on se retrouve souvent dans la position de donner des conseils et on se retrouve à donner des conseils qui sont des conseils qui ont un niveau de preuve zero quoi. Parce que on l'a vécu nous même ou que je sais pas quoi, alors qu'en faite on devrait pouvoir documenter même ce genre de chose, ou si ce n'est pas documenté au sens EBM ça peut être juste se former et être à l'écoute de l'expérience des autres mais en tout cas être dans un processus euh professionnel et non pas euh juste comme ça quoi.

Moi : Ok merci pour cette interview, on va en rester là.

SUJET 5

Homme 26 ans, célibataire sans enfant, 5^e semestre en CHU gériatrie, a jamais fait de remplacement, externat à Marseille, a fait stage praticien mais pas SASPAS

20h chez lui

A pas lu mon mail lui demandant de réfléchir à deux situations avant de se voir...

Il y réfléchit donc une quinzaine de minutes avant que je l'interroge.

41min 58sec

Moi : Je t'avais demandé de réfléchir à deux situations, une bonne et une mauvaise, on va commencer par la mauvaise. Vas-y.

Sujet 5 : Donc c'était en pédiatrie l'année dernière, c'était avec un médecin, on a eu à prendre en charge une urgence, c'était un bébé de quelques mois, qui avait une détresse respiratoire. C'est la mère qui l'a amené aux urgences et vu qu'il était petit ils l'ont envoyé directement en pédiatrie. En fait cela faisait deux jours qu'elle était pas bien, c'est une des premières choses que la mère nous a dis : « Ça fait deux jours qu'elle va pas bien ». Et en fait j'ai eu l'impression que ma chef avait retenu que ça et s'est focalisée sur « ça fait deux jours qu'elle ne va pas bien » et donc la question qu'elle s'est posée tout le long c'est : « Pourquoi vous ne l'avez pas amené plus tôt ? ». Et en fait du coup techniquement elle a tout très bien fait. C'est vraiment une pédiatre qui était rompu à l'urgence donc la prise en charge était nickel elle a appelé le SAMU et la petite a été transférée au CHU le plus proche, on était une petite unité de pédiatrie. Et en attendant tout ce qu'il fallait faire elle l'a fait. Mais au lieu de le faire d'une façon qui aurait pu être décontracté elle l'a fait, enfin j'ai eu l'impression qu'elle l'avait fait tout le long en cassant un peu la mère, de façon assez violente quoi, sûrement pas volontairement hein, c'était sûrement sous l'effet du stress, enfin voilà. Peut être en pensant bien faire en se disant bah que du coup la mère ne ferait pas pareil la fois suivante quoi. Sauf que la mère était effondrée en larme et tout, et ma chef s'en rendait pas compte parce qu'elle était concentrée sur ses gestes, sur..., bon je sais plus exactement ce qu'elle faisait, elle l'a pas intubé ou quoi, mais il fallait ventiler, enfin c'était un peu chaud et du coup elle n'a pas fait attention. Elle s'est pas rendu compte qu'elle avait démonté la mère qui était en pleure à côté quoi. Et qui non seulement était bien sur très inquiète, qui en plus devait se sentir coupable de pas avoir réagit assez vite et qui en plus se faisait engueuler devant tout le monde alors qu'elle avait autre chose à penser quoi. Elle était morte d'inquiétude pour sa fille. Parce qu'en plus c'était une situation vraiment sérieuse et pour la petite ça pouvait mal se passer quoi. Et voilà, et après je me souviens qu'en parlant un peu après avec la mère..., parce que du coup autour nous les internes et puis l'équipe infirmière, tout ça, on essayé plus ou moins de..., sans donner l'impression de relever que notre chef était... euh... manquait peut-être de tact, nous on essayait de parler un peu à la mère et de la faire parler. Et il s'est avéré qu'en plus elle avait déjà perdu un bébé d'une détresse respiratoire, enfin dans un peu le même genre de circonstance, donc on imaginait un peu la culpabilité qu'elle pouvait ressentir de se dire « j'ai déjà peut-être pas fait assez attention pour la première et maintenant... ». Enfin bref voilà. Voilà ce qui m'est venu à l'idée, ce qui m'est venu à l'esprit quand j'ai pensé à une situation « ne pas faire ça ».

Moi : Et qu'est ce qui t'a marqué dans cette histoire ?

Sujet 5 : Bah ce qui m'a marqué, c'est que sous l'effet du stress et pour se protéger soi, parce que c'est un peu ça aussi, on se sent dans une situation difficile donc on essaie aussi un peu de se protéger et on rejette un peu la, enfin comment dire j'avais l'impression qu'elle se protégeait, ma chef, en rejetant la faute sur la mère. Ça faisait que du coup elle minimisait sa propre responsabilité dans le moment présent sur ce qui pouvait arriver à la petite.

Moi : D'accord c'est ce que tu as ressenti.

Sujet 5 : Ouais je l'ai ressenti un peu comme ça et du coup je me suis dit effectivement c'est tentant quand on est dans une situation où on est stressé et mis en difficulté, de décharger tout son stress sur quelqu'un d'autre quoi. En l'occurrence sur un proche qui est stressé et qui est en position vulnérable.

Moi : D'accord. Et toi tu te souviens un peu..., enfin elle n'a pas pris le temps du tout de discuter avec elle après coup ? Enfin ça s'est passé finalement vite j'imagine.

Sujet 5 : Ouais en fait exactement ça va assez vite, c'est de l'urgence et tout s'est passé sur une demi heure une heure. Mais clairement à aucun moment elle a écouté la mère quoi, à part pour ce qu'il lui était strictement indispensable à la prise en charge purement médicale et technique de l'enfant, mais le ressenti de la mère à aucun moment elle s'en est souciée quoi. Après je ne lui jette pas la pierre, comme je dis c'est une réaction dans des situations de stress. Voilà. Mais bon ce n'était pas facile pour la mère quoi, je pense.

Moi : Et dans son attitude, dans ses gestes , il y a des choses qui t'avaient euh... marqué aussi ?

Sujet 5 : Dans le comportement de ma chef, oui dans ses gestes dans son attitude physique tu veux dire ?

Moi : Ouais

Sujet 5 : Bah c'était plus qu'elle euh..., elle ne regardait même pas la mère. Parce qu'en fait elle s'adressait plus ou moins à elle vu qu'elle disait : « Mais pourquoi vous ne l'avez pas amené plus tôt il y a quarante huit heures », enfin tout ça voilà, et puis en même temps elle parlait un petit peu de la gravité de la situation, donc elle s'adressait clairement à la mère mais sans la regarder, elle était focalisée sur l'enfant. Mais je n'aurais jamais osé dire quoi que ce soit parce que sur le plan technique elle était impressionnante.

Moi : Ok. Tu me disais que même pour l'équipe paramédicale..., enfin tout le monde l'a ressenti donc il y avait bien quelque chose qui était ...

Sujet 5 : Ouais on était tous un peu mal à l'aise et puis, on est toujours un peu en porte à faux parce qu'en plus quand on est interne on n'ose pas vraiment enfin comment dire, on n'ose pas vraiment montrer à nos chefs qu'on les met en échec du coup euh je me voyais pas du tout dire devant ma chef ou devant elle me montrer trop prévenant envers la mère et du coup souligner en faisant ça que ma chef avait été trop dure. Alors du coup j'ai plutôt attendu et les infirmières aussi, un peu tout le monde, on a attendu et la mère est sorti à un moment et à ce moment là on est allé vers elle et puis on a un peu écouté ce qu'elle avait à dire, on s'est un peu soucié d'elle quoi. Mais sur le coup peut être pas assez quoi.

Moi : Et tu avais pu en parler après avec ta chef ou ?

Sujet 5 : Non pas avec ma chef mais par contre on en a reparlé avec l'autre interne. Mais plus parce que j'avais besoin d'en parler, de décharger un peu tout ça mais euh non je n'ai pas osé en parler avec ma chef pour plusieurs raisons. Déjà parce que c'était la chef de service et en plus parce que c'est un peu comme ça qu'elle fonctionnait. Alors bon là c'était la situation la pire mais elle fonctionnait un peu comme ça, au stress à l'adrénaline, elle aimait bien l'urgence et peut-être moins le relationnel et du coup moi j'ai..., enfin je me disais aussi que je la changerai pas, que c'était ça façon de faire et que voilà c'était pas comme ça que j'avais envie de fonctionner mais bon.

Moi : Alors qu'elle enseignement tu as tiré de cette situation ?

Sujet 5 : Euh alors je ne sais pas trop. Ça fait longtemps déjà que je sais que je ne suis pas trop fait pour l'urgence, je préfère les situations où on peut prendre son temps. Et en tout cas oui ce que j'ai retiré de cette situation c'est qu'il faut faire attention à ce qu'on dit, il faut être conscient qu'on rencontre des gens dans des situations dans lesquelles ils sont particulièrement vulnérables et du coup voilà ils peuvent être particulièrement sensible à ce qu'on leur dit quoi. (Silence). Ouais faire attention aux mots qu'on emploie, faire attention au patient et faire attention à leur proche.

Moi : Et en quoi ça a pu être utile dans ta pratique d'avoir vécu cette situation ?

Sujet 5 : Tout à l'heure je disais que je n'aimais pas l'urgence, mais je sais qu'on fait un métier où on a pas le choix, de temps en temps il y en a, et donc c'est des situations auxquels on est quand même confronté même si on les cherche pas. Et donc ça m'a rappelé que bah même si on est face à des choses qui techniquement sont difficiles, faut pas oublier le côté humain et même sans forcément se montrer un grand psychologue, être très à l'écoute ou quoi, déjà « primum non nocere » quoi, ne pas « casser » la personne. Être conscient qu'on peut le faire déjà, parce qu'avec des mots dans des situations comme ça on peut faire très mal. Être conscient qu'on peut faire du mal et essayer de ne pas le faire.

Moi : Et en quoi cela a pu modifier ta pratique ?

Sujet 5 : Je ne sais pas si cette situation là a pu changer radicalement quelque chose, car c'est quelque chose dont je m'étais déjà un peu rendu compte, j'avais déjà fait un stage d'urgences à Marseille où, avec un médecin qui était très fort techniquement mais qui était profondément antipathique et je m'étais déjà fais la réflexion que enfin voilà j'avais déjà observé qu'il y avait des choses qui étaient à éviter, voilà. Après on en apprend tous les jours. Mais cette situation là où elle m'a marqué parce qu'elle m'est venue à l'esprit en premier et voilà elle a pas changé radicalement ma pratique mais en tout cas je la garde en tête et c'est le genre d'attitude que typiquement je n'ai pas envie d'avoir quoi. Euh je ne pense pas déjà être un interne très doué techniquement, je ne suis pas très doué pour les gestes et même le côté très technique de la médecine ne m'intéresse pas forcément et je ne suis pas particulièrement doué pour ça. Donc ça fait très longtemps que je me dis que dans ce métier si je persévère il faut que je sois attentif à l'autre versant quoi, le versant plus de l'écoute et tout. Et ça je le savais déjà au moment où j'ai choisi la médecine générale à l'internat et ça fait parti des choses qui ont été déterminante dans le choix de la spécialité.

Moi : Ok. Si tu veux bien maintenant tu vas me parler de ta deuxième situation celle qui est bonne.

Sujet 5 : C'est dans le même stage mais avec un autre senior euh une femme aussi et alors là c'était moi qui m'étais retrouvé en difficulté dans une situation de relation médecin malade. Sauf que comme souvent en pédiatrie c'est pas vraiment une relation de médecin malade mais médecin proches. Euh c'est-à-dire que c'est un père de famille qui s'est montré vraiment très très agressif envers moi, juste à l'arrivée du patient. Je me souviens j'étais en train de faire son entrée et c'était un enfant qui avait à mes yeux pas grand-chose de grave, de mon point de vue objectif. Euh on était un petit service de pédiatrie générale, alors c'est vrai qu'assez souvent on hospitalisait des patients, mais enfin ce n'était pas des grosses pathologies aigues. Quand c'était vraiment très grave on transférait assez vite. Donc voilà c'était une pathologie qui justifiait une hospitalisation mais sans signes de gravité évident. Et en fait le père était vraiment très très inquiet et je me suis retrouvé dans une situation dans laquelle j'avais l'impression que c'était impossible de le calmer ou de le rassurer et que si je lui disais que c'était pas grave je faisais que l'énerver. Parce que je faisais du coup que minimiser la situation qui lui faisait peur. Et il s'est énervé sur l'infirmière qui était en train de piquer le bilan et qui n'y arrivait pas - ce qui arrive souvent en pédiatrie - et alors je finis par dire que finalement on allait pas piquer l'enfant maintenant, mais on réévaluera plus tard. Je sais plus vraiment comment ça s'est passé, c'était il y a un moment, mais je sais que le père s'est vraiment énervé qu'il a menacé de tout casser et en fait j'ai un peu pris la mouche. C'est-à-dire qu'à un moment donné j'ai trouvé que c'était intolérable de se faire crier dessus et de rester passif et du coup je me suis mis à répondre à sa provocation en fait. C'est-à-dire que par exemple il a dit : « Mais elle pas capable de piquer votre infirmière, je vais lui apprendre à piquer moi ! » Et là j'ai répondu un truc du genre : « Mais allez y montrez nous comment piquer un bilan, allez y montrez nous comment vous posez une voie ! » Et euh (sourit)... Mais j'ai cru qu'il devenait fou quoi : « Je vais tout casser, je vais tout casser!!! ». Alors puis du coup moi je restais dans une attitude un peu bornée de mon côté, je lui disais : « Mais vous n'avez pas le droit de tout casser, vous n'avez pas le droit de me parler comme ça ». Je me disais que j'étais dans mon droit, que j'avais le droit de le rappeler à l'ordre aussi et puis j'avais envie de faire ça. Et en fait ma senior est arrivée, je l'ai appelé je crois, je sais plus exactement, mais je l'ai appelé à la rescousse et c'est une senior qui était très douce euh très très gentille tout ça. Et moi je me disais : « Bon elle vient à la rescousse mais je ne vois pas ce qu'elle va pouvoir faire, il va la taper, il va la démonter ». Et en fait pas du tout. Elle s'y est prise tout à fait différemment de moi et elle a réussi à le calmer. Alors bon, il est resté quand même on va dire un peu agressif tout le long de l'hospitalisation mais ça c'est beaucoup mieux passé à partir du moment où elle a pu d'une certaine façon l'amadouer. Alors je sais plus exactement mais en gros quand elle est arrivée, il était vraiment super agressif, menaçant même hein franchement. Et elle a réussi à lui faire comprendre qu'elle comprenait qu'il était inquiet et en fait, comment dire, sur le coup j'avais du mal à comprendre son attitude, j'avais même du mal à voir où elle voulait en venir parce que j'avais l'impression qu'elle s'écrasait et qu'elle laissait le champ libre à toute sa colère. Et puis en fait avec le recul je me dis qu'elle a eu raison. Parce que voilà dans le métier qu'on fait on est confronté à des situations avec des gens qui sont à bout de nerf et puis eux ils ont le droit de craquer, mais pas nous, nous on est sensé rester professionnel. Et du coup j'ai admiré le fait qu'elle puisse rester complètement... enfin ce que j'ai appelé tout à l'heure, j'ai dit : « Bah elle s'est écrasé », mais en fait la même chose qui se passe dans la rue on peut dire « elle s'est écrasée » mais là ça se passe pas dans la rue, ça se passe au travail et elle est professionnelle. Et puis son travail c'est de se soucier de l'enfant et de faire en sorte que ça se passe le mieux possible et puis aussi d'être à l'écoute de se père qui est vraiment inquiet. Et puis bon même si c'est super dur, il faut aussi rester à l'écoute de ceux qui nous insupportent, qui nous énervent, qui nous agressent même.

Moi : Et tu te souviens un peu plus précisément comment elle a fait, dans son attitude ?

Sujet 5 : Ouais bah d'abord elle a gardé une voix toute douce, toute calme, je me souviens qu'elle m'a fait une réflexion, elle m'a dit d'abord à moi « Non ne lui réponds pas, ne réagis pas comme ça, ça peut pas marcher ». Donc elle a en fait commencé par me faire un reproche. Donc elle est arrivée dans la salle où il y avait le père, l'enfant et moi et elle a commencé par me dire que j'avais tord (rire). Et euh donc ça bon je l'ai..., je me suis dit « bah c'est ma chef, de toute façon je l'ai appelé, c'est bien que j'avais besoin d'aide, donc je me tais ». Et puis effectivement avec sa façon de faire... Alors elle lui a parlé d'une voix plus douce, elle lui a dit qu'elle comprenait qu'il était énervé et inquiet, puis elle l'a rassuré, elle lui a dit qu'on faisait de notre mieux, qu'elle avait confiance en l'équipe, elle lui a expliqué que des fois les enfants sont difficiles à piquer, qu'on faisait alors autrement, enfin voilà. Alors je me souviens pas les détails de ce qu'elle lui a dit exactement, mais je me souviens que elle a été douce, elle a été, à l'écoute et puis surtout elle n'est pas entrée dans son jeu, enfin elle lui a pas laissé... Moi le tord que j'avais eu, c'était de laisser quelque chose de très émotionnel, de très instinctif prendre le dessus dans une situation où il faut être professionnel quoi. Voilà. Et je l'avais pas mal admiré parce que vraiment, vu que j'avais vécu la même situation et que j'avais eu la réaction inverse, je me suis dit il faut être très fort pour être à se point neutre pour pouvoir s'en prendre plein la gueule et rester très calme. Voilà.

Moi : Et en quoi toi, on peut dire que ça t'a marqué ?

Sujet 5 : Ça m'a marqué parce que c'était la première fois que ça se passait mal avec des patients. Ça m'est arrivé deux fois en pédiatrie et c'était mon troisième semestre et c'était la première fois que cela m'est arrivé. Alors je comprends que ça se soit passé plus en pédiatrie qu'ailleurs parce que les parents sont souvent très inquiets face aux enfants qui sont malades et voilà. Est ce que ça s'est reproduit d'autre fois..., non, enfin aux urgences un petit peu ouais, mon stage d'urgence c'est vrai que c'est arrivé qu'il y ait des patients qui soit mécontents, mais bon c'est un peu différent aux urgences, parce que on est confronté au patient pas longtemps, alors que là on savait que la petite allait être hospitalisée. Et je me disais, si la situation part comme ça, ça va être mal barré. Et ça m'a marqué parce que c'était vraiment la première ou la deuxième fois que ça se passait mal avec un patient. Et puis vraiment c'est très très désagréable parce qu'on a l'impression de beaucoup donner de soi, on donne de son temps et de son énergie, on prend des décisions qui engagent notre responsabilité, donc on prend des risques et puis on se fait insulter par la personne qui est censée être notre alliée. Parce que le parent d'un enfant qui est malade il faut absolument que ce soit notre allié pour la prise en charge. Et en fait là je me suis retrouvé complètement face à lui et contre lui. Voilà, c'est un peu pour ça que ça m'a marqué.

Moi : Et tu as pu en reparler avec elle après ?

Sujet 5 : Ouais je lui ai dit que j'avais eu un malaise à la prise en charge, mais en même temps j'osais pas trop lui en parler parce que j'étais un peu penaud et un peu coupable de pas avoir été capable d'avoir la même attitude qu'elle quoi. Mais on en a quand même parlé un peu au..., oui oui après je me souviens que je lui avais dit que j'admirais qu'elle ait pu se montrer aussi calme et aussi rassurante envers quelqu'un qui était, bon, visiblement inquiet c'est sur, mais qui le manifestait uniquement par de l'agressivité.

Moi : Et toi quel enseignement tu as pu tirer de cette situation ?

Sujet 5 : Bah finalement c'est un peu le même enseignement que la première situation. C'est que même si la réaction du patient où du proche est pas du tout la même : dans la première situation la femme était effondré elle se sentait coupable, elle était terriblement vulnérable. Et dans la deuxième, c'était un père qui au contraire était très agressif, très menaçant qui vous fait, vous, médecin, porter toute la responsabilité de la maladie de son enfant, alors que dans la situation précédente c'était le contraire, c'était le médecin qui faisait porter toute la responsabilité à la mère. Donc dans les deux cas finalement la juste attitude c'est d'être à l'écoute de l'inquiétude du patient ou du proche, et puis savoir être professionnel, savoir laisser les choses à leur place, se faire insulter au travail, euh, c'est pas, enfin comment dire, dans les situations de vie auxquelles on est confronté dans notre travail il peut se passer des choses qui sont très forte pour les gens et nous on a la blouse blanche la plupart du temps, donc on est protégé. Mais quand on se retrouve émotionnellement impliqué vraiment très fort dans des situations et bah on est un peu pris au piège quoi. Donc je me suis un peu aussi dit « bah faut savoir rester professionnel ». Ça veut pas dire froid, ça veut dire juste comme la senior qui a pris en charge la deuxième situation, elle est resté très professionnelle et ça veut pas dire qu'elle n'a pas été empathique quoi. Justement, elle été très à l'écoute, elle s'est souciée d'abord du bien de l'enfant et puis elle a aussi été à l'écoute de ce père qui était fou de rage quoi.

Moi : Et donc être professionnel pour toi ça veut dire quoi ?

Sujet 5 : Professionnel ça veut dire garder du recul sur une situation de vie où on est impliqué en temps que professionnel. C'est-à-dire dans cette situation je suis sollicité parce que je suis médecin et je ne suis pas quelqu'un de la famille. Enfin comment dire, il faut que j'arrive à comprendre que je ne suis pas concerné par la santé de la petite de la même façon que son père. Euh bien sur que je suis inquiet parce que c'est une enfant, parce que ma responsabilité est engagée, parce que je veux bien faire, mais ce n'est pas ma fille et je ne peux pas comprendre la réaction du père et je ne peux pas le juger et puis le truc avant tout c'est qu'il faut que j'essaie de bien faire ce que je dois faire quoi.

Moi : Ok. Et donc dans ta pratique en quoi cette situation t'as été utile ?

Sujet 5 : Alors ça, on va dire que ça a un peu plus changé ma pratique, parce que autant la première situation c'est une situation que j'avais déjà vécu, trouver que des chefs manquaient de tact, n'était pas à l'écoute, ça m'était souvent arrivé. Mais la deuxième situation, me rendre compte que c'était moi qui avait eu du mal très franchement dans une situation de relation humaine ça m'a fait me poser beaucoup de questions. Et le fait de voir ensuite la senior parvenir à calmer le jeu puis à rassurer tout le monde, le patient, l'interne, le père et la mère qui était là, ne disait rien mais été sûrement très inquiète aussi, et bah là pour le coup ça a changé mon attitude parce que j'y repense souvent et je me dit effectivement il faut savoir rester neutre et il faut être capable de s'en prendre plein la gueule. Parce que ça arrive assez souvent, même quand une relation se passe bien il y a toujours un moment où le patient va remettre en cause notre façon de faire, « Est ce que vous êtes sur ? », « Est ce que vous ne croyez pas qu'on devrait ... ». Enfin je ne sais pas comment l'exprimer exactement mais il y a un moment où j'ai l'impression qu'il faut mettre un peu son orgueil de côté j'ai envie de dire. Je sais pas si c'est très juste mais en tout cas il faut savoir prendre du recul sur une situation, se remettre à sa place de médecin et comprendre que l'autre n'est pas du tout dans la même situation que nous, l'autre est dans la situation du malade, du proche du malade et c'est pas du tout comparable. Du coup c'est..., on n'a pas la même implication. Et voilà, je ne sais pas si je m'exprime bien.

Moi : Si si, exprime-toi avec tes propres mots c'est très bien. Et ça a modifié ta pratique ?

Sujet 5 : Bah disons que j'y repense de temps en temps, je sais pas si je fais vraiment différemment de, d'avant, mais je sais que j'y repense et de temps en temps quand je me sens blessé par un patient, par des mots qu'il emploie ou quand je suis fasse à un patient qui est en colère, j'arrive un peu mieux à me rendre compte que c'est pas moi qui suis visé en temps que personne mais que je suis un professionnel en face de quelqu'un qui souffre et que je me dois d'être à l'écoute quoi, ou alors de passer le relais à quelqu'un d'autre à ce moment là si j'y arrive pas. Comme j'avais fait dans la situation de la pédiatrie.

Moi : Et t'as constaté justement que quand il y a des situations qui commencent à déborder, de garder cette attitude « douce » pour reprendre tes mots, ça marche ?

Sujet 5 : Alors euh oui, il me semble que ça marche, je pense pas à des situations précises mais il me semble que ça marche et que même d'une certaine façon ça nous protège, parce que le fait de rester (pause) - j'emploie beaucoup le mot professionnel (sourit) - mais le fait de rester professionnel, le fait de rester derrière ma blouse euh ça me protège vachement quoi et c'est euh comment dire, ouais ça me protège parce que je rentre pas dans le jeu d'un conflit, et je comprends, enfin, j'arrive à comprendre que le conflit est là et il faut comprendre les raisons du conflit qui en général sont l'anxiété, et puis ça permet de pas rentrer dans ce conflit, ça permet de désamorcer la situation.

Moi : Ok, et tout ce que tu m'as dit là, est ce que tu en avais conscience avant qu'on en parle ?

Sujet 5 : Ouais un petit peu parce que j'en avais déjà parlé. Euh la deuxième situation avec le père en pédiatrie, j'en ai beaucoup parlé avec ma cointerne, j'en ai parlé avec d'autres médecins et du coup c'est vrai que j'avais fait un peu les réflexions qu'on s'est faite, je me les été faites un peu déjà. Je m'étais rendu compte que ça avait, que c'était très important et que ça avait changé ma façon de faire.

Moi : D'accord, et toi à ton niveau comment tu te perçois dans la relation médecin patient ?

Sujet 5 : Aujourd'hui euh je ne saurais pas trop dire, des fois (pause). En général ça se passe globalement bien quoi, en général je n'ai pas particulièrement de problème. Après il y a encore des situations où c'est désagréable, où on n'a pas envie de rentrer dans une chambre d'un malade parce qu'on sait qu'il va être suspicieux ou agressif où... voilà hein ça arrive inévitablement. Mais je trouve que ce n'est pas la règle générale et globalement ça se passe plutôt bien. Mais bon c'est vrai que c'est, enfin comment dire, après voilà, je ne sais pas. Je sais que j'aurais bien voulu un temps faire une formation à l'approche un peu, j'aurais voulu faire une formation à tout ce qui est psychothérapie de soutien en fait, parce que je m'étais rendu compte qu'en médecine générale ambulatoire il y a beaucoup de ça et finalement qu'on le prend en charge à sa façon quoi et sur le plan de la relation médecin malade j'ai beaucoup l'impression de, je trouve que ça se passe pas trop mal mais j'ai l'impression de faire les choses complètement à ma sauce, c'est-à-dire euh, de faire un peu comme je ferai dans la vie, mais tout en restant du coup derrière ma blouse et que comme ça ça se passe pas trop mal. Mais enfin voilà je regrette un petit peu de peut-être ne pas avoir... enfin je ferai peut-être un jour une formation pour vraiment savoir aborder cet aspect la quoi.

Moi : Et qu'est ce que tu as eu toi comme enseignement à la relation médecin patient ?

Sujet 5 : Euh alors euh bonne question, euh il y a un item à l'internat qui s'appelle « relation médecin malade » je crois, mais c'était purement théorique. Après comme autre enseignement théorique il y a à Lyon un séminaire « l'approche centrée sur le patient ». Et puis après bon bah c'est sur le tas hein, c'est beaucoup voir les médecins faire et puis faire un peu comme eux quoi. Et puis après il y a se retrouver en situation d'autonomie et du coup après bah c'est encore plus sur le tas, c'est-à-dire il y a plus de modèle, il faut faire comme on le sent, c'est pour ça tout à l'heure comme je disais bah j'ai l'impression de faire à ma sauce, voilà je reproduit un peu des modèles de la vie en générale quoi mais dans des situations médicales. J'ai pas l'impression d'avoir été particulièrement formé à ça et je ne sais pas si je le regrette parce quand même temps, comment dire, j'aime bien le côté assez spontané de la relation. Enfin je sais que le séminaire approche centrée sur le patient par exemple il est très intéressant parce que ça fait remarquer plein de chose de la communication verbale, non verbale, tout ça, mais en même temps finalement ça devient, comment dire, ça fait de la relation médecin malade, le seul aspect non technique de la médecine et bah ça en fait quelque chose de technique et du coup je ne sais pas si je le souhaite ça. C'est pour ça je ne sais pas si je regrette de pas avoir été plus formé, je ne suis pas sûr. Des fois je me dis que le côté instinctif, enfin non émotionnel, le côté instinctif il peut servir.

Moi : Et toi qu'est ce qui t'as été le plus utile tu penses dans tes études en terme d'apprentissage à la relation médecin patient ?

Sujet 5 : Alors ça a été aussi beaucoup les réflexions de proches qui étaient non médecins, c'est à dire qui m'ont dit, euh, les gens qui ont un point de vue extérieur et qui vous disent « Fait attention à pas faire ça ! », « Attention hein, mon médecin il a dit ça », ou « Le médecin il a annoncé ça comme ça à ma femme ». Voilà les trucs comme ça ça m'a servi parce que j'y repense du coup. Et il y a aussi les situations qui se sont bien ou mal passée, on en tire un enseignement. Et qu'est ce qu'il y a d'autre euh, ah oui ! les réflexions des patients aussi, quand vous êtes externes ou internes, les patients ils vous disent des choses parfois sur les médecins, et vous vous rendez bien compte de ce qu'ils ont mal pris de ce qu'ils ont bien pris, de ce qu'ils ont apprécié, euh voilà.

Moi : Donc plus sur le terrain quoi.

Sujet 5 : Ouais en général c'est plus le terrain, mais pas forcément que sur le terrain de stage quoi, parfois aussi la vie en générale.

Moi : Ok, et enfin même si tu en a un peu parlé tout à l'heure, tu n'aurais pas aimé au cours de tes études avoir une formation plus spécifique plus approfondie sur la relation médecin patient ?

Sujet 5 : Euh, bah je me dis que ce serait sûrement une bonne chose mais je ne vois pas comment le faire. En tout cas parce que encore une fois j'ai l'impression que ça nuirait un peu à la spontanéité de la relation. Mais bon en même temps si ça peut améliorer les choses pourquoi pas. Mais je ne vois pas quel genre de formation. Enfin si, le truc « approche centrée sur le patient » c'était très intéressant. Après je ne sais pas si je l'utilise en pratique. Euh si il me semble d'ailleurs que je l'utilise en pratique, oui oui ça me paraît quand même intéressant.

Moi : Et tu me parlais de formation à la psychothérapie de soutien ça rentre dans ce cadre quand même non ?

Sujet 5 : Ouais ça rentre dans ce cadre, mais c'est pour les, pour les, (pause) ouais justement, enfin, comment dire... Là euh j'ai fait mon stage prat et j'étais chez trois médecins différents et du coup j'ai vu trois façons de faire complètement différentes. Et donc chacun faisait encore à sa sauce comme je disais tout à l'heure mais - c'est pour deux d'entre eux - ce n'était pas plus mal, c'était vraiment je trouve très bon. Ils avaient des relations avec les patients que, qui étaient agréables pour les patients, pour le médecin et qui faisaient plaisir à voir pour

l'interne aussi, et qui était pourtant très différente pour les deux. Le troisième j'aimais moins la façon qu'il avait d'aborder les gens et de voilà et de leur parler, la façon qu'il avait d'être avec eux. Et euh du coup je sais plus c'était quoi la question.

Moi : c'était sur le fait de savoir si tu aimerais avoir une formation complémentaire à la relation médecin patient au cours de tes études ou même après. Et tu disais que tes prats il te semblait bien « instinctivement » finalement.

Sujet 5 : Ouais j'avais l'impression qu'ils étaient - enfin du moins les deux - bien instinctifs et ils s'en sortaient bien et il y a en a un troisième qui était instinctif aussi mais qui s'en sortait moins bien, en tout cas moi ça me plaisait pas.

Moi : Et alors qu'est ce qui te plaisait dans le comportement des deux ?

Sujet 5 : Euh, alors déjà ils faisaient en sorte que ce soit agréable, et ça c'est bien, parce que enfin le cabinet c'est un lieu où on passe beaucoup de temps et où les seules personnes qu'on rencontre pendant toute une journée c'est les patients. Donc je trouve que c'était vraiment très agréable que la relation se passe bien, et depuis le début, depuis la façon de dire bonjour jusqu'à..., alors ils faisaient différemment les deux et je sais pas si ils faisaient bien d'ailleurs, il y en a un des deux qui était très dans la sympathie quoi, il faisait la bise à beaucoup de ses patients, alors après il faut remettre aussi les choses dans leur contexte c'était un cabinet d'un petit village, enfin d'un village, alors du coup la plupart des patients étaient aussi soit un ami soit un voisin soit le boulanger, soit le père de l'ami de son fils enfin voilà. Donc euh ça fait qu'au bout d'un moment il y avait d'autres relations intriquées à la relation médecin malade. Mais il s'en sortait bien de cette façon là quoi et qui est pas forcément académique et qui est pas celle qu'on nous apprend. Parce que dans les séminaires et le peu de formation théorique qu'on a, on nous déconseille d'être sur le versant sympathique dans la relation. Mais bon voilà en fait ça peut marcher quoi. (Rire), et même ça marche.

Moi : Ok, bah écoute merci on va en rester là.

SUJET 6

Homme 27 ans, en couple sans enfant, 5^e semestre en saspas, a déjà fait des remplacements, externat à Lyon, a fait stage praticien
9h30 chez lui
37min20sec

Moi : Je t'avais demandé si tu pouvais réfléchir à deux situations qui t'auraient marquées, une bonne et une mauvaise, dont tu aurais été le témoin et en rapport avec la relation médecin patient, à l'observation d'un senior. On va commencer par la bonne si tu veux bien.

Sujet 6 : Ouais, alors c'était au cours d'un stage aux urgences, donc je prend ma garde avec ma cointerne et puis bon, parmi la longue liste des patients, il y avait une mamie qui était là pour une pneumopathie. Donc je vais la voir et puis elle allait pas si mal que ça et en fait en une demi heure elle s'est vite dégradée et puis on a vite su qu'on arriverai pas à rétablir la situation quoi, enfin les poumons étaient infectés, le cœur lâchait etcetera et du coup c'était tellement fragile que même avec la ventilation non invasive on serait pas arrivé à la rattraper et du coup j'ai fait appel à mon médecin senior et puis donc là il décide de convoquer la famille et en fait tout s'est passé très rapidement parce que une demi heure avant, ça allait pas si mal que ça quoi. On ne s'attendait pas à ce qu'elle se dégrade si vite. Donc une partie de la famille était là, l'autre partie est arrivé puis alors c'était un petit peu dans l'urgence, il a vite fallu les convoquer puis leur expliquer ce qu'il en était parce qu'on savait très bien que ça allait aller très vite quoi. Et du coup moi voilà, interne, en plus je débarquais le matin, je les connaissais pas, et j'avais tissé aucune relation avec eux et c'est vrai que voilà ça m'inquiétait un petit peu : « Qu'est ce qu'ils vont en penser ? » (pause) Heureusement le senior était là et puis il les a convoqué et donc j'étais là aussi et puis bon bah il leur a vraiment expliqué les choses, pourquoi ça n'allait pas d'un coup, et que dès qu'on arrêterait les soins ça irait peut être très vite quoi et qu'elle allait sûrement décéder dans les minutes ou la demi heure qui suivait et puis voilà donc moi j'étais vraiment observateur, j'étais dans la pièce mais j'ai pas participé et bah du coup je l'ai trouvé hyper bien, en fait. Bon c'était un urgentiste qui avait pas mal d'expérience, il avait la cinquantaine, il avait pas mal d'année derrière lui, euh, il a vraiment expliqué le pourquoi, les choses et puis il a vraiment expliqué la suite quoi, comment ça allait se passer après quoi. Bon après c'était une vieille dame donc je pense que les gens ont aussi... enfin ils avaient bien réagit à cette situation, ils ont pas... comment dire... ils n'ont pas posé de problèmes, ils ont posé des questions auxquels il a répondu et du coup bah moi ça m'a apaisé aussi et j'ai trouvé qu'il avait bien, enfin que les choses avaient été bien faites. Qu'il a su les mettre en confiance et qu'il leur a vraiment donné des explications claires et le fait d'avoir expliqué comment ça allait se passer après, ça a beaucoup aidé aussi. Voilà c'est un peu vague les souvenirs.

Moi : Non c'est bien. Et toi qu'est ce qui t'a, enfin tu m'as dit il a fait les choses bien, quand tu revois un peu la situation qu'est ce que tu a trouvé de bien dans sa façon de faire, dans son attitude.

Sujet 6 : Bah déjà il les a tous convoqué dans une pièce à part, on était au calme, porte fermée enfin voilà on a pas été dérangé. J'ai trouvé ça pas mal, il a réagit assez vite aussi. C'est-à-dire il a vu les quelques membres de la famille qui étaient là, il leur a dit d'appeler les autres, ça j'ai trouvé ça pas mal aussi parce que du coup voilà c'était cadre quoi, ça a pas traîné. Ils ont pas eu le temps de se poser trop de question non plus je pense. Ils ont vu qu'ils ont été écouté, considéré, enfin en tout cas que voilà, je pense qu'ils ont vu qu'il avait à cœur de faire les choses correctement et puis qu'il considérait vraiment enfin voilà, qu'il considérait la famille quand même, enfin. Bon et l'information était claire quoi. Enfin il y avait des explications euh simple quoi adaptées au, enfin voilà ce n'était pas du langage médicale mais voilà avec des mots simples, il expliquait ce qu'il se passait, l'infection, la décompensation cardiaque et le fait qu'elle est fragile de base. Et puis je pense que voilà vraiment le fait de savoir que ça allait vite arriver derrière enfin je pense que c'était important de le dire aussi, et puis après ça leur a permis d'aller voir la patiente, de dire au revoir tant qu'elle était encore consciente et puis parce que c'est vrai que ça c'est fait assez vite. Donc voilà je pense qu'il y avait tout le cheminement qui était assez important à eux pour intégrer, parce que bon c'est l'annonce d'une mauvaise nouvelle quoi, donc quand même, et puis dans le contexte d'urgence quoi.

Moi : Et même toi qui finalement était mal à l'aise avec ça en anticipation, finalement ça t'as permis de te rendre compte que même des situations dramatiques comme ça on arrive à (me coupe)

Sujet 6 : Ça peut bien se passer. Parce qu'on a toujours appréhension du coup d'annoncer une mauvaise nouvelle, mais ce qui est normal, mais je trouve que y a..., enfin avec l'expérience on s'aperçoit que y a des familles qui de toute façon réagiront mal, enfin, de manière plus violente en fait et des fois on a tendance à le prendre pour nous alors que c'est leur manière de réagir. Mais là c'est vrai que c'était une famille assez... enfin voilà qui a pas posé de..., comment dire..., qui a pas posé de difficultés quoi.

Moi : Ils étaient compréhensifs.

Sujet 6 : Ouais ils étaient assez compréhensifs et ils ont gardé ça pour eux, c'était pas, ils ont pas haussé la voix, c'était pas , ouais non ils ont bien compris. Alors l'attitude du médecin y a participé forcément bien sur, mais y a des fois où ça se passe pas pareil quoi.

Moi : Et toi en quoi ça t'a marqué finalement ?

Sujet 6 : Euh ça m'a marqué je pense..., bon après voilà, c'était mon deuxième semestre j'avais fait un semestre en gynéco et je pense j'avais pas encore finalement..., bon parce que en gynéco c'est quand même, on a rarement des mauvaises nouvelles à annoncer. Là ce qui m'a stressé c'est que bah déjà au bout d'une demi heure de début de garde je connaissais mal la patiente, je l'avais vu en coup de vent et ça allait pas trop mal, j'avais vu la famille rapidement en leur disant « bon bah elle va être hospitalisée on va voir comment ça se passe ». Donc déjà j'avais pas encore tissé de relation avec la famille. Donc je prenais la relève et là paf elle se dégrade. Donc c'était pas facile à accepter et puis il y avait pas cette relation de confiance en tout cas, il y avait pas de..., enfin je les connaissais pas et puis bon bah c'était aux urgences. Et puis la dernière chose c'était que du coup bah euh le pronostic vital était directement engagé, on savait qu'elle allait décéder et du coup ça rendait pas les choses faciles non plus quoi, sachant qu'il y avait l'incertitude de la réaction avec la famille, tout ça c'était des choses qui m'inquiétaient un petit peu mais du coup c'est vrai que le senior était là donc du coup ça rassure quoi.

Moi : Ok et est ce que tu en reparler de cette situation avec le senior ou quelqu'un d'autre après ?

Sujet 6 : Euh non on en a pas vraiment rediscuté après, je crois que ouais je l'ai remercié parce que du coup il a vraiment été là pour moi quoi quand même. Et je pense que ça comptait aussi pour la famille d'avoir un médecin qui leur explique, je veux dire quand t'as vingt ans et

que le médecin à côté en a cinquante, je pense que l'impact est pas le même dans la relation aussi et après non mais je l'ai surtout remercié quoi, je pense que j'étais soulagé aussi et puis comme ça c'était bien passé.

Moi : Vous en avez pas reparlé particulièrement de cet épisode ou comment gérer ce type de situation ?

Sujet 6 : Euh non bah pas plus que ça quoi. Enfin il m'avait dit enfin voilà que ça faisait vraiment partie des choses pour lesquelles il fallait prendre du temps même aux urgences il fallait prendre le temps qu'il fallait pour répondre aux questions des gens, que ça facilitait bien les choses après.

Moi : Ok

Sujet 6 : Que ça pouvait vraiment résoudre des situations ou des conflits dans d'autres cas en tout cas. Savoir écouter et répondre aux questions.

Moi : Et toi quel enseignement tu as tiré de cette situation ?

Sujet 6 : Bah euh, bah déjà ça m'a donné un bon exemple je pense de ce type de situation, le fait d'être un peu en retrait ça permet aussi d'emmagasiner, enfin de voir comment ça se passe. Ça fait comprendre pour les fois d'après que en effet il faut savoir prendre le temps d'écouter, il faut savoir prendre le temps de répondre aux questions, que vraiment prendre son temps ça permet des fois de désamorcer les choses quoi, ça permet de comprendre un petit peu, parce que des fois les inquiétudes de la famille ou d'un patient sont pas les mêmes que nous, nous on se dit « Oulala c'est ça qui va pas bien se passer, comment je vais faire » et puis en fait leurs préoccupations à eux elles sont complètement différentes, on a pas du tout les mêmes. Alors discuter permet de se rendre compte de ça. Ouais non c'est essentiellement ça quoi des fois, enfin bon comprendre le point de vue de l'autre par rapport au sien, ouais, des fois on est complètement à côté.

Moi : Et comment il faisait lui par exemple concrètement quand tu l'as observé pour justement comprendre le point de vue de l'autre ?

Sujet 6 : Bah c'était pas mal le..., enfin au début il a plutôt donné ses explications et puis après c'était plutôt des questions ouvertes, « bah qu'est ce qui vous inquiète », « quelles questions vous avez » enfin voilà « quelle euh », voilà des questions assez ouvertes puis je crois qu'il avait laissé chacun s'exprimer en fait, chacun donnait son avis et puis c'est vrai que y avait des gens bah des gens très ouverts qui posaient pas mal de question puis des gens très fermés qui accusaient un peu le coup quoi finalement. Il y avait beaucoup de membre de la famille c'est vrai que c'était..., il y avait vraiment des réactions différentes. Mais ouais il a été très posé, très calme et il leur a laissé le temps de parler, de poser des questions. C'est ce que j'en ai retenu ouais.

Moi : Et en quoi c'est utile pour ta pratique ?

Sujet 6 : Bah c'est utile bah en fait c'est utile tous les jours hein, bah dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle même si ça nous arrive pas trop, finalement ça arrive quand même de temps en temps selon les services euh, bah de savoir se poser, savoir enfin prendre le temps quoi. Et puis bah dans la vie de tous les jours en médecine générale, parce que même en consultation de routine, en fait des fois les gens viennent avec une plainte, nous on a pas la même vision des choses donc des fois on élimine l'urgence, on élimine ce qui est grave et puis en fait les préoccupations du patient sont complètement différentes et prendre le temps d'essayer de comprendre parce que souvent ils sont venu et ils ont une inquiétude quand même, alors pas tous mais essayer de comprendre qu'elle est leur inquiétude et les rassurer sur ça si on peut c'est hyper important en fait en médecine générale parce que finalement voilà, les urgences sont finalement rare, les urgences vraies hein, alors on rassure pas mal les gens quand même. Ils ont pas le même savoir que nous, ils ont pas la même vision des choses. Alors il faut chercher à les rassurer à tout prix. C'est pas le but mais il faut savoir le faire souvent quoi en général lors des consultations il faut avoir l'air sur de soi enfin faut s'affirmer quoi et eux du coup ça leur renvoie quelque chose de positif et ça les rassure parce que je pense que si ils sortent de la consulte sans avoir la réponse à leur question, si on a pas réussi à trouver quel était leur inquiétude je pense que ça marche pas quoi. Enfin c'est mon avis.

Moi : Ok, alors et en quoi pour toi ça a modifié ta pratique ?

Sujet 6 : Bah ça m'a permis d'en prendre conscience, parce que bon on est à la fac, on a un savoir assez scientifique. Il y a des signes, des symptômes, on raisonne et on fait un diagnostic. Si on peut, on traite, et ça, ça m'a vraiment permis de prendre conscience qu'il n'y a pas que ça quoi. Donc les gens cherchent aussi autre chose et que dans notre attitude fallait pas, faut pas trop laisser la place au doute même si on en a en fait dans la relation euh ils attendent quand même qu'on soit assez affirmatif même si finalement au fond de nous on ne l'est pas quoi. Il faut renvoyer une image de bah voilà euh : « vous avez ça c'est pas très grave, vous êtes inquiet parce que ça, mais voilà ». Mais en fait on s'en sert tous les jours enfin moi en tout cas je m'en sers tous les jours, mais notamment en médecine générale quoi.

Moi : Ok.

Sujet 6 : Ouais moi je trouve que c'est la base de la relation quoi, les gens nous font confiances donc faut pas qu'on leur renvoie une image de quelqu'un qui hésite ou alors si on hésite il faut expliquer pourquoi, il faut avoir les idées claires quoi et c'est pas toujours facile (rire) surtout au début. Même si on n'a pas les idées claires il faut renvoyer quelque chose d'assez carré, je trouve.

Moi : Ok. Donc maintenant je t'avais demandé si tu pouvais réfléchir à une situation mauvaise est ce que tu peux me la raconter ?

Sujet 6 : La mauvaise, j'étais étudiant à l'époque (= externe) et c'était des consultations à l'hôpital avec un médecin senior qui a un caractère un peu particulier, assez affirmé mais..., et donc il y avait une dame qui avait une maladie chronique (pause) et puis donc la dame entre et puis à haute voie il me dit « Ah bah là tu vas voir » alors d'emblée quoi, je crois même pas qu'il ait dit « bonjour madame » et il dit : « Ah bah là tu vas voir elle va commencer à se plaindre » (rit) et puis en effet la patiente commence à se plaindre : « Oh lala y a ça qui va pas y a ça qui va pas ». Donc le médecin était presque allongé sur sa chaise, il la regarde et puis devant la patiente il fait des mimiques (*me les montre à grand renfort de gestuelle exagérée de quelqu'un qui en rajoute encore et encore*). Enfin bon. Puis en fait le sentiment est un peu partagé parce que c'est ton chef, mais bon t'as quand même un peu honte. Enfin, t'es un peu mal à l'aise quoi, parce que bon même si tu as envie d'explorer de rire, le réflexe bête quoi en fait, c'est quand même un peu honteux même si..., enfin j'ai trouvé qu'il rabaissait vraiment les patients. Puis en fait c'était pas la seule quoi, ça arrivait régulièrement. Alors je pense que y a des patients qui appréciaient parce que bon au moins ça les cadrait, mais bon c'était un peu « too much » quoi. Et puis du coup c'était sans cesse comme ça, elle montait sur la balance,

elle était trop grosse, elle avait droit à une réflexion. Si elle se plaignait, elle avait une réflexion. (Pause). Je sais plus mais c'était une maladie chronique, je sais plus, elle se plaignait d'avoir mal au bras alors il lui disait « vous avez mal au bras en faisant ça ou en faisant ça ? » (*mime des gestes de masturbation au milieu de gestes plus anodins*) enfin c'était un peu trop quoi, enfin non ça dépassait des limites carrément. Enfin bon voilà c'était vraiment le enfin ça rabaissait les gens quoi. Fallait pas se plaindre. Enfin voilà il n'écoutait pas quoi. Il n'écoutait pas, c'était lui qui avait le savoir, fallait faire comme lui il avait dit. Et puis finalement on ne savait pas comment ça se passait dans sa vie elle, on ne savait pas..., enfin voilà. Là pour le coup on était plus sur le côté médical des choses et puis « bah ça va pas mais bon c'est de votre faute quoi », « finalement je ne vais pas chercher à comprendre pourquoi ». Enfin voilà il y avait pas du tout la psychologie, parce que bon, dans les maladies chroniques il faut quand même..., enfin il y a toujours une part un petit peu psychologique quand même. Donc voilà c'est le souvenir de relation que j'avais où je trouvais ça un peu gênant quoi, carrément limite quoi.

Moi : Et dans son attitude il faisait tout finalement pour manquer de respect si on peut dire.

Sujet 6 : Ouais, alors moi j'étais étudiant, je sais plus en quelle année j'étais, mais bon après on a l'autorité du chef, enfin qu'il nous renvoie toujours un petit peu quand on est étudiant. Et puis en même temps t'as quand même une personne en face. Ouais non, ça m'avait un peu choqué et puis en fait tout au long de la consultation il y en avait régulièrement où c'était comme ça quoi.

Moi : D'accord, et toi en quoi ça t'a marqué finalement ?

Sujet 6 : Bah c'était un manque de respect envers un être humain, malade d'autant plus. Puis il y a une manière d'aborder les choses, même si on pense qu'en effet euh bon déjà il y a tout le côté psychologique, après je pense que c'est pas forcément bien de rentrer dedans comme ça. Alors par contre je pense qu'il y a des patients qui aimaient ça par contre. Enfin ça leurs faisaient du bien quoi parce que je veux dire ils revenaient (rire), alors j'imagine que finalement à certaine personne ça leur allait pas si mal quoi. Parce que je pense qu'ils avaient finalement une confiance, vraiment confiance en lui, alors je pense qu'ils pouvaient pour le coup, mais dans le côté humain c'était autre chose quoi. Alors je pense que certain ça leur suffisaient d'avoir, enfin ils avaient confiance seulement sur son savoir, sur sa réputation, sur tout ça. Je pense que y en a à qui ça suffit. Euh... alors je sais plus la question....

Moi : C'était : En quoi ça t'a marqué ?

Sujet 6 : Ah ouais en quoi ça m'a marqué. Euh (réfléchit longtemps) Bah ouais il ne prenait pas le temps d'écouter quoi. En fait la plainte, elle n'avait pas le droit d'exister presque. Ils avaient telle maladie avec tels symptômes et ils prenaient tel traitement et après c'était à eux de faire le reste quoi. Si ça allait pas c'était pas de sa faute quoi, en tout cas il écoutait pas pourquoi ça allait pas quoi.

Moi : Et finalement toi t'avais pu en parler à ce moment là avec d'autre chef, avec d'autre senior ? J'imagine pas avec lui en tout cas (rire) ?

Sujet 6 : Non ce n'était pas le personnage avec qui s'était possible d'en parler quoi.

Moi : Et avec d'autres ?

Sujet 6 : Alors c'est vrai qu'on en parlait dans notre service avec l'assistante et d'autres étudiants notamment. Bah tout le monde préférait prendre ça en rigolant quoi finalement, parce que bah c'était quand même un personnage le senior et bon bah il avait un peu la main mise sur tout le monde et tout le monde le craignait un peu aussi. Donc je pense que tout le monde préférait en rigoler et puis c'était plus facile comme ça (étouffe un rire) enfin je pense que personne osait de toute façon le juger. Il était un peu mis sur un piédestal quand même quoi.

Moi : Mais toi, bien qu'il soit bon en pratique médicale technique, son attitude ne te paraissait pas normal quoi.

Sujet 6 : Ouai ça me paraissait pas normal. Alors après je me suis posé des questions parce que il y avait quand même des gens, ce n'est pas que ça leurs plaisaient, mais ça leurs correspondaient quoi de se faire rentrer dedans, je pense que y en avaient qui avaient besoin de ça, mais clairement là, cette dame là, je pense que non ce n'était pas la manière à avoir quoi. Elle était complètement renfermée devant lui, vraiment la vision du médecin là haut (*me montre le plafond*) et le patient tout en bas (*me montre le sol*). Et si elle pouvait se cacher elle l'aurait fait quoi. Donc ça c'était gênant quoi. Et puis après, « rentre dedans », pourquoi pas après tout, enfin voilà. Mais là je pense que du coup pour elle c'était pas ça, parce que du coup elle s'enfonçait encore plus quoi.

Moi : Il était pareil avec tous les patients ?

Sujet 6 : Bah après non il y avait aussi les patients qui lui plaisait bien et c'était ses copains presque. C'était tout ou rien. D'ailleurs dans la même consultation il y avait un patient c'était devenu un de ses amis quoi.

Moi : Ok. Et toi quel enseignement tu as tiré de cette situation ?

Sujet 6 : Alors je ne sais pas si j'en ai tiré un apprentissage. De toute façon je me suis dit que ça ne me correspondait pas du tout. Après on pas le même caractère non plus mais c'est autre chose. Non voilà je me suis dit que je voulais pas faire ça. Mais ça pose question, parce que je pense que de toute façon à chaque médecin correspond une certaine patientèle. Forcement il y a des gens avec qui ça passe pas des fois dès la première consulte et qu'on se dit... Enfin voilà, soit on pas tissé de lien, soit on se dit que ça passera pas. C'est ce que je me suis dit, qu'avec certains patients... Enfin voilà chaque attitude des médecins peut correspondre à certains patients de toute façon et que faut faire avec quoi, on ne peut pas plaire à tout le monde. Enfin notamment en médecine générale, on a une patientèle qui est un peu à notre image, je pense qu'on a forcément certains patients qui ne reviendront pas nous voir parce que ça colle pas quoi. Même si on a eu peut être la bonne attitude ou... Enfin c'est difficile d'en juger mais je pense que ça joue aussi quoi.

Moi : Et en quoi ça a pu changé ta pratique ?

Sujet 6 : Bah de toute façon ce n'est pas une attitude que j'ai. Après il y a certains patient où je considère qu'il faut leur dire les choses. Après il y a une manière d'amener les choses. Il y a des fois où je suis plus directif et je leur dit « bah si vous faites ça de toute façon vous vous exposez à ça, ça, ça ». Voilà je ne suis pas dans l'excès inverse d'être trop gentil et laisser tout passer, ça marche pas non plus. Mais voilà faut savoir écouter, dire ce qu'on en pense, faut savoir être parfois un peu plus directif ou alors au contraire donner l'information et après ils font ce qu'ils veulent. Et puis faut savoir aussi parfois leur dire « bah non, vous faites ça quoi ». Enfin je pense qu'il y a pas qu'une

attitude à avoir, il y a des moments où il faut savoir être plus directif, mais voilà, pas tout le temps, parce que ça marche pas mais faut savoir un peu peser le pour et le contre, doser les choses quoi. Enfin ça m'a servi en ça. Des fois il faut s'affirmer aussi, surtout quand on a des patients qui ont une personnalité plus forte que la notre aussi, ça arrive. Et il faut savoir la contrer et s'affirmer aussi. Bon après je pense que ça dépend aussi de son propre caractère à la base mais bon il y a forcement des directions qu'on est obligé de travailler pour être un peu meilleur quoi.

Moi : D'accord, et est ce qu'on peut dire que ça a modifié ta pratique ?

Sujet 6 : (réfléchit longtemps) Euh je ne sais pas si c'est à ce moment là où ça m'a aidé à m'affirmer quoi. Parce que c'était un peu tôt dans mon cursus. Mais je n'ai pas l'impression que directement ça ait modifié ma pratique quoi. J'ai pris conscience beaucoup plus tard qu'il fallait renvoyer une image assez..., enfin j'ai pris conscience plus tard de l'image qu'on pouvait renvoyer en fait, que le médecin pouvait renvoyer au patient. Au début je ne m'en rendais pas trop compte. Et à ce moment j'étais trop jeune pour me rendre compte de l'importance que ça avait. Mais ça a surtout modifié ma pratique dans le sens que j'ai vu ce que je ne voulais pas être quoi (rire). Et puis voilà de toute façon ça me correspondait pas.

Moi : Mais ça t'a quand même fait réfléchir comme tu me disais sur le fait d'être parfois obliger d'être plus encadrant quoi.

Sujet 6 : Ouais faut savoir parfois être plus encadrant. Moi de base, je suis plutôt enfin je donne l'information puis après je considère que les gens sont informés et quand même libre de choisir. Je pense que je suis majoritairement comme ça, pas paternaliste quoi. Mais bon après faut voir à qui on a à faire aussi. Mais il y a des fois où il faut aussi savoir être plus directif quoi, moins laisser le choix et ça pour moi spontanément c'est plus dur, c'est moins naturel.

Moi : Ok et tout ce que tu m'as dit aujourd'hui, est ce que tu en avais conscience avant qu'on en parle ?

Sujet 6 : Bah non en fait je pense que je n'avais pas pris le temps de euh..., le fait de m'avoir posé les questions avant (= ce que je demande par mail) ça m'a permis d'y réfléchir et non j'en avais pas pris conscience. Je pense que depuis que je suis interne, enfin, dans la relation médecin malade, ça a énormément évolué ça c'est sur, puisque on y est confronté tous les jours, ça amène à se poser des questions que je ne me posais pas du tout quand j'étais étudiant (= externe). Il y a toujours les cours, mais c'est hyper théorique et ça ne sert pas à grand-chose. Enfin si on a quand même des outils qu'on nous donne. Après faut vraiment les appliquer. Mais non, j'avais pas pris conscience de tout en fait, non j'avais pas pris conscience de tout. Notamment les côtés négatifs, finalement j'ai vu plus de choses positives, donc ce qui est plutôt bien hein ?

Moi : Oui c'est préférable !

Sujet 6 : Mais c'est vrai que les côtés négatifs j'avais pas trop non j'en avais pas forcément pris conscience avant d'y réfléchir.

Moi : Et comment tu te perçois si on peut dire, à ton niveau, dans la relation médecin patient ?

Sujet 6 : Euh je trouve que j'ai..., enfin quand on devient interne là, c'est vraiment la chose qu'on n'a pas en fait, on a le savoir plus ou moins de toute façon, à peu de chose près on s'en sort quoi. Par contre je trouve que c'est un domaine où enfin moi j'ai le plus progressé, où j'ai déjà plus pris conscience des choses et puis du coup ça m'a vraiment aidé à progresser, euh c'est ce qu'on disait tout à l'heure, notamment dans l'image qu'on renvoie, en fait elle est hyper importante, notamment en médecine générale. Enfin je sais pas, j'exagère peut-être mais je pense que finalement c'est peut être soixante dix pour cent du temps d'une consulte quoi, notre attitude, euh le dialogue avec le patient, l'image qu'on renvoie, enfin je pense que si on ne fait pas ça « pfff », des fois ça peut anéantir un temps de consultation quoi. Enfin je pense que voilà, la consultation se passe pas pareil si on n'a pas fait attention à ça quoi. Alors « fait attention » c'est un grand mot, on a quand même une base qui est là. Mais, je pense qu'on ne peut pas dire « oh bah je pense que c'est ça » ou « c'est peut être ça, on verra », les gens ils ont besoin quand même d'être rassurés, d'être dirigés. De dire « je ne sais pas si c'est ça ou ça, mais si c'est ça on va faire ça et après on fera ça ». Enfin moi ça me paraît hyper important. Je trouve que c'est important d'avoir cette attitude là pour qu'ils aient confiances, pour qu'on les revoit, pour qu'on puisse initier un suivi, pour qu'ils aient les idées claires de savoir quoi faire, pour qu'ils se retrouvent pas chez eux en disant « bah je n'ai pas compris ce que le Docteur m'a dit, je ne sais pas ce qu'il faut faire si il faut que j'y retourne ou que j'aille voir quelqu'un d'autre ». Et puis ça j'en ai vraiment pris conscience en stage chez le praticien quoi. En plus au début ce n'est pas facile parce qu'on est l'interne déjà, et que les patients ce n'est pas... (pause)

Moi : Au début t'es un peu observateur non ?

Sujet 6 : Ouais, on est observateur, mais petit à petit, enfin je trouve que même quand on est observateur on ne s'en rend pas compte. Parce que forcement c'est déjà acquis entre le prat et puis ses patients, ça coule tout seul et puis quand tu te mets à la chaise après et qu'il est pas là et bah tu te dis « bah de toute façon déjà il a pas confiance en moi, il me connaît pas », donc du coup on rame encore plus et puis il faut s'imposer quoi du coup, il faut montrer que toi aussi tu connais ta médecine, que t'es capable de les soigner et puis les écouter quoi. Et ça c'est important aussi. Ça fait une différence entre pas mal de médecin aussi, ceux qui écoutent ceux qui écoutent un peu moins. Pareil faut savoir doser quoi, ne pas se laisser bouffer. Voilà, je sais pas si j'ai répondu.

Moi : si si c'est bien. Et alors toi tu as eu quoi comme enseignement à la relation médecin patient ?

Sujet 6 : Euh, alors à la fac je sais plus, on a bien du avoir des trucs en sciences humaines en première année j'imagine, mais après je ne suis pas certain. Parce que même dans le premier module d'internat je ne crois pas. Non mais après c'est surtout..., euh si, pendant l'internat en premier semestre on a un séminaire là dessus avec des ateliers là, des jeux de rôle, des choses comme ça. Et puis après voilà je pense qu'il faut essayer de se l'appliquer dans la pratique de tous les jours que ce soit à l'hôpital ou en ville quoi. Bah ouais, ça compte dans un service de bien connaître tes malades, être capable de discuter avec eux, parfois d'autre chose, puis après il faut que ce soit intégré, que ce soit naturel. Mais bon après voilà il y a des jours où on est moins apte à écouter que d'autre, ça fait la difficulté. Parce que ça demande de l'énergie hein !

Moi : Et qu'est ce qui t'a été le plus utile dans tes études pour l'apprentissage de la relation médecin patient ?

Sujet 6 : Bah clairement je pense que c'est le terrain, de se frotter à tout ça. Après faut le vouloir aussi je veux dire hein. Faut en être conscient déjà qu'on peut progresser sur ce plan là. Les outils qu'on nous donne, bah, faut être capable..., enfin moi je les applique pas tous,

je les ai même pas en tête comme ça, mais bon je pense que c'est quand même une base même si je pense que sur le moment, le séminaire ou les jeux de rôle ça nous parle peu. Je pense qu'ils ont quand même un intérêt et puis après ouais c'est vraiment en stage qu'on l'applique en direct. Parce que des fois on est amené à annoncer une mauvaise nouvelle en garde, on y est pas forcément préparé donc il faut..., bah ça se fait un peu sur le tas aussi. Je pense que des fois on en sort satisfait et des fois un peu moins mais bon, oui je pense que c'est dans la vraie vie que finalement on prend un peu plus l'habitude, un peu plus le plis. Et puis d'en prendre conscience aussi que c'est important quoi. Ce que j'avais pas du tout à la fin de mes études (= externat) quoi. J'en avais beaucoup moins conscience qu'avec la pratique quoi.

Moi : Ça vient après ?

Sujet 6 : Ouais, enfin pour moi c'est venu après, je me suis rendu compte après que c'était hyper important.

Moi : Et est ce que tu aimerais toi au cours de tes études avoir une formation plus spécifique à la relation médecin patient ?

Sujet 6 : Euh pfff (pause) Alors je ne sais pas euh... plus spécifique euh...

Moi : Je veux dire plus de formation pour être plus sensibilisé, meilleurs aussi ? Est-ce que c'est quelque chose qui te paraîtrait intéressant ?

Sujet 6 : Je pense que c'est toujours intéressant, après euh on est tellement différent déjà chacun dans notre attitude, dans notre façon de voir les choses. Enfin il y a mille médecins, il y a mille façons de voir les choses, on est plus sensible sur certains points, moins sur d'autre, alors je pense qu'il y a pas de vérité non plus quoi. Alors je ne sais pas si une formation spécifique ça amène finalement beaucoup plus à tout le monde quoi. Peut-être un peu mais bon je pense qu'à un moment ça sert plus à rien quoi.

Moi : Et par la suite, maintenant que tu as bien pris conscience de l'importance de la relation ?

Sujet 6 : Ça m'intéresserait mais pour développer certains axes en fait. Par exemple s'affirmer quoi. Par exemple souvent dans le dialogue, moi je considère que j'ai pas trop trop de soucis enfin voilà je suis capable de parler facilement d'autre chose en consultation, de nouer le lien. Peut-être pour m'affirmer complètement dans certaine direction pourquoi pas ouais. Je pense que c'est toujours utile, dans certaine technique ouais, là ça pourrait être utile. Parce qu'on n'a pas tous les mêmes armes, les mêmes façons de faire, mais bon dans l'affirmation de soi ouais ça pourrait m'être utile je pense.

Moi : Ok merci on va en rester là.

En off en fin de rencontre, je lui demande pourquoi il ne m'a pas parlé du stage prat. Il me dit qu'il ne sait pas mais que ça ne c'était pas très bien passé surtout pour un et qu'il a du « occulter ».

Un de ces prat était « bizarre » et ne faisait rien comme il fallait et l'autre bien « mieux » était bon en psy.

Il regrette finalement de ne pas m'en avoir parlé.

Il a bien apprécié l'entretien et le questionnement que ça lui a posé.

SUJET 7

Femme 28 ans mariée, pas d'enfants, 6^e semestre en stage CHU gériatrie, n'a jamais fait remplacement, externat Lyon, a fait stage praticien et SASPAS

Chez elle 10h30.

Durée 47 min 52

**Moi : Je t'avais demandé de réfléchir à deux situations de relation médecin patient qui t'ont marqué et dont tu as été l'observateur.
Il y avait une bonne et une mauvaise. On a qu'à commencer par la mauvaise.**

Sujet 7 : Alors c'était en pneumo, pendant mon quatrième semestre, en fait on était avec le chef de service, pour le tour, avec un patient qui avait un cancer stade quatre, et il était chez nous pour altération de l'état général. Et donc on passe le voir, et dans les jours précédents il avait eu des corticoïdes en IV, à bute anti-inflammatoire et aussi à but orexigène, pour lui donner un peu de peps. Donc voilà, on rentre dans sa chambre, on voit un peu comment ça se passe, on l'examine, le senior en fait s'assoit sur le lit du patient, il déballe tout son dossier sur le lit du patient (me mime le déballage) et puis ils discutent. En fait il ne discute pas vraiment de la maladie et du problème actuel, il dit « Ah vous venez d'où, ah vous faites de la pêche », ils parlent de plein de choses, du coup le patient il est bien en confiance. Puis le patient commence à poser des questions sur son pronostic, sur sa maladie, sur comment ça se passe, et alors le senior il dit « Ah bah c'est bien, je vois que les corticoïdes ça vous a fait du bien, ça vous a ressuscité ! » (Pause) Là je me dis « Qu'est ce qui raconte, pourquoi il parle de ressusciter, il va juste mourir bientôt ». Parce que le monsieur était encore à peu près bien dans sa tête même s'il avait encore un peu des moments d'agitation et d'angoisse et il passait pas des supers bonnes nuits et il faisait 40 kg tout mouillé... Et du coup le patient il avait des yeux, et il disait « Ah ouais trop bien ça marche bien alors les corticoïdes, vous pensez que ça va me guérir ? » alors le médecin il a répondu « Ah non je ne sais pas si ça va vous guérir mais en tout cas c'est vrai que ça vous fait du bien » et enfin je me suis dit « Mais pourquoi ! » Enfin euh voilà et là je me suis dit..., je ne sais pas..., enfin c'est sur hein c'est magique les corticoïdes, mais tu ne dis pas à un patient qui va mourir, enfin pas incessamment sous peu, mais qui est clairement déclaré en soins palliatifs, que les corticoïdes ça le « ressuscite ». Enfin c'était dans les mots je trouvais que c'était pas forcément adapté. Plutôt : « Oui ça vous a fait du bien, ça vous a remis un peu en forme, on peut peut-être discuter d'un retour au domicile du coup vu que vous êtes mieux » Et du coup j'ai trouvé que « ressusciter » ce n'était vraiment pas le mot, enfin sachant que le patient allait mourir. Voilà. Et après bah du coup le patient il était presque un peu rassuré et lui après il en remet une couche, il dit « Non mais vous avez quand même une grosse pêche dans le poumon » et puis il remet une couche sur les résultats du scanner « Non mais c'est vrai que quand même avec tout ce que vous avez sur votre scanner vraiment vous avez de la chance d'être encore en vie », et je me suis dit « Mais il s'enfonce quoi », enfin tout le monde a le droit de s'enfoncer et il y a des moments où t'arrives pas à te sortir de la situation et je me suis dit « mais non il va s'arrêter enfin ». Et il lui dit à ce pauvre monsieur Machin, il lui dit « Ah mais voilà oh vraiment vous tenez bien parce qu'avec tout ce que vous avez dans votre ventre ! ». Alors c'est sur qu'il avait sur le scanner un foie énorme, sur le poumon il en avait de partout alors ouais il tenait bien le coup hein, il n'avait pas envie de mourir sûrement à ce moment là. Mais voilà. Et à côté de ça le patient et ben il avait confiance en lui.

Moi : D'accord et comment il a réagit alors le patient suite à ça ?

Sujet 7 : En fait je sais pas s'il a entendu, je me demande s'il est pas resté sur « Ah bah avec tout ce que vous avez vous êtes toujours là », enfin, je sais pas s'il restait pas que sur que les moments positifs du discours du médecin et, enfin euh, alors pour le coup il était au courant tu vois, il le mettait bien au courant de tout ce qu'il avait, mais je trouvais que c'était pas, enfin ça m'a choqué quoi et je me suis dit, je vois pas comment il peut sortir ça à un patient, tu parles de ce genre de situation avec tes collègues tu dis « Oh lala avec tout ce qu'il a franchement il tient bien le coup quoi » mais peut-être pas avec le patient. Et dans la relation bah pourtant le patient et bah c'était « Aah Dr Machin » (ton admiratif). C'était sa femme en fait qui avait moins confiance au médecin que le patient. Enfin pas « pas confiance » mais qui se sentait moins en assurance avec le médecin que le patient. Le patient bon bah il suivait le médecin, très paternaliste « Bon bah on va faire ça, on va faire ça ». Et toi t'es là et t'as fait tes études où on t'explique qu'il faut être un peu moins paternaliste et informer le patient de façon claire loyal et « adaptée » (insiste sur le mot « adapté »), (puis presque en chuchotant :) et je crois pas que c'était adapté mais après ça c'est personnel.

Moi : Et qu'est ce qui t'a le plus marqué toi dans cette situation ?

Sujet 7 : C'est ça, le, c'est les mots en fait. Et les mots, et que le patient il ne soit pas euh : « Mais qu'est ce que vous me racontez là ». Qu'en fait il était tellement dans, dans un ... bah peut-être qu'il était, enfin, je ne sais pas s'il était dans un déni de la situation le patient, mais je pense qu'au bout d'un moment t'espère toujours que ça ira mieux et il avait vraiment confiance en son médecin hein. Mais toi t'as le regard extérieur, t'as le regard de l'autre côté et tu te dis « Je pense que je n'aurais pas pu sortir la moitié de ce qu'il a dit devant le patient ». En fait c'est surtout ça, c'est sa façon de parler au patient qui m'a marqué et je ne croyais pas que c'était (pause). Mais tu vois il avait une bonne relation médecin malade. Ça fonctionnait.

Moi : Et toi-même après, tu n'as pas ressenti que le patient avait été mal à l'aise ?

Sujet 7 : Si parce qu'après le patient il m'a dit « Mais il y a vraiment beaucoup de choses sur mon scanner ? », « Et les corticoïdes pourquoi on les a arrêté ? ». Du coup il s'est posé des questions. « Mais pourquoi ... ». En fait si, ça avait déclenché une cascade de questions, mais après.

Moi : Donc ça n'a pas été si anodin que ça pour le patient même si il aimait bien son médecin ?

Sujet 7 : Ouais et sur le coup bon bah voilà, et c'est un tour, donc c'est, enfin t'as beau passer un petit peu de temps avec le patient c'est quand même rapide quand tu en as encore dix à voir. Ce n'est pas comme sur une consultation (pause). C'est peut-être pour ça, c'est pour l'annonce diagnostic où tu prends ton temps, t'expliques, tout ça. Là non, c'était, bon on fait le tour « Ah lala qu'est ce que vous êtes bien avec les corticoïdes ça vous a ressuscité ! » « Oh avec tout ce que vous avez dans le... » (rire). Enfin voilà, mais au final la relation médecin malade elle était finalement pas si mauvaise.

Moi : Toi tu l'as ressenti comme quelque chose que tu rejetais finalement comme façon de faire ?

Sujet 7 : Ouais

Moi : Mais d'un autre côté ?

Sujet 7 : Bah d'un autre côté le patient il avait confiance en son médecin, enfin c'est l'impression que j'ai eu. Et c'est là où je me dis, je pense que l'âge ça joue (pause). Ton expérience de toute façon ça joue, mais du coup, enfin le senior il n'était pas tout jeune, il n'avait pas vingt huit ans quoi... Enfin je me suis vachement questionnée sur ce médecin « Comment est ce qu'il arrive à sortir ce genre de chose et que les patients ils le vénèrent toujours autant quoi ». Parce que ce n'est pas le premier patient, enfin ouais il y en a eu d'autre après !

Moi : D'accord, en tout cas celui là t'as bien marqué. Et tu en avais parlé après à d'autres personnes ?

Sujet 7 : Ouais j'en avais parlé à mon cointerne, et puis à la psychologue du service. Qui était là pour les patients mais du coup qui était aussi là pour l'équipe soignante. Enfin indirectement, parce qu'officieusement t'étais bien content de la croiser de temps en temps quand même pour vider un peu ton sac entre guillemet.

Moi : Et qu'est ce qu'ils en avaient pensé eux ?

Sujet 7 : Ça les avaient limite pas étonné.

Moi : Ils avaient l'habitude qu'il fonctionne comme ça ?

Sujet 7 : Ouais, ça les avaient pas, enfin, si ça les avaient étonné (sur un ton amusé :) « Oh quand même il a dit ça ! », et puis d'un autre côté « oui mais ça m'étonne pas qu'il dise ça ».

Moi : Après que ça ne les étonne pas en regard de sa personnalité, mais est ce que eux ça les étonné ... (me coupe)

Sujet 7 : Dans la façon de dire, oui, complètement, enfin c'était euh, la psychologue elle avait dit « Ah quand même il y a des façons de dire », et peut être que lui c'était ça façon de dire. Enfin je ne sais pas. Vu que j'ai du mal à comprendre ce genre de façon de dire les choses au patient et ben enfin je ne sais pas, c'était, je ne sais pas, peut être il y a des moments où tu peux dire au patient « Ouh lala avec tout ce que vous avez sur le scanner ! », je ne sais pas, quand tu parles d'un truc moins grave peut être, je ne sais pas. Et puis heureusement que l'entourage, enfin heureusement que la psychologue était là, que mes cointernes étaient là parce que ça m'avait bien travaillé, et puis lui je lui en avais pas parlé au senior, je n'avais pas osé lui dire « Mais c'est un petit peu brutal non ? » Mais lui je ne pense pas qu'il le sentait comme brutal, il a du le dire comme il le pensait enfin (pause). Je ne sais pas si ça rentre dans la relation médecin malade hein, mais ...

Moi : Bah si complètement.

Sujet 7 : Enfin ça ça m'avait vachement marqué.

Moi : Et alors toi quel enseignement tu as tiré de cette situation ?

Sujet 7 : Euh, déjà ça m'a étonné qu'il, enfin euh, il y a toujours la manière de dire, la manière de faire, le savoir être et le savoir dire là. Et donc le savoir être, je me dis souvent je m'assois ... Enfin d'être passé dans le service, souvent ça te montre qu'il faut quand même être un tout petit proche de tes patients dans des moments un peu critiques, donc c'est vrai que ça m'arrive souvent de m'asseoir sur le lit du patient alors que normalement il vaudrait mieux..., enfin c'est pas b... (Ne finit pas le mot « bien »). Enfin je me souviens qu'ils disaient qu'il faut éviter de s'asseoir sur le lit du patient parce que c'est son lieu à lui, je crois que c'était la psychologue du service qui nous avait dit ça, « c'est à lui », c'est son secteur enfin c'est « son périmètre de survie » entre guillemets et donc toi tu prends une chaise et tu t'assois à côté. Et du coup ça c'est bête hein parce que j'y repense à chaque fois, mais je m'assois sur le lit du patient. Alors, je ne balance pas tous les dossiers du patient sur son lit où tu peux voir toutes les observes, où tu peux voir tous les résultats, et suffit que le patient soit un tout petit peu curieux en se disant « Tiens il y a peut être des trucs qu'ils m'ont caché », enfin j'en sais rien et donc voilà. Et puis d'un autre côté je pense que le patient que tu sois plus proche de lui peut être qu'il apprécie, qu'il se sent plus en, tu vois, plus en confiance je ne sais pas. Et la deuxième chose, bah de lui dire « Bah avec tout ça sur votre scanner ! ». Il y avait eu le scanner donc à un moment ou à un autre le patient il te demande qu'est ce qu'il y a eu sur le scanner. Enfin pas tous, mais il y en a qui veulent savoir quand même ce qu'il y a sur leur scanner. Donc quand le patient il te pose la question bah après c'est tout dans la..., je ne sais pas, est ce que tu minimises ?, est ce que tu dois tout dire ? « Ah bah c'est vrai que y en a de partout » en expliquant « Bah voilà y en a sur votre foie, sur votre poumon ». Enfin je ne sais pas, ou est ce que du coup tu dis : « Oui c'est vrai que ça (pause) », enfin en expliquant un petit peu moins mais en donnant en plus les conséquences du coup, en étant moins factuel et en donnant plus les conséquences, parce que du coup c'était hyper factuel de dire : « Ah y en a de partout je sais pas comment ça se fait que vous êtes encore vivant ». Ouais voilà, de, c'est vraiment une question de ..., bah déjà avant je me disais faut vraiment dire tout au patient et en fait maintenant je me dis avec le recul ... Et quand tu te dis l'annonce diagnostic c'est vraiment que quand tu as l'histologie. C'est bête hein mais là, il y a pas longtemps a une dame je lui dit « Ah bah c'est vraiment suspect », et en fait il y avait rien du tout. Donc tant mieux elle était trop contente, mais elle se faisait son film, elle se disait « Mais qu'est ce que ça peut être ? » Donc bah là tu donnes les explications sur ce que ça peut être. Mais c'est vrai que dans le cadre d'un cancer métastatique, s'il y en a de partout, tu supposes très fortement même si tu es pas sur que c'est à cause du cancer alors (pause). Après je pense qu'il faut laisser le patient avancer par lui-même s'il se sent d'avancer par lui-même et lui donner les informations quand il va les demander. Plus qu'en lui donnant toutes les informations : « Alors voilà je vous dis tout et puis maintenant vous vous débrouillez avec, voilà je suis débarrassé, j'ai vidé un peu mon sac là, parce que quand j'ai vu vos résultats ça m'a un peu fait mal, mais maintenant tenez, hein, débrouillez vous avec et puis bon bah si jamais vous voulez en discuter on en discutera ». Ouais c'est ça en fait, peut être laisser le temps au patient d'avaler un petit peu tout ce qu'on peut leur faire avaler, et dieu sait si on leur en fait avaler, et puis ..., mais peut être pas tout du coup, peut être pas tout leur dire d'un coup. L'art de s'adapter au patient et attendre euh, enfin c'est bête hein mais le laisser penser et le laisser poser ses questions et du coup attendre. C'est surtout ça en fait, c'est prendre son temps même si des fois t'as pas le temps.

Moi : Bien. Et toi en quoi ça t'a été utile dans ta pratique d'avoir vu cette situation?

Sujet 7 : Et bah pas refaire la même chose. D'essayer de pas refaire ça. D'essayer de, en fait je sais que je suis très expressive dans euh physiquement et je pense dans mes mots et du coup je me limite vachement au niveau de mes mots parce que je sais que mon visage il va me trahir si j'en dit trop. Enfin je sais que je vais, ouais voilà, ben le patient si il me regarde et bien il va se dire « En fait non il y en a plus quoi ». Donc du coup j'essaie de limiter au niveau des informations que je délivre, j'en délivre mais peut être pas tout d'un coup. Ça m'a montré ce que je voulais pas faire, ce que je ne voulais pas devenir.

Moi : Et en quoi ça a pu modifier ta pratique ?

Sujet 7 : Bah ouais du coup vraiment dans ça, dans pas tout dire d'un coup. (Réfléchit) En fait c'est ça, dans ce stage, au début du stage j'avais envie de tout dire au patient tu vois, et il y a des fois où lui il (le senior) disait rien. Tu vois là, il a dit « Oh avec votre scanner il y en a vraiment partout, je sais pas comment vous avez fait pour être vivant ». Mais c'est ça façon de dire les choses et dans un autre côté il y a eu des patients où il tardait à leurs dire les résultats du scanner et où le patient euh, bah toi t'es l'interne et t'es en première ligne presque et ils te disent « Ah bah c'est quoi le résultats du scanner », toi tu les connais tu leur dis : « oui il va venir vous voir, il va venir vous voir », puis il leur dit « Oh oui y a un peu de ça, y a un eu de ça », hyper flou, du coup le patient il sait pas trop si c'est grave ou pas. Enfin il se dit bien que c'est pas anodin, et moi au début j'étais vraiment « non il faut tout leur dire, c'est hyper important pour qu'ils sachent pourquoi ils se battent et tout » et à la fin du stage et maintenant, je me dis oui, il faut leur dire mais en fait il faut plus qu'on s'adapte et qu'on dise pas tout d'un coup. C'est plutôt, en fait c'est vraiment sur les 6 mois que j'ai changé ma façon de faire les choses. Tu sais au début on te dit « oui, information claire, loyale et adaptée » (pause et répète :) « Et adaptée ». Et en fait c'est là, dans « adaptée » où c'est toute la difficulté. Faut être claire et loyale et après faut juste que tu t'adaptes à la personne qui est en face de toi. Et peut-être que le patient ça lui allait très bien qu'il lui dise « Oh bah vous en avez de partout, mais qu'est ce que vous êtes costauds vous y êtes pas encore passé ». Donc c'est ça enfin ouais je pense que c'est là-dessus où dans les annonces diagnostics aussi bien les cancers que d'autres annonces un petit peu plus..., c'est con hein mais les diabétiques il y en a ils comprennent très bien et c'est une annonce grave finalement. Ça a pas un impact de chimiothérapie comme un cancer mais (pause), enfin le diabète ça a pas le même impact que le mot cancer. Mais finalement. Voilà.

Moi : Ok, on va en rester là pour cette situation. Est-ce que tu avais une autre situation alors ? Une bonne ?

Sujet 7 : Une bonne et bah en fait je ne sais pas. Une bonne situation, oui une bonne il doit y en avoir. En fait j'avais quelque chose en tête mais je suis pas sur que ça soit adapté.

Moi : Essaie quand même on verra bien. C'est quelque chose que tu as observé ?

Sujet 7 : Et bah non du coup c'était, j'étais plutôt actrice du truc alors du coup dans la relation médecin malade du coup elle n'était pas..., ça m'a marqué mais ça allait pas du tout dedans. Mmmh quelque chose de bien où je me serai dit que je ferais bien pareil que le senior, euh (pause, réfléchit).

Alors en fait c'était pendant des journées de DU sur les pathologies du sommeil. Et en fait j'étais avec une médecin, donc c'était une pédiatre et qui du coup faisait beaucoup de pathologie du sommeil, et en fait c'est des consultations très longue qui dure de 30 minutes à 1 heure. Parce que du coup t'a un examen clinique mais c'est surtout que tu as un interrogatoire très très long et très riche. T'as plus ou moins une trame et puis du coup une discussion avec l'enfant, enfin quand il est à même de discuter et puis t'as une discussion avec les parents dans tout les rythmes de la journée, à l'école, enfin tu dois retirer le plus d'information possible dans un mode de vie. Et c'est la particularité des pédiatries où tu travail avec les enfants, t'es vachement cocooning t'es vachement dans le, je sais pas c'est doux comme relation euh ouais c'est ça c'est doux et du coup t'amène des choses et puis t'essaies de faire parler les patients, de toute façon quand les patients (= les parents en fait, lapsus ?) ils arrivent en consultation, tu sais, ils en peuvent plus, ils te voient un peu comme le messie, en tout cas j'avais l'impression qu'ils les voyaient ces médecins là un peu comme le messie. « Oh lala, enfin elle va me montrer comment je dois faire pour que mon enfant il dorme... ». Et du coup c'est vrai que la relation de confiance est déjà (pause) j'ai l'impression qu'ils mettent déjà la relation de confiance, le patient il arrive et déjà pff (me mime quelqu'un de très soulagé). Et ça c'est intéressant mais c'est un petit peu les dernières consultations, c'est la « dead line », c'est horrible comme terme (rit), mais c'est vraiment le dernier médecin sur qui tu comptes et tu te dis « lui c'est bon il va me sauver », enfin « il va sauver mon enfant qui va enfin pouvoir dormir ». Et elles arrivaient (les médecins) à amener une relation de confiance. Enfin déjà à la base j'avais l'impression que c'était facile d'amener la relation de confiance et qu'en fait ça se faisait hyper simplement, même si finalement elles n'avaient pas forcément beaucoup de consultation avec eux. Pas comme avec ton médecin traitant où la relation de confiance finalement elle se fait sur le long terme. Ça fait trente ans que tu vois ton médecin, t'as complètement confiance en lui, presque trop, du coup t'arrives plus à faire la différence entre ce que ton médecin il te dit et ce qu'il faudrait que tu fasses. Et quand j'ai refait des consultations du sommeil toute seule en cabinet, c'est vraiment ça, les parents tu commences à leur parler du sommeil juste comme ça, puis « Ecoutez on va rediscuter on va refaire le point là dessus ». Et là ils te disent « Oh mais super ! », enfin tu vois leur yeux qui s'ouvrent, qui brillent et ils se disent « Oh on va enfin trouver une solution ». Et ça euh, je pense qu'il y a d'autres spécialités qui peuvent faire ça hein. Quand tu trouves enfin le diagnostic ou le traitement du problème ou les conseils, en l'occurrence là c'est surtout des conseils, des façons de faire en fait. Dans le traitement du trouble du sommeil chez l'enfant avant de mettre des médicaments tu fais deux trois trucs avant. Et c'est vraiment impressionnant. Enfin ça ça m'a impressionné.

Moi : Et donc qu'est ce qui t'a marqué dans leur façon de faire ?

Sujet 7 : Je sais pas, elles avaient la voix toute douce, vachement posées, pas du tout stressées « On va faire le point, on va discuter », en fait c'était pas comme un examen, enfin c'était pas comme « Allez déshabillez vous je vais vous examiner ». Enfin si parce qu'au final « Déshabillez moi petit, je vais t'examiner » pour pas passer à côté d'un truc somatique bizarre. Mais c'était vraiment, j'avais l'impression que les parents ils arrivaient, ils vident leur sac « Ah bah voilà, y a ça , ça , ça , ça , et ça va plus » « Ah bah d'accord on va en discuter, on va revoir ce qui va, ce qui va pas, ça se trouve vous avez fait des choses très bien ». Et du coup ça remettait un petit peu les parents et l'enfant au cœur du souci et puis ça revalorisait peut-être un petit peu leur façon de faire parce que finalement ils n'avaient pas tout fait mal. Parce que du coup les parents ils arrivent et ils se sentent vachement coupables. Ils se disent « Ohlala finalement si ça marche pas c'est en fait à cause de moi ». Sauf quand ils en peuvent vraiment plus et là du coup le petit il ..., il faut faire gaffe de pas aller trop loin. Mais ouais je ne sais pas, c'était plutôt sur le ton de la ..., enfin c'était médical tu vois, mais c'était une discussion « On va voir ce qu'on peut faire, on se reverra de toute façon pour voir si ça a marché et tout ». Et puis qui donnait des explications au problème, « Ah bah vous voyez, peut-être que comme ça » et très dans la discussion, et pas dans les ordres. Pas « faut faire ça, faut faire ça », plus « bon bah voilà, on peut faire peut-être comme ça ». Et du coup qui amène le traitement entre guillemets, les conseils de vivre et de rythme du sommeil et tout ça et puis il y avait une vrai explication de tout, tu sais elle faisait son interrogatoire elle disait « bon bah » ; (m'explique :) en fait je dit « elle » parce qu'à chaque fois c'était 2 nanas ; et elle disait « bon bah voilà, je pense que c'est ça, donc vous inquiétez pas on va y arriver ». C'était vachement de la réassurance en fait, j'ai l'impression que du coup les parents (me fait un grand mouvement respiratoire) se libéraient d'un fardeau « Bon allez, on y retourne, on va y arriver ». Bon y en avait chez qui ça marchait pas du tout hein, mais souvent les soucis les plus simples qu'on arrivait pas forcément à gérer en ville, ou que les médecins en ville avaient pas eu le temps de gérer, ou avait pas pris le temps ou peut-être que les parents avaient pas posé la question au médecin, et du coup t'arrive là en consultation du sommeil pédiatrique et d'un coup c'est (réfléchit) ouais c'est ça : ils posent leur fardeau, ils soufflent, tu les sens détendu à la fin quoi. Et j'arrive pas à savoir comment elles arrivaient à mettre en confiance, mais tu vois je m'étais dit « Oh, c'est magique presque ». Tu sens que t'as rien fait de, enfin t'as rien fait..., si t'as quand même un petit peu travaillé avec eux, mais voilà ça leur a fait du bien, comme si ton patient il vient vider son sac pour autre

chose quoi. Et puis même les petits tu vois du coup tu discutes avec eux. Enfin il y avait une discussion avec les parents puis une discussion avec les enfants, « comment ça se passe », quand ils sont un petit peu plus grand, « pourquoi tu fais ça », et du coup c'est une relation un petit peu à trois tu vois, t'as l'enfant, t'as les parents, t'as toi, enfin c'est toujours ça en pédiatrie finalement. Et si les parents n'adhèrent pas bah les enfants ils ne vont pas adhérer et vice versa. Et du coup quand tu commences à faire adhérer l'enfant et que tu lui expliques et bien ça aide beaucoup. A croire que avant ça avait jamais été expliqué tu vois, et finalement c'est le principal intéressé. Et même avec les tous petits de un an, un an et demi. Ça fait un an et demi qu'ils ne dorment pas à en croire les parents, mais c'est probable quand tu vois les parents arriver avec des yeux (mime des yeux épuisés). Et du coup tu discutes avec ce petit, enfin lui il ne parle pas trop tu vois alors tu lui expliques, déjà les parents ils sont épatisés ils disent : « Ohlala mais vous lui expliquez », « Bah oui c'est un peu le principal concerné quand même ». Et ouais, et de parler à ce petit tu vois ça, je trouvais ça vraiment intéressant. Parce que ce n'est pas forcément évident de parler à un enfant de un an « Alors en fait tu ne dors pas, mais si tu vas dormir maintenant », et ça j'ai trouvé que c'était bien, ouais, de parler aux enfants, voilà pour conclure, de parler aux petits, enfin même aux plus grands hein. Mais en fait elle est biaisée ta relation. Je pense que c'est comme inversement quand t'as le maître de stage, l'interne et le patient bah c'est une relation à trois, bah là c'est pareil, t'as le médecin, t'as les parents et t'a le principal intéressé et du coup je pense que de le ramener au cœur du débat, peut-être que ça fait changer les choses, ça fait évoluer le problème.

Moi : Et en quoi cela a-t-il été utile pour ta pratique alors ?

Sujet 7 : Et bien ça, de vraiment discuter avec les petits. S'intéresser à l'enfant en lui-même, et pas qu'aux parents. Et ne pas hésiter à faire sortir les parents pour avoir une relation entre toi et le patient. Et bah là c'était des petits hein, mais il y avait eu une fois un ado qui était avec sa mère et du coup elle avait fait sortir la mère. Du coup ça faisait plusieurs consultations que j'avais faites avec elle et j'avais trouvé ça hyper intéressant parce que c'était de la pédiatrie et du coup c'était l'enfant (insiste sur le mot enfant). Et en médecine générale du coup j'ai pris l'habitude en consultation de bah quand il y avait un souci avec l'enfant, parfois je dis « Bah écoutez on va voir ça, ça vous embête pas de sortir ». Alors peut-être pas quand ils avaient un an (réfléchit) mais d'ailleurs normalement on n'a pas le droit de faire sortir, enfin il faut qu'ils viennent accompagnés de leur parents les enfants, tout le temps, quand ils sont mineurs ?

Moi : Si, il me semble tu as le droit de les faire sortir dans la salle d'attente avec leur consentement, mais c'est un autre sujet.

Sujet 7 : Du coup je crois que c'était de remettre l'enfant au cœur du débat. Je m'en suis resservi après pendant les remplies ou dans mes stages prat de niveau un ou de niveau deux. Enfin je m'étais retrouvés à faire des consultations, bah ils viennent pour un truc, ils viennent pour le bilan et tu lui dit « Ah il dort comment ? », parce que du coup t'es un petit peu imprégné de ça, « il dort comment ? » « Ah non mais c'est la cata » « Ah bon alors on se revoit dans deux jours et on pourra se concentrer sur ça. Et du coup bah c'est intéressant aussi de prendre point par point. Enfin je dis plein de chose, mais de centrer sur l'enfant et de pas hésiter à reprendre le problème, à centraliser le problème et à refaire une consultation que pour ça, que pour un problème.

Moi : C'est quelque chose que tu ne faisais pas avant cette expérience ?

Sujet 7 : Ouais non, pas naturellement, enfin avant j'avais les urgences en pédiatrie et c'est autre chose, ce n'est pas dans une consultation où tu es posé, où la consultation elle est prévu, où les parents ont le temps de se dire « qu'est ce que je vais lui dire », vu qu'ils ont parfois 9 mois avant de se dire qu'ils vont avoir un rendez-vous. Ou même en consultation de médecine générale, enfin ils viennent pour quelque chose, tu te dis on va reprendre rendez-vous et on va faire le point, on va poser ça sur la table et on va faire le point la dessus, et ça c'est intéressant, c'était calme, ça fait une consultation pas speed et ça je me dis que bah déjà ça pose le problème, enfin voilà, on est cool quoi, ça c'était intéressant.

Moi : Et ça a modifié ta pratique de façon plus globale ?

Sujet 7 : Ah bah oui du coup dans l'ensemble, parce qu'en fait, qu'en t'es avec, pas forcément des enfants d'ailleurs, mais du coup avec d'autres gens, des consultations normales, parfois bah t'arrives à la fin de ta consultation puis on te demande un truc « Alors on pas le temps du coup là d'en parler mais on va se revoir, on va refaire le point la dessus ». Et puis finalement y a pas tout le monde, et puis finalement les patients c'est un peu une perche que tu leur tends, enfin ils te tendent la perche, tu la sais, et tu remets les choses au clair sur une autre consultation où t'essaie de parler que du dernier problème. Souvent c'est ça en fait, on te parle d'un truc, ils viennent pour un truc et finalement c'est autre chose, tu sais, les « motifs cachés ». « Alors, premier motif... Ah en fait ne vient pas pour ça ! ». Voilà.

Moi : Ok. Bon bah c'était bien finalement ton deuxième cas. Bon et alors tout ce qu'on a discuté là depuis le début est ce que tu en avais conscience avant qu'on en parle ?

Sujet 7 : Oui, mais tu vois, je m'en rends compte maintenant, je m'en rends compte à mon dernier stage. Pourtant je suis en gériatrie tu vois mais je m'en rends compte vraiment dans ce stage là. Ah bah en fait il y a eu trois ans où j'ai appris des choses. Enfin t'apprends tout le temps des choses, mais t'as appris des choses aussi dans ta façon d'être, et c'est intéressant parce que je trouve que je les ai, enfin je m'en suis aperçu parce qu'il y a des externes et du coup de leur montrer, de leur expliquer « Bah tu vois là vaux mieux faire comme ça », « j'ai pas parlé de ça tout de suite », où quand ils te posent des questions « pourquoi t'as pas parlé de ça ? ». Enfin parce que la relation interne-externe elle est sympa, enfin, sauf si l'externe il ose pas poser des questions, mais si l'externe demande et qu'il se dit pas qu'il va poser une question bête. Et je m'en suis rendu compte là, quand l'externe il me pose une question « pourquoi t'as pas fait ça » « pourquoi t'as dit ça comme ça », « Ah c'est intéressant comme elle a réagi et tout » et du coup t'as (pause) enfin c'est un peu « schizophrène » comme relation, tu sais tu te dis « Ah j'ai fait ça et puis ah j'aurais pu faire ça » quand tu discutes dans ta tête et que tu te poses le problème. Et en fait j'en ai pris conscience quand t'as l'externe qui me dit, qui me montre les points. C'est plutôt dans ce semestre là que je me suis rendu compte que finalement j'avais appris des choses dans ma façon d'être avec les patients, dans la relation médecin malade. Et je pense que c'est pas fini, mais du coup que c'est pas évident parce qu'en fait c'est tellement un mixe la relation médecin malade, tu te dis que ça va être vu revu rerevu mais en fait non t'as toujours besoin de revoir les choses et voilà. Et je trouve que cette relation je m'en rend plus compte maintenant que avant, et j'ai plus peur de dire au patient genre en remplacement, enfin en remplacement c'est un peu différent mais quand j'étais en SASPAS, « Bah écoutez si vous avez pas confiance en moi, si vous vous sentez pas bien avec moi bah ça sert à rien de vous faire mal, enfin continuez pas à venir me voir quoi, autant retourner voir le senior » et les patients des fois ils sont là « Ah oui je suis pas obligé de venir quand vous êtes là ? » « Non ». Ou inversement « Ah bah je m'entend plus trop avec le senior, je suis contente que vous soyez là parce que du coup lui ou elle j'ai pas l'impression que ça passe encore, et du coup avec vous bah ça passe mieux ». Et tu te rends compte que c'est vraiment un truc de confiance. A l'hôpital y avait une petite mamie pour qui je suis (avec une voix douce) : « La doctoresse » et le docteur, le senior qui est quand même un peu plus âgé que moi (d'une voie neutre) : « Ah oui c'est le docteur », (d'une voix douce) : « Mais vous vous

êtes ma petite doctoresse », (rit). Ça fait plaisir et du coup je pense que y a un feeling qui se crée entre nous et les patients, et tu peux pas avoir le même feeling avec tout le monde en fait.

Moi : Oui c'est vrai. Et toi tu te perçois comment dans la relation médecin patient à ton niveau ?

Sujet 7 : Je me sens à l'aise sauf peut être tout ce qui est écoute active tu vois, enfin j'ai l'impression que je fais un peu venir les choses comme je le sens voilà, mais il y a des choses que j'arrive pas à faire de façon naturel, il faut que je me dise « Ah reprend ce qu'il vient de te dire, peut être que ça va servir » ou « il faut que tu laisses réfléchir, il faut que tu laisses un temps pour qu'elle réfléchisse et tu dis rien et t'attend de voir » et c'est là où tu te dis « non mais il y a un blanc de trois minutes là c'est l'horreur ! » alors que pas du tout. Euh (réfléchit), si si bah carrément même si, en fait c'est bête hein mais les cours que tu fais en premier semestre tu te dis « non mais encore un truc à la con où tu vas encore avoir des grandes idées et tout ça » et en fait ça te sers mais plus à la fin, enfin t'as acquis les choses à la fin. Enfin t'as acquis c'est un bien grand mot mais tu commences à acquérir les choses à la fin de ton internat et à comprendre ce pourquoi on a insisté au début de ton internat, si t'arrives encore à t'en souvenir... Et si, il y a des choses enfin ou je me sens pas à l'aise mais vu que j'aime bien les patients j'ai pas l'impression d'être mal à l'aise avec eux. Donc voilà.

Moi : Et justement tu as eu quoi comme apprentissage à la relation médecin patient dans tes études ?

Sujet 7 : Euh, des trucs avec l'écoute active, y avait souvent ça, reprendre ce qu'il dit, euh bah, laisser des silences, et en fait c'est maintenant que tu t'en ressers parce qu'avant t'as toujours été chapeauté, enfin, donc c'est pas toi qui prenais vraiment les décisions, c'est pas toi qui allais, enfin, même si t'allais parler au patient, bon tu les examinais, discutais un peu avec eux puis voilà. Mais maintenant c'est toi qui prend les décisions, c'est toi qui dois amener le sujet et qui doit amener la conversation là ou presque t'as envie qu'elle aille donc du coup tu te poses vachement plus de question, tu te dis « comment je vais amener ça, comment je vais amener la patiente à me poser la question pour savoir (réfléchit) ce qu'il va ressortir de l'examen » et cette situation bah c'était il y a pas longtemps et du coup je me suis dit « bon euh, elle a rien du tout compris en fait, alors il faut quand même qu'elle comprenne un petit peu les conséquences de l'examen » et c'est là où je me suis dit « bon et bien je vais la laisser parler » et c'est là où l'externe elle m'a dit « oh mais c'est hyper intéressant, tu l'a laissé parler et tout » mais à la fois c'était je pense (pause), tu sais il y a toujours un moment « T », tu te dis on serait passé avant ou après ça se trouve ça serait pas comme ça, et là à ce moment là c'était bien, c'était bénéfique, on a avancé. Voilà, c'était, je ne sais pas, y a des trucs sur l'écoute active qui m'ont marqué et la relation médecin malade avec la confiance en fait. Que le patient il doit avoir confiance en toi et toi confiance en lui, parce que si le patient tu peux pas le saquer tu vas pas pouvoir avancer avec lui quoi.

Moi : Et qu'est ce qui t'as été le plus utile alors dans tes études concernant ton apprentissage de la relation médecin patient ?

Sujet 7 : Et bein, de voir les autres médecins, en bien ou en pas bien, mais de voir les autres médecins, vraiment tu sais le compagnonnage, non mais c'est ça, c'est vraiment ça, de voir les autres médecins, de voir les seniors agir, de voir les autres internes parce que même si on a le même age on pas les mêmes façon de faire, on a pas la même histoire et du coup ton histoire elle joue vachement dans ta relation avec le patient, ton histoire personnelle. Et même si elle ne doit pas trop jouer elle joue de toute façon et ouais c'est vraiment ça, c'est vraiment de voir les seniors, de voir tes cointernes et du coup de voir les externes de voir comment ils réagissent, c'est rigolo, t'apprends aussi des choses d'eux, et ouais voilà. Vraiment de voir les autres. C'est ça qui m'a un peu frustré dans le SASPAS, finalement tu vois pas du tout tes seniors, moi je m'étais dit « oh je les reverrai peu être un peu, je verrai comme ils sont, comme ils font » et en fait non, tu fais le débriefing donc tu vois bien un peu comment ils sont dans le débriefing mais tu ne vois pas comment ils vont réagir à ta place.

Moi : Et toi t'aurais aimé au cours de tes études avoir plus d'enseignement, de formation plus spécifique à la relation médecin patient ?

Sujet 7 : J'aurai bien aimé faire « le médecin à 30 ans » là, « la médecine à 30 ans ». Mais j'ai pas pu le faire parce que il y avait plus de place ou que j'étais en vacances, en cours ou en garde ou je ne sais pas quoi, et voilà. Mais en fait je pense que c'est intéressant quand t'es encore, quand t'es en pratique bah soit de ville soit après, enfin d'échanger avec tes collègues, tu vois « moi j'aurais pas du tout réagit comme ça » etcetera. Du coup pour ces raisons là moi je me vois pas être toute seule en cabinet, je pense que j'aimerai bien être avec d'autres médecins et j'aimerai bien faire les réunions de pairs, enfin les réunions de pairs tu présente des sujets c'est ça ? Tu présentes des cas qui t'ont pas forcément posé problème en fait, mais du coup oui dire « oh bah toi t'aurais fait comment, parce que là moi j'ai fait ça mais j'étais pas du tout convaincu de comment j'ai fait ». Et je pense que du coup c'est là où tu te dis qu'on apprend un peu sur le tas d'une façon ou d'une autre. T'as beau avoir toutes les connaissances théoriques pratiques, enfin les connaissances théoriques de ta pratique et bien tant que t'es pas sur le fait et que tu ne réfléchis pas à comment tu peux réagir, bah voilà quoi. Du coup je pense que c'est intéressant de continuer à réfléchir sur sa façon d'être et sa façon de faire mais tout au long de notre pratique en fait je pense. Bah voilà.

SUJET 8

Homme, 27 ans, célibataire sans enfant, 5^e semestre en cours en SASPAS, a déjà fait des remplacements, externat à Paris, a fait stage praticien.

A son domicile à 18h30

Durée : 37min37sec

Mais n'a pas bien fait son travail de près-rencontre car n'a pas choisi une situation en tant qu'observateur mais acteur et j'essaie malgré tout de coller à ma trame ce qui n'est pas forcément facile.

Moi : Je t'avais demandé si tu pouvais réfléchir à deux situations, une bonne et une mauvaise, dont tu as été le témoin, en rapport avec la relation médecin patient et qui t'auraient marquées. Alors on peut commencer par celle qui a été la plus facile à trouver.

Sujet 8 : Alors la plus facile ça a été la mauvaise.

Moi : Alors on peut commencer par celle là.

Sujet 8 : Ouais. Et la bonne c'est plutôt des attitudes plutôt qu'une situation précise. Je ne sais pas si ...

Moi : On verra, c'est déjà pas mal. Allez, on commence par la mauvaise.

Sujet 8 : Donc c'était en service de médecine en cardiologie. Alors à la base c'est une erreur médicale. On s'est retrouvé face à une ordonnance qui était... C'était du methotrexate qui avait été surdosé en fait par le généraliste, enfin sur l'ordonnance c'était mis comme ça, et nous on a recopié l'ordonnance et donc ça s'est enchaîné et tout ça, et puis on s'en est aperçu bah quand la pharmacie nous a dit : « Bah là c'est quand même beaucoup de methotrexate pour cette personne ». Donc en fait c'était plutôt euh... Et puis elle a fini en aplasie et voilà. Alors finalement y a pas vraiment eu de relation médecin patient proprement dite, mais plutôt avec la famille. Et donc moi j'étais interne du service et de cette patiente et mes seniors ils m'ont laissé complètement gérer tout seul la situation. Surtout l'annonce de l'erreur à la famille et puis la fin de vie de la dame parce qu'elle est décédée des suites de ça. Voilà donc c'était... Alors moi je dirais que je n'ai pas... Enfin je pense que ça s'est bien passé avec la famille dans l'annonce qu'on a fait une connerie, que ça avait été un enchaînement de bêtises, puis la dame était quand même pas... Bon elle venait en cardiologie pour un infarctus donc ils savaient aussi la gravité de la chose et voilà. Et je pense que là où ça s'est bien passé, ça a été que j'ai vite dit l'erreur. Enfin ils ont très vite compris qu'on leur mentait pas quoi sur la situation. Mais là où moi j'ai été un peu en défaut c'est que vraiment je n'ai pas été soutenu par les seniors, ils n'ont pas appuyé un peu le truc quoi.

Moi : Ok donc toi dans cette situation, c'est toi qui a vécu en temps que premier acteur quand même.

Sujet 8 : Ouais.

Moi : Ça a pas été une situation où toi tu as observé.

Sujet 8 : Non je n'ai pas observé, enfin j'ai observé mes seniors qui faisaient pas grand-chose finalement.

Moi : Et qu'est ce qu'ils faisaient alors « pas grand-chose » ?

Sujet 8 : Et bah ils se... J'ai l'impression qu'ils se... J'ai l'impression que c'était plus vraiment un problème cardiaque à proprement parler, qu'ils se démarquaient un peu de la situation et du coup ils m'ont laissé faire aussi.

Moi : Et ils ont été en contact avec la famille, avec la patiente ?

Sujet 8 : Non, mais avec la patiente oui, il faisait le tour avec elle, mais avec la famille pas vraiment.

Moi : Et ils lui ont dit quelque chose de particulier à la famille ou vraiment toi ce qui t'as marqué s'est le déni qu'ils ont eu de la situation.

Sujet 8 : Ouais c'est plutôt le déni.

Moi : Et toi alors en quoi ça t'a marqué ?

Sujet 8 : Bah le problème je pense d'informations, et puis un sentiment un peu de culpabilité quoi parce que finalement bah j'ai un peu pris sur moi vis-à-vis de la famille quoi. J'ai pris sur moi, enfin j'ai tout de suite dit que c'était une équipe et pas un responsable individuel, même le généraliste hein, finalement, parce qu'on avait recopié connement son ordonnance. Mais enfin dans l'information que les seniors auraient pu transmettre ça aurait été bien quand même qu'ils fassent la démarche de voir la famille quoi, pour pas voir que l'interne qui... Vis-à-vis de... Bon après pour la prise en charge ça a été assez bien fait, ils ont tout de suite, enfin au plan de relation entre professionnels ça a été, eux ils ont été là, à savoir avec les hématos, vu qu'elle était en aplasie, enfin plutôt l'oncologue. Enfin finalement c'est le boulot que fait l'interne, c'est le chef qui dit à l'interne de faire ça. Donc ça ils m'ont bien conseillé mais par rapport à la relation qu'on pouvait avoir avec la famille ça a été un peu un manque.

Moi : Ok. Et toi est ce que tu en as parlé après coup justement avec eux ?

Sujet 8 : Non pas spécialement.

Moi : Et avec quelqu'un d'autre ?

Sujet 8 : Ouais avec d'autres internes.

Moi : Et qu'est ce qu'ils en ont pensé eux ?

Sujet 8 : (*réfléchit*) J'ai un peu de mal à être précis.

Moi : Ce n'est pas grave.

Sujet 8 : (*réfléchit*) Euh je pense qu'ils étaient un peu, bah ma cointerne qui était de garde au moment où ça a viré de, où l'aplasie s'est constituée, enfin je pense qu'elle a un peu pris comme moi quoi, enfin c'était... Elle elle a vraiment vu de l'extérieur et elle a vu que les seniors étaient pas là et... (*longue pause*).

Moi : Et comment toi tu aurais aimé qu'ils fassent en fait ?

Sujet 8 : Peut-être qu'on y aille ensemble, au moins une fois et après... Moi ça m'a pas mis vraiment en défaut parce que j'étais, enfin avec la famille en tout cas les entretiens se sont toujours bien passés et y a jamais eu de mise en doute de, enfin ma position d'interne ne leur a..., ne les a jamais choqué vis-à-vis de ça. Mais ouais peut-être être appuyé un peu quand même ça aurait été bien pour pas que je dise de conneries. Parce que moi j'étais aussi dans le doute de comment, enfin est ce que c'était bien de leur dire ça euh... (*pause*).

Moi : Et tu leurs a dit quoi alors ?

Sujet 8 : Je leur ai dit qu'il y avait eu cette erreur de recopiage qui s'était reproduite au fil de l'hospitalisation, qu'à un moment donné la pharmacienne était intervenue pour nous dire ça, donc qu'on avait enlevé ce médicament et que malgré l'arrêt assez précoce, l'aplasie s'est constituée dans les suites quoi. Et l'aplasie était franche, massive. Et voilà. Et alors au début on attendait qu'elle se remette de l'aplasie avec l'arrêt du médicament et puis on a vu que ça reviendrait pas et du coup on est reparti... Enfin il y avait plusieurs temps, il y avait l'annonce d'aplasie puis après l'annonce de ce qu'on ferait avec l'aplasie et après l'annonce de ce qu'on ne ferait plus parce qu'elle était dans un état tel que le sepsis étant constitué on pouvait plus rien faire quoi. Donc y a eu ces trois temps et voilà. Et à chaque fois ils ont été assez, euh, enfin ils voyaient bien la situation et ils étaient assez compréhensifs quoi.

Moi : Et en quoi cette situation a pu être utile dans ta pratique ?

Sujet 8 : Euh alors déjà je pense l'importance de la franchise, parce qu'ils ont compris que ce n'était pas l'infarctus qui faisait ça, ce n'était pas le motif d'hospitalisation, c'était vraiment, enfin je leur ai dit qu'il y avait deux choses, l'infarctus et le problème d'aplasie et que ça c'était un problème lié au médicament, le surdosage qu'on avait provoqué. Euh ensuite ouais la franchise, l'information, enfin peut-être que l'information on aurait aussi due la faire porter au, enfin la donner au malade, enfin on aurait sûrement due, je... (*pause*). Là je sais plus trop parce que du coup on gérera à deux pour le coup avec le malade. C'était avec les seniors qu'on faisait le tour, donc là on a dit « L'aplasie est liée au méthotrexate » à la patiente, mais après dans l'enchaînement, dans l'issue de la phase terminale, là on a peut-être été un peu (*pause*)... Bah c'est difficile de dire aux patients qu'ils vont mourir quoi. Donc bon, on a peut-être été un peu plus léger vis-à-vis de ça, vis-à-vis de la malade. Mais on était (*pause*)... Enfin voilà la franchise et reconnaître les erreurs. Je pense que là maintenant quand je vois des patients, quand je les revois ou que je les vois après des confrères, euh bah ça m'aide quand même à temporiser les choses, à être j'allais dire entre guillemets « confraternel » quoi, être euh, enfin a pas « casser du sucre » sur un tel ou un tel et à réexpliquer vraiment la démarche qu'il a voulu faire, même pour des choses simples. Quand les enfants reviennent même deux jours après pour la même fièvre, bah je leur redis « Ouais bah c'est comme ça qu'il faut faire, la pratique, les recommandations c'est ça ». Donc bien expliquer ce qu'on leur a proposé comme démarche et ce qu'il y a dans notre tête aussi. La démarche du médecin, c'est un peu ça que ça m'a apporté.

Moi : Ok. Et en quoi ça a pu modifier ta pratique ?

Sujet 8 : (*longue réflexion*)

Moi : C'est un peu ce que tu viens de me dire là ?

Sujet 8 : Ouais ça et puis pas avoir peur de dire les choses directement. Puis de reconnaître... Pas avoir peur, parce que les gens ils comprennent très bien. Il y a pas eu de suite judiciaire ou quoi à cette histoire et je pense que ça fait parti bah de ce qui a été vécu au cours de l'hospitalisation.

Moi : Ok. Est-ce que maintenant si ça te va on peut passer à ta situation positive de relation médecin patient que tu as observé ?

Sujet 8 : Ouais, alors euh, c'est un peu plus dur à retrouver parce qu'enfin ça paraît tellement banal que... Non mais « banal », je veux dire que voilà c'est quelque chose qu'on essaie de... Que y a pas de chose euh, précise. Euh alors ce qui est positif dans la relation ...

Moi : Qu'est ce que t'as pu observer par exemple je sais pas dans ton stage prat ou à l'hôpital, une situation que tu as pu vivre auprès de tes seniors et qui t'a marqué en bien ?

Sujet 8 : Alors je ne sais pas, un truc tout bête, c'est d'être... Quand... Enfin là je suis en soins palliatifs une journée par semaine avec l'équipe mobile, et il y a deux médecins et il y a deux attitudes vis-à-vis des patients.

Moi : D'accord et il y en a une qui te plait plus que l'autre ?

Sujet 8 : Ouais il y en a une, le médecin il se met à hauteur d'yeux, donc le malade est au fond de son lit et puis le médecin il se prend une chaise et il s'assoit ou il se met au bord du lit et il est, voilà, il est en face à face, alors que l'autre, plus jeune, bah elle elle se met en euh, elle se met debout quoi, elle s'assoit pas et du coup bah forcément un patient au fond du lit, elle le « regarde de haut » quoi. Et l'attitude du premier médecin ça participe à l'égalité de la relation, enfin voilà, on est dans un échange et c'est pas une relation de supériorité quoi.

Moi : Et auprès de ce médecin par exemple est ce que t'as, enfin, vu que c'est assez récent, est ce que tu as des situations avec lui ou tu étais avec lui et ou tu t'es dit : « C'est pas mal comme il travail ». Est-ce que tu as quelque chose en mémoire ?

Sujet 8 : Ouais alors c'était une situation en chirurgie, en urologie. Il me semble que c'était un cancer de la prostate et donc un patient qui a été hospitalisé pour, qui a été suivi dans l'unité et qui était hospitalisé pour confusion, quelque chose qui était pas du tout attendu quoi vis-à-vis de sa maladie. Et de manière assez récente. Alors du coup on va voir l'équipe, on va voir le malade, le malade est vraiment confus il ne sait pas vraiment où il en est et on prend vraiment le temps avec l'équipe et avec le malade et puis on voit l'épouse à part et là on détricote encore et il se trouve qu'il y a un obscur ami médecin de la famille qui a prescrit de la morphine, ce qui a provoqué un surdosage en morphine et c'est pour ça qu'il est confus. Et donc tout ce travail d'enquête quoi. Il a vraiment fait un bouleau d'enquête pour ça. Et ça a pris ouais une heure et demie et c'était la dernière étape avec l'épouse qui nous a permis de trouver le problème et voilà. Donc en stoppant la morphine on a pu lever la confusion et alors après les suites je les connaît pas, mais il me semble qu'il a pu entrer chez lui normalement, alors pour un temps, mais au moins il était plus confus quoi.

Moi : Ok et en quoi ça t'as marqué dans sa façon de faire ?

Sujet 8 : Alors déjà c'est facile parce que c'est une équipe mobile et il y a pas de lit à gérer et de malade à gérer en hospit donc ils ont du temps, et déjà le temps ça joue quand même pas mal. Du temps pour discuter avec vraiment tout le monde, ils peuvent appeler parfois les médecins traitants, les équipes des hôpitaux périphériques, pour revoir aussi les situations. Donc le temps. Et ils le prennent bah pas dans un couloir quoi. Ouais c'est vraiment tout le travail de ces équipes c'est de prendre le temps et de poser les choses quoi, c'est de relire la situation d'une autre manière et du coup de voir ce qui en ressort. Et de voir ce qu'on peut améliorer. C'est un peu ce travail de relecture alors c'est vrai qu'il faut du temps et en médecine générale on a pas le temps de, en vingt minutes on peut pas détricoter une situation, euh, il y a des choses qu'on perçoit pas, il faut tout de suite se faire son idée alors que bah en équipe mobile on est quand même plus euh, on peut poser les choses, plus de temps.

Moi : D'accord, et toi alors qu'elle enseignement tu as pu tirer de cette situation ?

Sujet 8 : De (réfléchit), en médecine générale on n'a pas le temps peut être dans la consultation, mais on peut revoir aussi, c'est assez facile. Du coup on peut dire, enfin on dit assez facilement : « Bah revenez me voir si ça va pas mieux » Ou « Vous me rappelez si il a encore de la fièvre ». Enfin d'être dans la continuité et de prendre le temps mais peut être sur des plus grandes ... Enfin pas que sur un entretien quoi, parce qu'on peut pas passer une heure par patient quoi, mais on peut revoir toutes les semaines quoi, c'est pas choquant.

Moi : Et en quoi ça peut être utile pour ta pratique ?

Sujet 8 : Bah de ne pas hésiter à reconvoquer les patients.

Moi : Bien. Et tout ce qu'on a discuté là depuis le début de l'entretien est ce que tu en avais conscience avant qu'on en parle ?

Sujet 8 : Ouais quand même, peut être plus par rapport à la première situation. Mais c'est vrai que je me euh, dans ce que ça pourrait m'apporter, c'est peut être que j'y avais pas réfléchi ouais. Et est ce que ça a vraiment changé quelque chose dans ma pratique ça peut être que j'en saurai plus un peu plus tard.

Moi : Et comment tu te perçois à ton niveau dans ta relation médecin patient ?

Sujet 8 : Alors bah là ce n'est pas évident, enfin ce n'est pas évident, c'est vrai qu'on est, alors en étant en saspas et même en temps que remplaçant, on est toujours derrière quelqu'un quoi, on remplace toujours quelqu'un quoi, et du coup on ne fixe pas vraiment de relation avec les malades des autres. Parce que premièrement bah pas « déontologiquement » mais enfin les patients ils sont habitués à leur médecin traitant ou leur médecin de famille et on n'a pas envie de prendre leur place quoi...

Moi : Mais t'as quand même une relation avec eux non ?

Sujet 8 : Oui, non, mais mes relations avec eux sont plutôt bonne, franchement globalement ça se passe toujours assez bien. J'ai eu des situations où ça s'est pas bien passé, mais c'est des cas un peu particulier, des médecins aussi un peu particuliers.

Moi : Que tu remplaçais ?

Sujet 8 : Non chez qui j'étais en stage. Mais voilà, j'en ai parlé avec les maîtres de stage. Et y a pas eu de... Enfin y a des patients qui reviennent me voir un peu plus facilement quand je suis en saspas, et c'est plutôt plaisant, parce que ça permet d'avoir des nouvelles. Bah hier j'ai eu une patiente qui est venue pour un problème de dos et puis j'avais eu sa belle mère au début de l'année pour constipation et finalement on a découvert un cancer du pancréas. Donc j'ai revu sa belle fille hier et voilà je lui ai posé la question de comment ça allait sa maman et voilà c'est assez plaisant d'avoir se retour de la part des patients. J'apprécie plutôt.

Moi : Ok. Et donc comment tu décrirais ton aisance dans la relation médecin patient ?

Sujet 8 : Mon aisance, euh, bah ce n'est pas facile à chaque consultation. Parfois on a vraiment l'impression d'être un prestataire, les gens se disent : « Bah tiens j'ai une sinusite faudrait ça ça ça ». Enfin quand ça se passe bien en général je suis plutôt serein, je vois assez rapidement ce dont a besoin le patient, euh voilà, il y a pas de tabou, il y a pas de questions choquantes, même quand un dépressif faut évaluer son risque suicidaire, je n'ai pas d'appréhension quoi, je suis plutôt confiant quoi on va dire.

Moi : Au cours de tes études qu'est ce que tu as eu comme enseignement à la relation médecin patient ?

Sujet 8 : Peut être avec les écritures clinique là qu'on fait en GEP (groupe d'échange de pratiques), ou même en saspas, ça permet de relire un peu ce qu'on a fait, quand on parle de situation un peu précise qu'on a eu. Relire ces situations et puis les relire avec d'autres ça éveille un peu la relation médecin patient. Euh externe j'avais fait les groupes Balint, on avait une option groupe Balint, sur deux trimestres, donc on a eu quatre ou cinq séances, ça approchait bien la relation médecin malade, alors c'était pendant nos premiers stage hein, mais c'était intéressant du coup de voir un peu comment les autres faisaient cette approche. Euh à la fac, interne, il y a un séminaire qu'on fait sur la relation médecin malade, je ne sais pas si j'en ai retenu (pause). Je ne sais pas. Peut être que ça m'a servi mais y a pas eu de choses marquantes. Peut être ce qui m'a marqué c'est une journée d'étude sur la dépression parce que c'est vrai qu'on est confronté assez régulièrement à des patients dépressifs et même ce thème de la dépression ça nous donne un peu des clés pour aborder des choses durs. Bah on parlait des suicides, des risques suicidaires, bah faut pas avoir peur de poser ces questions là. Et du coup voilà, pas de tabou dans la

relation médecin malade je pense que c'est important et je pense que ça me vient de là. « Est-ce que vous voulez mourir ? » « Est ce que vous avez une arme à feu chez vous ? ». C'est les questions qu'on pose et je pense que je les apprends mieux depuis qu'on en a parlé à cette journée.

Moi ; D'accord. Et qu'est ce qui t'a été le plus utile dans tes études pour ton apprentissage de la relation médecin patient ?

Sujet 8 : Bah c'est la pratique je pense. C'est de voir des malades, d'en voir et puis de parler. Alors la théorie ça permet de relire un peu les choses qu'on a faites, mais pratiquer c'est quand même une école, enfin c'est une bonne école aussi. Qu'on n'appréhende pas d'annoncer qu'il y a des choses graves à notre malade, quand on n'a pas d'appréhension c'est quand même bien.

Moi : Et tu aurais aimé dans tes études avoir une formation plus spécifique, plus approfondi à la relation médecin patient ?

Sujet 8 : Euh, théoriser, euh je pense que c'est pas mal de s'appuyer sur des cas précis. Je parlais de la dépression et puis peut être de ce que ça nous ouvre sur d'autre, enfin que ça nous aide pour d'autres situations médicales, pour d'autres maladies quoi et pas seulement pour la dépression. Mais en soi, moi je suis pas perdu face à un malade, donc j'ai pas vraiment, enfin je ressens pas le besoin d'avoir eu de formation particulière quoi, je n'ai pas l'impression d'être démunis, de pas trouver mes mots. Enfin parfois ça m'arrive, mais voilà je sais que c'est une limite, que c'est des choses qui vont revenir ou... Mais non j'ai jamais eu l'impression d'être en porte à faux.

Moi : Et quand tu parlais par exemple des groupes Balint, est ce quelque chose que tu envisagerais dans l'avenir ?

Sujet 8 : Alors groupe Balint peut être, en sachant que c'est vraiment très psychologique comme aspect. Plutôt groupe de pairs, plutôt échanger aussi sur la démarche médicale à proprement parlé quoi. Et forcement la relation viendra parce que voilà on ne peut pas, en médecine générale on ne peut pas faire obstruction à la relation médecin patient, ce n'est pas possible. Y a deux personnes et ça on ne pourra pas, enfin cette relation on pourra jamais l'oublier quoi. Donc pas forcement se centrer sur le psychologique, mais groupe de pairs je pense que ça me conviendrait plus.

SUJET 9

Homme 27 ans, célibataire sans enfant, 6 è semestre en SASPAS, a jamais fait de remplacement, externat à Lyon, a fait stage praticien Rencontre à la fac à 14h00 en salle privative.
Durée 31 min 46 sec

Moi : Je t'avais demandé si tu pouvais réfléchir à deux situations, une bonne et une mauvaise dont tu as été le témoin, vraiment en tant qu'observateur de tes maîtres de stage ou de tes seniors, quelque chose qui t'a marqué. La plus facile à trouver pour toi ça a été laquelle ?

Sujet 9 : Bah c'est plutôt la positive.

Moi : Ok bah on a qu'à commencer par celle là.

Sujet 9 : Alors c'était assez récent parce que c'était dans mon stage prat pendant mon stage précédent, avec une de mes prats. C'était une situation pas facile, on venait de diagnostiquer une tumeur cérébrale chez une jeune de 15 ans, donc on l'avait diagnostiquée la semaine d'avant et là on voyait le papa qui revenait quelque jours après parce qu'il avait besoin d'explication parce qu'il était en pleure et du coup j'avais géré les consultations d'avant et du coup celle-ci c'est ma prat qui avait voulu la gérer et donc j'étais observateur et ce qui m'a marqué c'est que vraiment elle a pris le temps d'expliquer les choses..., enfin, d'écouter vraiment beaucoup parce que c'était compliqué, il arrivait même pas à dire ce qui allait ou ce qui allait pas, il était complètement paniqué. Et c'est une prat qui quand on la connaît, au premier abord elle est très froide, elle est assez, euh, quand elle a un truc à te dire elle te l'envoie assez facilement, et du coup ça m'a vraiment étonné en bien sa prise en charge dans cette consultation parce que du coup elle a été très à l'écoute et c'était vraiment..., ça c'est bien passé et elle a réussi à bien le rassurer et il est reparti je trouve plus rassuré que quand il était arrivé et du coup comme je la connaît c'est vrai que du coup elle m'a impressionnée en bien sur cette consultation. Alors qu'au départ elle avait pas forcément la fibre d'écoute qu'on nous demande d'avoir. Voilà c'est ça ma situation, alors c'est pas très long mais ...

Moi : Et le papa il s'est donc présenté seul à la consultation ?

Sujet 9 : Oui, alors elle fait du sans rendez vous le matin alors en fait c'était le premier patient qui s'est présenté, elle savait pas du tout qu'il viendrait, c'était pas une consultation prévue donc en plus ça rajoutait de la difficulté et je pense que j'aurai eu vraiment du mal avec ce genre de ...

Moi : C'était une surprise quoi. Et toi tu te souviens comment ça s'est passé un peu plus en détail ? Par exemple quand tu dis que tu as été impressionné par son attitude, qu'est ce qui t'a impressionné ?

Sujet 9 : Bah d'habitude tu vois elle pose des questions, c'est toujours bien carré, droit et puis là du coup au contraire elle a bien pris le temps, elle l'a laissé parlé, il a exprimé tout ce qu'il avait à dire, c'était compliqué et elle était moins directive que ce qu'elle pouvait être et je pense que..., enfin, est ce que c'est ça qui a fait que..., est ce que c'est ça qui m'a impressionnée..., plus que la relation qu'elle avait avec son patient c'est son changement d'attitude, c'est plus ça qui a rendu positif cette observation, je sais pas mais..., après plus de détail par rapport à ça, pfff, je sais pas ce que tu veux savoir mais ...

Moi : Je veux savoir simplement ce que tu me dis. Euh, par exemple quand tu dis « la façon dont elle s'exprimait ou qu'elle écoutait », tu peux préciser ?

Sujet 9 : Beaucoup elle a écouté, finalement elle a posé peu de question puisque que c'était..., elle est ..., lui en fait il avait besoin je pense de « vider son sac », ses craintes, et finalement elle a surtout écouté, elle a posé peu de question, elle a essayé de le rassurer par rapport à toute la prise en charge de tout ce qui allait se passer pour sa fille, mais c'était vraiment dans l'écoute et alors je me souviens pas en détail, mais il me semble qu'elle a beaucoup écouté et peu investigué finalement, elle a posé peu de question, elle a plutôt peu parlé.

Moi : Ok. Et toi on peut dire, quel enseignement tu as tiré de cette situation ?

Sujet 9 : Bah du coup c'est vrai que ben..., j'ai beaucoup de mal dans ces situations où on est plutôt sur le versant psychologique, et j'essaie dans ces cas là d'avoir beaucoup d'écoute et ça m'a encore prouvé que du coup que quand on pas forcément beaucoup de chose à dire au patient, dans ces cas là ils ont surtout besoin d'une oreille, que ce soit nous ou quelqu'un d'autre, c'est vrai que ça conforte quand même ce fait de se dire et ben il y a pas besoin de savoir, de dire il faut faire ça ça ça , juste écouter et le rassurer et avoir des mots plutôt réconfortant et ça suffit pour finalement le soulager puisque le but c'est quand même ça, même si c'est pas lui qu'on traite pour la tumeur, le but c'est quand même de le soulager, donc c'est en ça aussi que c'est positif, ça façon de faire a été positive.

Moi : Ok.

Sujet 9 : Donc j'essaie encore plus d'écouter mais je pense qu'on le fait tous.

Moi : D'accord. Et on peut dire, euh, quand tu as eu une expérience comme ça, en quoi ça a pu ou pourra être utile pour ta pratique ?

Sujet 9 : Bah comme je te disais, c'est..., des exemples comme ça, comme c'était très positif, j'essaie, on essaie..., ben je pense qu'on fait tous pareil, on essaie de les garder en tête. Alors c'est difficile quand euh, en plus je suis en plein dans le SASPAS, de se dire : « Quand je vais avoir ce genre de consultation, je fais ceci ceci cela ». Puis on essaie d'avoir des conduites à tenir pour chaque situation et c'est vrai que quand c'est des situations comme ça, on oublie tout parce que du coup on est dans le vif du sujet. Et j'essaie de me dire que quand j'aurais une situation avec besoin d'écoute, de ne pas couper les gens et de les laisser parler et sans forcément cibler trop les choses et laisser un peu finalement les gens s'épancher. Je pense que c'est surtout ça que je retiens de cette situation.

Moi : Et tu penses que toi, par rapport à avant, est ce que c'est quelque chose qui a pu modifier ta pratique ?

Sujet 9 : Ça m'a conforté un peu dans cette approche là. Modifier..., non, je pense pas. Je pense que j'essayais déjà d'être dans l'écoute. En tout cas ça a amélioré mon écoute encore. Parce que c'est vrai..., alors tu disais tout à l'heure que..., t'essayais de me demander un peu dans les détails, et c'est vrai que, toujours pareil, elle essayait de..., je pense qu'il y avait beaucoup de non verbal qui passait pendant cette consultation. Elle essayait de..., enfin elle essayait, c'était sûrement inconscient, mais je pense que son positionnement a fait beaucoup aussi, elle était finalement assez proche de lui et donc ça m'a fait prendre conscience, en tant qu'observateur, que finalement aussi ça, le non verbal, c'est important. Donc ce qui est difficile c'est de le mettre en pratique parce que dans une consultation, quand le patient arrive et c'est toi qui fait, tu penses pas à tout ça. Donc c'est bien d'en parler effectivement après, de débriefer ce genre de situation. Mais on en a très peu parlé ensuite, on en a parlé surtout sur la tumeur qu'on avait découvert. Mais cette consultation en elle-même on n'en a pas trop parlé avec ma prat.

Moi : Et tu me dis que pour elle, tu penses que comme elle se comportait c'était inconscient, et toi, maintenant que tu en a conscience, sur quoi tu ferais attention ?

Sujet 9 : Et bah à pas couper les gens. Parce que c'est vrai qu'on a tendance dans notre consultation à essayer de..., enfin à pas faire des consultations trop longues et c'est vrai qu'on a tendance à couper les gens, et dans ce genre de situation souvent (pause). Alors c'est mon ressenti à moi hein encore une fois, euh, je me dis que si ils ont besoin qu'on les écoute, et qu'on les coupe tout le temps avec des questions en essayant de cibler, ils vont pas forcément se sentir écouté. Ils vont sentir qu'on fait les choses toujours dans le même cadre, assez finalement dans l'exécutif, mais peut-être que c'est pas forcément ce qu'ils veulent. Donc voilà, être vraiment dans l'écoute. Et puis on dit toujours « des questions ouvertes, des questions ouvertes, des questions ouvertes », mais bon au final dans le feu de l'action j'y arrive pas forcément. Mais c'est surtout ça je pense, laisser le temps, essayer de ne pas couper.

Moi : Et est ce que maintenant là en SASPAS, t'essaye maintenant quand tu as des consultations un peu plus « psychologique » quoi, t'y penses ?

Sujet 9 : Ouais, plus j'en fais effectivement plus j'y pense et je me dis..., alors ça va peut-être aussi avec le fait que plus on fait des consultations seuls, moins on est stressé et plus du coup on déroule un peu notre fil de consultation mais c'est vrai que j'arrive à penser un peu à ça, hors le motif de consultation et ce que je vais faire, mais j'arrive à me dire « et bah laisse plus parler », ou, « pose plus tes questions comme ça », un peu plus ouais. Un peu plus avec la pratique.

Moi : et cette situation là, elle t'es revenu, donc elle t'as marqué d'une certaine façon, et t'en a parlé – pas avec elle ça tu me l'avais déjà dit – mais avec quelqu'un d'autre ?

Sujet 9 : Non pas du tout, c'est vrai qu'elle ne m'était pas vraiment revenue, jusqu'à ce que tu me demandes de réfléchir à des situations. Mais comme je te disais elle m'est venue assez vite finalement. Autant la situation négative il a fallu que je réfléchisse un peu plus autant celle-ci, je me suis dit « une situation positive où j'ai observé », et celle-ci est arrivée finalement assez rapidement. Alors t'expliquer pourquoi je n'en sais rien.

Moi : Oui bah à la limite c'est pas le sujet, mais ok.
Et bah maintenant on va laisser tomber celle là parce qu'on a l'autre situation à parler, donc à ce moment là est ce que tu peux me raconter cette deuxième situation négative que tu as eu du mal à trouver ?

Sujet 9 : Ouais j'ai eu du mal à trouver parce que c'est vrai alors je sais pas, euh, dans l'ensemble avant de parler de la situation, je trouve, alors est ce que c'est moi, mon ressenti à moi, je trouve toujours que les praticiens que j'observe ont une relation souvent avec leur patient qui est, enfin j'aimeraient bien avoir la même, et quand moi j'ai..., quand c'est moi qui mène la relation avec le patient, j'ai toujours l'impression que c'est différent, où que c'est pas comme j'aurai voulu finalement quelle se passe et c'est vrai que du coup c'est ce que c'est pour ça que j'ai pas trouvé de situation négative facilement, euh je sais pas, peut-être.

Mais en tout cas ma situation négative alors c'était quand j'étais en médecine interne à « Censuré », alors je sais pas si t'es passé à l'hôpital de « Censuré » ?

Moi : Si je connais un peu.

Sujet 9 : Donc la médecine interne, il y a le Dr X, je sais pas si tu vois qui c'est, et donc c'est un personnage, enfin c'était un personnage parce qu'il est parti à la retraite, et il est, alors on peut dire tout ce qu'on veut mais en tout cas c'est un très bon médecin. Par contre niveau relation, il y a des fois il est très bien et il y a des fois il est, je saurais pas expliquer comment, mais des fois ça passe pas du tout avec des patients. Et donc là c'était une patiente qui était étrangère et qui parlait pas du tout français. Elle avait ses trois filles qui parlaient français et elle venait dans le service pour je sais plus quel motif, je pense que c'était une fièvre ou peu importe, et en fait on avait pas de diagnostic. Et ça faisait déjà plusieurs jours qu'elle était là, les filles commençaient à s'impatienter, on n'arrivait pas à avancer les choses..., oh mais ça se passait bien avec elles, on discutait et elles comprenaient bien. Et c'est lui qui fait la visite, il tombe sur les filles et là les filles disent - alors est ce que c'est parce que c'est le chef de service - elles disent : « Oh ouais on a pas le diagnostic de tout ça ». Et du coup je sais pas pourquoi, il s'est énervé complètement, il a dit « ouais vous avez pas forcement à savoir le diagnostic ! », alors je sais plus ce qu'il a dit exactement : « on travaille quand même ! », je sais plus, il s'est énervé complètement avec ses filles, il réfutait tous ce qu'elles disaient, ça a été vraiment... Alors moi du coup j'étais là, je les avais déjà vu toute la semaine, donc j'étais avec lui pendant la visite et je savais plus où me mettre. Parce que du coup je me dis « bon sang mais ça va finir... », on sait pas ce qui se passe avec cette patiente et puis du coup il pète complètement un câble que je comprend pas, du coup il clos la conversation, il fait « de toute façon c'est comme ça », enfin je sais plus ce qu'il dit et hop on s'en va. Il continue la visite, du coup moi j'essaie de recoller un peu les morceaux, il me fait « non non tu viens, on continue la visite ». Du coup j'ai rien pu faire, j'ai senti les filles complètement paniquées et puis du coup on a fini la visite, il a dit « non non on s'en occupe plus pour le moment » et puis alors voilà c'était compliqué pour le reste de la visite et voilà. Et du coup l'après et bien je suis retourné les voir et on a pu rediscuter et elles voulaient plus avoir affaire au Dr X, donc voilà. Donc ça, ça a été..., j'ai eu du mal à la retrouver, je sais pas pourquoi je m'en souvenais pas forcément de cet épisode, mais voilà. Et du coup, on en a jamais reparlé avec lui, j'ai jamais osé lui en reparler, finalement c'était sous entendu que c'était clos et puis après c'est plus lui qui s'est occupé de cette patiente, je pense que c'était mieux pour le coup. J'ai pas compris pourquoi ça s'était passé comme ça.

Moi : D'accord. Il les avait jamais eu avant ?

Sujet 9 : Ils les avait jamais eu avant..., je comprend pas pourquoi, j'ai pas compris. Est-ce que ça lui a rappelé quelque chose de pas ... Ouais je sais pas, j'ai pas d'explication du tout. Surtout que c'était plutôt sur la fin du stage, sur tout le reste du stage il y avait rien eu de particulier par rapport au patient. Alors comme je te disais, il y a des patients dans sa façon de parler, sa façon de faire, il y a des patients ça

passee et des patients ça passe pas, et voilà, c'est comme un peu avec tous les médecins, mais il y avait jamais eu de clash comme ça, et je pourrai pas expliquer par rapport à ça. J'ai pas compris sur le coup et je crois que je comprend pas encore pour le moment.

Moi : Et tu as ressenti quoi face à ça ?

Sujet 9 : Bah j'étais ultra mal, parce que du coup moi avec la famille ça passait bien et avec la dame, même si je la sentais angoissée, je discutais bien. Alors moi je suis toujours un peu dans le « monde des bisounours », je discute beaucoup, j'essaie beaucoup de rassurer, et c'est vrai que ça s'était très bien passé de toute la semaine. Pour le moment on avait pas de diagnostic, bon il y avait toujours cette angoisse là, mais ça se passait plutôt pas mal. Et c'est vrai que ça, ça a mis quand même un clash. Et j'ai senti, même après que c'était plus le Dr X et c'était un autre médecin mais encore moi qui m'en occupais, c'était différent la relation. Elles avaient plus de mal à adhérer finalement à ce qu'on faisait, ça a cassé quelque chose, même avec moi avec qui ça se passait bien. Et finalement même si j'étais juste spectateur, ça a quand même cassé quelque chose. Et je pense pour toute l'équipe. Et c'est vrai que je l'ai pas très bien vécu, parce que sur le coup, tu te dis c'est improbable et tu peux rien faire parce que du coup c'est vrai que il lui a laissé aucune marge de manœuvre. J'ai rien pu faire et voilà.

Moi : Ok.

Sujet 9 : Sans être méchant envers moi par contre, il a jamais été agressif.

Moi : Et avec les autres patients du tour après, il était ... ?

Sujet 9 : Comme d'habitude. Alors vraiment, je sais pas pourquoi avec cette patiente en particulier, avec les filles..., est ce qu'il les connaissait, en tout cas il ne me l'a jamais dit. C'était vraiment étonnant.

Moi : Ok, et donc toi qu'est ce qui t'a le plus marqué dans cette situation ?

Sujet 9 : Le fait qu'il n'est pas laissé la place au dialogue finalement. Alors est ce que la situation ... Parce qu'avant de faire le tour, on parlait un peu de tout les dossiers et c'est vrai que c'était un dossier compliqué parce qu'on savait pas ce que c'était. Est ce que c'est ce fait là qui l'a fait finalement réagir comme ça ? En tout cas c'est vrai qu'à la fois avec ses filles, à la fois avec la patiente et à la fois finalement avec moi pendant le tour, il y avait plus de dialogue quoi, par rapport à ce qu'elle a. Il avait tout bloqué et c'est ça je pense qui a fait que j'ai ressenti ça de manière négative, c'est que du coup on pouvait plus rien dire et c'était comme ça et point final quoi. Donc pas de dialogue.

Moi : Et alors quel enseignement tu as pu tirer de cette situation ?

Sujet 9 : Et bah je n'ai pas réfléchi particulièrement – (*à lui même*) « Quel enseignement on pourrait tirer de ça » (réfléchit) – En fait je pense sur le coup pas d'enseignement particulier, juste essayer de garder son calme par rapport à ça. Mais ça on a tous des moments où on s'énerve, il y a toujours des choses qui nous énervent, donc ça ce n'est pas vraiment un enseignement finalement. Et je pense que l'enseignement c'est que quand il y a quelque chose qui est difficile, c'est soit passer la main, soit essayer d'en discuter un maximum, et au contraire du coup d'ouvrir le dialogue. Parce que peut-être que soit c'était des patientes qu'il connaît et ça lui rappelait quelque chose qui n'allait pas, soit c'était le fait de pas avoir de diagnostic, mais du coup à ce moment là, plutôt d'en parler ou au moins d'essayer de diminuer l'angoisse qu'on a par rapport à ça parce qu'on... Dans notre métier on aura tous une angoisse par rapport à l'incertitude, par rapport au diagnostic et du coup c'est vrai que si on n'arrive pas à vivre cette angoisse, en tout cas que cette angoisse nous empêche de travailler correctement, c'est compliqué. Donc en tout cas par rapport à l'angoisse ouais je pense que ça peut être, pas une leçon, mais ça peut nous faire réfléchir par rapport à ça. Par rapport à se dire que quand on a une angoisse qu'on n'arrive pas à gérer il faut en parler. C'est important de ne pas être seul, même en temps que médecin généraliste, arriver à parler de ce genre de dossier où c'est... Qui sont très angoissant je pense.

Moi : Et toi si on peut dire, justement, gérer cette incertitude diagnostique, c'est un petit peu ça que ça fais ressortir ce que tu me dis. Et donc toi comment tu gères ton incertitude diagnostique ?

Sujet 9 : Ça a été un peu le « fil rouge » de mon stage niveau un mon incertitude diagnostique. Moi, quand je suis arrivé chez mes prats, au début les premières consultations que j'ai géré j'ai dit à mes prats après : « Mais ce n'est pas possible, j'ai l'impression de faire des trucs mais que c'est n'importe quoi, je ne suis pas sûr de mon diagnostic, pourtant j'ai fait quand même ... ». Vraiment, ça m'avait mis en panique ces premières consultation là. Alors ils me disent, dont un en particulier il me dit : « T'es en plein dans la médecine générale, chaque consultation t'as une incertitude diagnostique, tu pensais quelque chose mais t'as en tout cas pas toujours les moyens d'assurer ton diagnostic et tu fais au plus probable et tu vois un peu comment ça évolue, mais ce qui est le plus important c'est que pour pas te parasiter les autres consultations et puis surtout ta vie personnelle c'est que l'angoisse que génère cette incertitude diagnostique tu dois la gérer, en tout cas, tu dois l'assumer ». Et ça c'est vrai que c'est vraiment un apprentissage, et le stage en ambulatoire t'apprend ça. Ce que le stage à l'hôpital ne t'apprend pas, parce que finalement t'es jamais mis en autonomie. Tu peux l'être un peu aux urgences et dans certaines consultations, mais pas comme tu l'es en stage prat. Et je pense que c'est peut être le plus difficile à apprendre à gérer, l'angoisse de l'incertitude. De te dire : « J'ai fais ça, est ce que j'aurai plutôt dû faire ça, l'envoyer là, faire ci faire ça et ça ». Et c'est vrai que c'est comme tout hein, je pense qu'on s'habitue toujours à tout, on a une grande souplesse, et ça plus tu le fais, plus tu le gères plus, c'est facile. Après je pense qu'on a tous des seuils différents de tolérance par rapport à ça, par rapport à l'angoisse de l'incertitude. Mais c'est vrai que plus ça va, mieux on gère cette incertitude. Tu l'acceptes, tu te dis de toute façon je fais au mieux et on voit.

Moi : Et après il faut aussi la faire accepter ?

Sujet 9 : Tu veux dire au patient ?

Moi : Ouais.

Sujet 9 : Ça aussi c'est intéressant, parce que du coup, bah le stage prat j'ai vraiment adoré, et j'ai eu beaucoup beaucoup de conversations avec mes prats et on a eu la ... Et il m'avait fait, alors ce n'était pas un reproche, c'était une euh, alors je ne sais pas si ça rentre dans le cadre de ton truc...

Moi : On verra, vas y !

Sujet 9 : Alors je parle, je parle beaucoup mais... Alors c'est un peu psychothérapeutique comme ça (*rit*). Il m'avait du coup dit que j'avais tendance à montrer que je ne savais pas au patient. Et ça il m'a dit : « Il ne faut pas le laisser transpirer dans ce que tu dis, effectivement tu as une incertitude diagnostique, on en a parlé, mais ça, le patient doit pas le savoir ». Et c'est vrai que ça finalement on a fait un peu un travail pendant mon stage prat pour que j'arrive à ne plus laisser transpirer ça. Et l'incertitude diagnostique bah finalement le patient ne doit pas la sentir, du tout. Toi tu dois l'avoir, mais finalement, c'est entre guillemets « ton fardeau à toi », le patient lui il ne doit pas sentir que t'es incertain sur ton diagnostic et ça c'est vrai que c'est quelque chose que j'ai appris sur le stage prat et que à l'hôpital « *Pfffft* », tu l'apprends pas du tout, t'en a pas conscience du tout.

Moi : D'accord, c'est intéressant. Et tout ce que tu m'as dit, ces situations que tu m'as évoqué, et ce que tu en as tiré, tu en avais conscience avant qu'on en parle ?

Sujet 9 : Sur la deuxième situation, sur ce que j'aurais pu en apprendre ? Non parce que j'y avais pas forcément réfléchi. Sur tout l'aspect incertitude diagnostic et puis relation avec le patient, par rapport à ça oui, parce qu'on en avait déjà beaucoup parlé avec mes prats. Et puis sur la première situation non, j'en avais pas forcément conscience par rapport au dialogue, enfin si un petit peu, mais c'est bien d'en reparler parce que ça me fait penser à plein de choses tu vois, je parle parle parle et c'est vrai que dans les deux cas j'en avais pas forcément parlé avec mes prats et c'est bien effectivement parce que du coup d'en reparler plusieurs fois, t'as toujours des points de vue différents à chaque fois donc euh voilà.

Moi : Ok. Et toi à ton niveau maintenant, comment tu te perçois dans la relation médecin patient ?

Sujet 9 : Mieux qu'avant mes stages prat, parce que honnêtement on en revient un peu à la même chose, mais à l'hôpital on t'apprend pas à avoir une relation je trouve adaptée, enfin la relation que tu as à l'hôpital est pas adaptée à celle que t'as en ambulatoire et vraiment faut faire de l'ambulatoire pour acquérir cette expérience et euh de mieux en mieux. Alors ça fait pas longtemps que je fais beaucoup de consultations tout seul, mais je trouve que même au fil des journées je vois que j'améliore ça, je trouve de plus en plus que... Enfin au début les première consultations j'avais l'impression que les patients ils adhéraient pas forcements à ce que je disais, pourtant moi ce que je disais ça collait aux recos, c'était adapté au cas et tout, mais j'avais l'impression que le patient adhérait pas forcement. Et plus ça va et moins je suis stressé et plus je suis à l'aise et du coup est ce que ça met en confiance le patient ? Et plus ça va plus je trouve que c'est simple de faire adhérer, même des choses quand le patient était pas d'accord au départ, j'arrive à faire passer des messages particuliers et donc ça c'est plutôt agréable. Mais je pense que j'ai encore beaucoup à faire par rapport à ça, en particulier je pense un de mes points difficiles c'est par rapport à tout ce qui est de l'ordre du psychologique ou du moral ou tout ce qui est un peu dépression tout ça, j'ai un peu encore du mal à parler et à étayer un peu les choses mais je pense que ça viendra pareil avec ces expériences là, et le fait d'en reparler.

Moi : Oui sûrement ouais, cela reste je pense une difficulté assez commune.

Sujet 9 : Bon ça va alors ! Mais c'est vrai que ce genre de chose d'en parler avec les prats c'est une chose mais d'en parler entre interne, ce n'est pas le genre de choses dont j'ai trop parlé avec des copains internes, je ne sais pas, est ce que c'est un peu des choses dont on ne parle pas trop...

Moi : Ouais peut être que c'est plus personnel que des diagnostics ou des histoires de chasses quoi.

Sujet 9 : tout à fait ouais, ça touche plus à l'intime, à la façon qu'on a de réagir face à ces situations, c'est vrai qu'on en parle pas trop. Bah moi j'en ai jamais bien parlé, ou en tout cas pas avec des internes. Avec des proches oui mais pas avec des internes.

Moi : Oui c'est ça on en parle peut être plus facilement avec des gens avec qui on a plus d'intimité.

Sujet 9 : Ouais dont on est plus proche et qui sont pas forcément dans le milieu médical. C'est peut être plus simple.

Moi : Et toi tu te souviens dans tes études ce que tu as eu comme enseignement à la relation médecin patient ?

Sujet 9 : Alors je ne sais pas si on a de la chance d'être à Lyon mais en tout cas nos profs de médecine générale, en tout cas dans le DES de médecine générale à Lyon sont vraiment accès là dessus à la relation médecin patient et à l'approche centrée sur le patient. On a des séminaires et on a aussi des journées études pendant le stage prat et c'est vrai que en dehors des sujets de ces séminaires on en revient beaucoup à cette relation médecin patient et à l'approche centrée sur le patient et c'est vrai qu'on nous sensibilise beaucoup à partir du DES à ça. Alors il y a pas de, on nous donne pas de secret, parce que du coup il y a je ne pense pas de secret mais vraiment on en parle beaucoup. D'essayer d'avoir effectivement, euh, le fait de reformuler, de pas poser des questions fermées mais plutôt des questions ouvertes et ça on nous l'enseigne quand même assez tôt dans le DES et puis on essaye de nous le faire répéter et de le mettre en application et ça c'est plutôt pas mal.

Moi : Et quand on te l'a enseigné ça te parlait ?

Sujet 9 : Au départ non, je me disais « Ouais bon, à mettre en application, je ne sais pas trop ». Et puis finalement quand tu as des consultes et bien, tu te dis, au départ t'y pense pas et puis après t'en reparles avec tes prats et ils te disent, euh, et tu te rends compte que finalement que si tu mets un peu en application ne serait-ce qu'une ou deux questions ouvertes, tu te rends compte que ça apporte pas mal dans ta consultation et petit à petit tu infègres ça, pas tout d'un coup parce que c'est pas possible mais petit à petit t'améliores ça tout doucement. Donc on en pas conscience au départ mais quand on te le montre tu te dis « Ouais si on le fais et qu'on nous l'enseigne c'est que ça marche » et au final ça marche.

Moi : Et toi qu'est ce qui t'a été le plus utile tu penses jusqu'à présent dans tes études pour ce qui est de ton apprentissage de la relation médecin patient ?

Sujet 9 : Le stage prat. Vraiment ça a ... (*réfléchit*). C'était difficile pour moi par ce que du coup finalement on se livre à son prat et on montre comment on travaille. Finalement on est un peu jugé sur la façon de faire, que ce soit sur le fond et sur la forme, même si on nous dit « Bah voilà vous arrivez en huit ou neuvième année, on vous juge pas forcement le fond mais plutôt la forme ». Et c'est vrai que tu te sens toujours un peu jugé sur les deux et c'est vrai que ça, ça a été difficile. Mais ce qui a été vraiment vraiment bien sur ce stage prat, c'est toutes les discussions qu'on a pu avoir par rapport au comportement qu'on a avec le patient, et l'amélioration par rapport à ça. Et ça c'est vraiment bien par rapport à ... (*réfléchit*). Je pense que les médecins actuels ils n'avaient pas forcément de stage et ils n'avaient pas forcément du coup

cette réflexion, ce recul, par rapport à leur comportement. Et je pense que vraiment on a un plus par rapport à ça. Donc vraiment le stage prat, ouais, c'est vraiment ça. Et le saspas je ne peux pas encore trop en parler parce que ça fais que deux semaines que j'y suis, mais je pense que c'est pareil ... Enfin ce n'est pas pareil parce qu'on n'a pas cette observation, on est ... Voilà ... C'est plus pour s'aguerrir. Et dans le stage prat ce qui est vraiment intéressant c'est de prendre de l'autonomie parce que ça fait toujours plaisir à l'ego de se dire « Je suis capable de faire une consultation » Mais ce qui est intéressant, c'est vraiment d'observer et de se faire observer, même si c'est difficile, parce que c'est comme ça que tu t'améliores. Donc ouais le stage prat et surtout la phase de supervision directe.

Moi : Ok et toi tu aurais aimé au cours de tes études avoir un enseignement plus approfondis à la relation médecin patient ?

Sujet 9 : Moi je trouve en tout cas que ... (*réfléchit*). Alors après dans le deuxième cycle, euh, est ce que ça a vraiment un intérêt ? Peut être en avoir un petit peu pendant l'externat pourquoi pas, mais je pense qu'on est trop loin de l'exercice réel et on se rend pas compte finalement de l'importance que ça a et je ne sais pas si ça aurait vraiment un impact. Et puis il y a déjà tellement de chose que l'on ne nous enseigne pas et ça serait bien qu'on nous enseigne à l'externat plein de choses dont on aurait besoin maintenant et qu'on ne nous en parle pas. Donc c'est vrai que c'est peut être un peu tôt au niveau de l'externat. Par contre au niveau du DES c'est indispensable et en tout cas à Lyon c'est bien fait je trouve. Et y a peut être pas forcément besoin de rajouter. Par contre ce qu'il faut c'est de faire de plus en plus d'ambulatoire pour ceux qui veulent travailler après en ambulatoire, d'où augmenter le temps de l'ambulatoire le plus possible quoi. Je pense que c'est là que t'apprends vraiment la relation. Sur le terrain.

Moi : Et dans l'avenir ?

Sujet 9 : Pas forcément, je pense que ça existe des formations sur la relation médecin patient (*réfléchit*) peut être que sur certains sujets en particulier, surtout l'aspect psychologique, l'aspect dépression, peut être que je me formerai un peu plus, ou en tout cas je ferai une formation complémentaire si je vois que j'ai vraiment du mal par rapport à ça. Peut être. Probablement que j'aurai besoin à un moment de mettre une piqûre de rappel parce que moi j'ai toujours besoin d'une piqûre de rappel sur tout les sujets donc voilà. Pour le moment c'est encore frais et avec le stage prat qui vient de se finir c'est encore dedans. Mais peut être que dans quelques années quand j'aurai la tête plus dans le guidon, j'aurai besoin de me rappeler de chose simple, donc ouais.

En off :

Au final m'a fait remarqué qu'il ne discute jamais de ce thème de la relation avec ses amis internes et que ça serait bien parce que c'est agréable et rassurant.

SUJET 10

Homme, 27 ans, célibataire sans enfant, 6è semestre en SASPAS, n'a jamais fait de remplacement, externat à Lyon, a fait stage praticien Rencontre à son domicile 14h00 Durée 31min 26sec

Moi : Je t'avais demandé si tu pouvais réfléchir à deux situations de relation médecin patient dont tu as été le témoin en observant ton maître de stage, un senior, et qui t'as marqué, alors une en bien et une en mal. Est-ce que tu en as trouvé une plus facilement que l'autre ?

Sujet 10 : Celle en mal je dirais.

Moi : Bah écoute, on a qu'à commencer par celle là alors.

Sujet 10 : Bah en fait c'était chez Dr X, il est un peu dure quand même, donc Dr X qui un jour recevait une dame, je sais plus pour quel motif, c'était une rhino ou un truc un peu bateau et puis on avait discuté un petit peu et donc ça avait pris un peu de temps et au moment où la consultation se terminait pour cette dame qui venait pas souvent, elle a demandé un certificat de sport. Et là il est rentré dans une colère monstrueuse en disant que c'était quelque chose qui n'était pas remboursé par la sécu, etcetera. Donc dans un sens il avait raison mais je trouvais que la manière de lui dire c'était complètement excessif, c'était excessif de lui dire de cette manière là. Il aurait pu en plus la revoir pour un certificat s'il avait présenté les choses différemment et là il y ait allé violemment en lui rentrant dans le lard et ce qui m'a choqué en plus derrière c'est que je sentais qu'il était perturbé dans la matinée après, et il m'a dit qu'il était perturbé parce qu'il pensait qu'il n'y était pas allé assez fort ! (*On rigole*) J'ai dit : « Non mais quand même elle en a pris chère là ! ». Donc non, moi je trouvais que c'était excessif, vraiment trop excessif par rapport au sujet quoi. C'était un certificat chez une dame en plus qui était cortiquée quoi, ce n'était pas une connne, une dame plutôt bien qui était capable de comprendre qu'il fallait revenir en lui expliquant les choses calmement. Et puis elle était d'accord pour qu'on lui fasse le certificat et revenir pour qu'on lui fasse une consultation, on pouvait avoir confiance en elle. Sachant qu'elle ne venait pas souvent mais régulièrement et que les consultations se passaient bien. Je crois que c'était excessif.

Moi : Et donc qu'est ce qui t'as marqué dans cette consultation ?

Sujet 10 : Bah elle a pleuré quoi. Et ça ça m'a ... Je me suis dit : « Attend on arrive à faire pleurer les malades en les engueulant quoi ! ». Mais tu te dis bon, quand c'est éducatif, vraiment pour leur santé... Mais là ce n'est pas éducatif c'est ... Enfin c'est éducatif si, mais pour la santé publique, pour le fric quoi, mais c'est autre chose. Parce que finalement on savait bien qu'elle n'avait pas trop d'antécédents cette dame là, on n'avait pas besoin de l'interroger et de l'examiner de la tête au pied pour savoir qu'elle était apte à faire de la course à pied une fois toutes les deux semaines. Je veux dire voilà, ce n'était pas un cardiaque qui demandait un certificat pour faire un marathon. Donc bon je trouvais que c'était un peu excessif.

Moi : Et tu te souviens comment il s'est comporté face à elle ?

Sujet 10 : Bah il s'est mis face à elle, il a reculé et puis il a déblatéré en explosant et en lui coupant la parole quoi. Donc j'ai trouvé que ça faisait beaucoup. Donc oui il s'est posté droit et puis il a persisté. Alors quand il l'a vu pleurer c'est vrai qu'il a un petit peu rétrogradé mais il y est retourné quand même. J'ai trouvé ça violent et incisif sur elle. Surtout qu'elle n'avait pas l'air méchante ni de mauvaise foi, elle ne savait pas. (imité le médecin avec une voix agressive :) « Oui mais je l'ai affiché dans le cabinet vous n'avez pas regardé... ». Mais bon s'il fallait lire toutes les affiches qui sont dans le cabinet, maculées sur les murs, surtout qu'en plus on l'avait prise à l'heure donc elle n'a pas eu le temps de regarder les affiches sur le cabinet. Donc voilà je trouvais ça vraiment trop quoi.

Moi : D'accord. Et comment t'expliques qu'il se soit énervé comme ça ?

Sujet 10 : Bah je pense que d'une part il a son caractère, ça c'est clair, il est comme ça, quand ça lui plaît pas il s'énerve et puis de manière souvent maladroite. Bon c'est son caractère, après bon moi ça me fait un peu rire des fois quand les gens le méritent et que c'est un peu trop excessif, mais là je n'ai pas trop aimé. Mais d'une part y a son caractère et ensuite y a le fait qu'il ne supporte pas qu'on dédaigne le travail du médecin traitant en disant : « Bah faites moi un certificat ». Mais pour elle ce n'était pas ça, c'était quelque chose de pas si important que ça. Y avait aussi le fait que ce n'est pas remboursé par la sécu et qu'elle le faisait passer sur quelque chose de remboursé par la sécu. Et puis surtout que c'est répétitifs, à chaque fois les certificats sont dédaignés et ça ça le gonfle. Et puis il était mal luné aussi. Voilà. Ce n'était pas sa journée. Et elle elle était fragile, donc les deux ensembles : Boum ! Ça allait pas.

Moi : Quel enseignement tu as pu tirer de cette situation ?

Sujet 10 : Et bien c'est-à-dire qu'on n'a pas à faire payer à une patiente les autres consultations. C'est-à-dire le fait que l'on ait un a priori là dessus en se disant : « Bah les certificats c'est une consultation à part etcetera ». Même si on en a eu cent qui nous ont fait chier, on n'a pas à s'acharner sur une seule patiente qui a rien demandé et qui en plus est gentille quoi. Enfin je veux dire elle aurait été à même de comprendre. Là ce que j'ai appris de ça c'est qu'on n'a pas à faire payer à un patient ce que l'on a à reprocher à d'autres ou ce que l'on a à reprocher à la société, au système, ce n'est pas sur une patiente qui a rien demandé que l'on doit tout vider quoi. Voilà. Moi c'était plus ça quoi. Je me suis dit : « Putain elle prend tout pour les autres quoi ». Alors je pense qu'il en a aussi un peu profité parce qu'elle était facile. Ça aurait été un emmerdeur il n'aurait pas pu rentrer dans le lard comme ça. Parce qu'il est un peu comme ça Dr X, c'est-à-dire que quand c'est un gros chieur il y va pas, quand c'est quelqu'un de plus fragile il y va. Tandis que moi c'est l'inverse. Quand c'est un chieur j'y vais frontal quoi. Parce que je me dis il me cherche il me trouve. Mais quelqu'un de gentil je n'ai pas de raison d'être agressif. Voilà

Moi : Et quels sentiments as-tu éprouvé au cours de cette consultation ?

Sujet 10 : Ah bah moi j'étais hyper mal à l'aise, hyper mal à l'aise pour elle, j'étais triste pour elle. Et j'étais en colère contre le médecin, parce que je me dis « quand même attend, mollo », enfin franchement je me suis dit... Enfin après on se dit toujours : « Je serai à la place de la patiente je l'aurai pourri et limite je lui aurai mis une claque quoi » (rit). Non mais j'étais en colère contre le médecin, j'étais vraiment triste pour la patiente et j'étais déçu aussi. J'étais déçu par ce que je m'y attendais pas, je m'attendais pas à une réaction aussi excessive pour ça. J'étais vraiment déçu.

Moi : Et en quoi ça a pu être utile pour ta pratique de voir ça ?

Sujet 10 : Et bien que, quand on est spectateur, on voit qu'on est capable de faire des choses au delà de l'admissible quoi. On est capable d'être hors de nous. Mais quand on regarde de l'extérieur on se dit : « Non mais c'est trop quoi, faut qu'on apprenne à se contrôler, à se tenir ». Alors je ne dis pas que certaine fois ce n'est pas utile, faut être parfois violent dans certain cas, notamment avec les patients qui sont ingérables et font n'importe quoi. Mais il faut être adapté. C'est-à-dire que quelqu'un de gentil, de plutôt doux et intelligent on lui rentre pas dedans quoi. Faut être adapté à la situation, faut pas dérailer quoi. Faut être adapté à tel ou tel type de personne et je pense qu'il ne faut pas mettre ses convictions, ses idées avant la personne qu'on a en fasce. Il faut s'adapter à la personne avant de pouvoir déblatérer ce que nous on pense. Voilà, c'est la personne qui importe, le type de personne, le type de consultation et ce n'est pas ce que nous on pense de tel ou tel sujet. C'est-à-dire par exemple prenons l'avortement, on parle de l'avortement avec quelqu'un de très calme etcetera, on va rester calme, mais avec quelqu'un qui va être puant etcetera on peut réagir différemment. On réagit en fonction du patient, pas en fonction de la situation ou de ce qui nous demande quoi.

Moi : Et tu as pu en parler justement toi après avec lui ?

Sujet 10 : Alors avec lui oui j'en ai parlé, mais bon toujours en prenant des pincettes. Je lui ai dit qu'il était allé un peu loin voilà. Parce qu'il m'a dit : « Qu'est ce que tu en as pensé » et il a rajouté : « Bah écoute moi je serai peut être allé plus loin ». J'ai dit (*ton surpris*) : « Ah bon d'accord ... » (*on rigole*). Alors je ne suis pas allé chercher plus loin... Bon moi je pensais que c'était un peu trop mais bon voilà. Bon ouais j'en ai parlé avec lui. Mais bon j'ai toujours été direct avec lui donc quand je trouvais que c'était trop, ou inversement que c'était très bien, je suis toujours allé lui dire quoi. Donc là-dessus j'étais transparent. Et puis je lui aie dit : « On n'a pas le même caractère, on ne fonctionne pas pareil, vous n'avez pas la même ancienneré, vous ça fait vingt ans qu'on vous demande ça alors peut être que vous avez des raisons de réagir comme ça ». Voilà. J'en ai parlé à mes potes, j'ai trouvé que c'était inadmissible, ça c'est autre chose, mais à lui j'ai dit objectivement que je trouvai que c'était trop, je ne me suis pas caché. Et il l'a compris quand j'étais à côté de lui aussi. Voilà.

Moi : Et en quoi ça a pu modifier ta pratique d'avoir vu ça ?

Sujet 10 : Bah comme j'ai dit, c'est sur le plan de la pratique de tous les jours, c'est qu'il faut que j'apprenne à prendre du recul par rapport aux situations et à me dire que le patient a une vision des choses et que moi j'ai une vision des choses différente. Lui il arrive, ça se trouve il a bossé toute la journée, ou il a eu une journée de merde, et il a pris un rendez vous vite fait pour voir le médecin, il y va et il va se faire pourrir quoi. Tu te dis : « Bah il a pas demandé ça, il a demandé un conseil ». Alors certains cas on peut être exaspéré quand ça devient trop. Moi je pense notamment à ceux que j'appelle les « mille feuilles », les patients qui sont chiants qui disent qu'ils ont quelque chose, alors on le traite, puis ensuite ils ont autre chose puis ensuite ils ont autre chose puis ensuite c'est des « oui mais » et ils ne sont pas contents. Alors ceux là j'ai envie de les envoyer chier ! Et des fois il y a des médecins qui ne les envoi pas chier et je me dis « Mais putain rentre lui dans le lard quoi » (*on rigole*). Enfin moi j'ai envie de les envoyer chier ces gens là. D'ailleurs je le fais. Par contre inversement des patients qui sont plutôt calme, moi je trouve que ce n'est pas parce qu'ils sont faciles à engueuler qu'il faut leur rentrer dans le lard quoi. Voilà. Je pense qu'il faut s'adapter. Et c'est ce que je ferai. Enfin c'est ce que je fais déjà mais...

Moi : Ok bah écoute maintenant ce que l'on peut faire c'est passer à la deuxième situation, la bonne.

Sujet 10 : Bon alors elle est un peu particulière, j'ai eu un peu de mal à la trouver parce que finalement sur le coup quand on a des bonnes situations, on est un peu admiratif plus de la technicité du travail que du fond, plus de la forme on va dire que du fond. Mais bon il y en a eu, j'étais en soins palliatifs, il y en a eu pas mal et avec Dr X tous les entretiens psy... Mais je ne me souviens pas précisément les techniques qu'il a utilisées. Mais moi il y en a une qui m'a marqué, c'était un médecin dont je m'attendais pas qu'il réagisse comme ça, c'était le Dr Y qui au contraire est plutôt paternaliste, brutal et pas du tout psy, genre une patiente qui avait fait une fausse couche il a dit à son mec en pleure : « Oh mais ce n'est pas grave ! ». Oh ! Il marque tous les points là ! (*On rigole*). Dr Y dans toute sa splendeur. Bon voilà. Et là en fait, c'était une patiente qui était avec sa mère et elle expliquait – alors je me suis dit il va lui rentrer dans le lard – et elle disait : « Bah ça va pas et tout ». Bon elle s'est mise à chialer donc impossible de parler et elle a demandé à sa mère d'expliquer la situation. Donc en fait elle était en couple avec un type depuis des années et ce type là était parti avec un homme. Et je me suis dit : « Putain alors t'as d'une part une femme qui chiale, t'as la mère à côté je ne connais pas son avis et t'as Dr Y je le connais, il est bourrin, ça va péter » tu vois. Et en fait pas du tout, Dr Y a complètement désamorcé le truc en disant « bah écoute euh ... ». Alors déjà il a essayé de voir ce qu'elle pensait de ce garçon, donc du coup elle a dit : « Bah c'est quelqu'un de gentil etcetera », donc lui a dit « Bah tu vois c'est quelqu'un de gentil, est ce qu'il a essayé de te faire du mal ? ». « Non, mais je m'y attendais pas etcetera », enfin bon. Il a renforcé d'une part la patiente, la mère aussi parce qu'il était là en disant « Bah c'est bien que vous soyez avec elle etcetera » et en même temps il a dédiabolisé le type parce que finalement il a dit « Bah c'est quelqu'un qui est gentil avec toi, il a jamais été désagréable, il s'en veut à lui de t'avoir fait du mal etcetera », donc finalement il a quand même pas mal désamorcé plutôt que de rentrer dans le lard en disant bah comme souvent les potes disent autour « C'est un connard etcetera », toutes les raisons qu'on veut possible et imaginable. Donc voilà, je trouvais qu'il avait été super cool, super euh... finalement il n'a pas « percé un abcès » parce que ce n'est pas vraiment ça, mais du coup il a dédramatisé, il a essayé de comprendre la situation plutôt que de balayer comme il fait dans certain cas. Et ça a été..., franchement je m'y attendais pas de sa part et ça a été quand même vachement intéressant. Voilà. Donc c'était la situation.

Moi : Et en quoi dans son attitude il a pu être « cool » et dédramatiser la situation ?

Sujet 10 : Bah sur le coup sur le plan physique déjà il était ouvert, il était pas du tout au fond de son fauteuil comme ça (*mime quelqu'un au fond de son fauteuil bras croisé*), il était ouvert. Il a discuté avec la patiente, il la connaissait la patiente, alors du coup il connaissait le mec aussi alors il avait pas forcement envie de s'embrouiller avec les deux, euh... répète moi la question, c'était ?

Moi : Qu'est ce que tu as trouvé de bien dans son attitude, dans sa façon d'être ?

Sujet 10 : Il était calme, il n'a pas haussé la voix, il a laissé parler la patiente, et il a repris les éléments qu'elle lui a donné et il n'est pas allé imposer les siens, voilà. Il a essayé de la faire travailler elle, je parle sur le plan du fond du truc, on s'en fout du sujet, le problème c'est la manière dont il a traité le truc qui était intéressante, c'est-à-dire qu'il a vraiment repris les éléments et qu'il n'a pas imposé ses idées et ça c'était vachement intéressant. Il a pas dit comme Dr X par exemple (*prend une voix agressive* :) « Le certificat c'est pas bien etcetera ». Donc voilà c'était bien parce que là il avait repris les idées de la patiente et puis il les a travaillé et lui a ressorti. Et en même temps il a essayé de dédiaboliser son ex et renforcer le lien mère-fille etcetera donc c'était bien. Donc j'ai vraiment senti qu'il utilisait des techniques qui était vachement utile quoi. Alors je ne sais pas ce que ça a donné après mais en tout cas dans la consultation - ce qui est déjà énorme de réussir quelque chose dans une consultation - ça a marché. Franchement je n'étais pas déçu.

Moi : Ok. Et tu avais pu en parler avec lui après ?

Sujet 10 : Non on en pas reparlé. Parce que bon déjà Dr Y il a sa fierté donc bon quand c'est positif il en parle pas, il parle plus souvent quand c'est négatif. Donc par exemple un patient chiant il va dire : « Il était complètement débile » ou quelque chose comme ça, mais inversement je pense que quand ça c'est bien passé, par fierté ou par pudeur j'en sais rien ou peut être parce que ça le gène, il n'a pas forcément envie de se revaloriser derrière. Il est plutôt du genre à nous descendre plutôt que nous remonter. Ce qui n'est pas le cas de Dr X, Dr X il fait les deux, il fait le yoyo. Alors que Dr Y il est plus dans le cas où il nous descend. Alors de temps en temps il était gentil, enfin gentil... Il faisait des compliments, mais pas souvent et encore derrière il le bâclait. Genre par exemple : « T'es un bon médecin même si tu t'endors en consultation » (on rit). Donc voilà des trucs comme ça. Tu vois, là-dessus, je ne m'imaginais pas aller lui dire : « Oh c'était bien, vous avez été cool etcetera ». J'avais peur que ça le gène, donc du coup on en a pas reparlé.

Moi : Ok. Et toi qu'elle enseignement tu as pu tirer de cette situation ?

Sujet 10 : Bah l'enseignement que quand une situation paraît vraiment monstrueuse, enfin « monstrueuse » dans le sens où il y a plein d'élément qui rentre en compte, il faut essayer de comprendre ce qu'il se passe, essayer de prendre les éléments, les sentiments des différentes personnes que ce soit la patiente, son ex conjoint ou la mère, et d'essayer de travailler avec ça et de leur rendre. C'est ça, il ne faut pas en médecine, je trouve surtout sur des sujets sensible comme ça, l'avortement ou le désir de grossesse chez une dame qui a un âge avancé, enfin tout ces trucs là, je pense qu'il faut aller au delà de ses préjugés ou en tout cas ses idées et finalement aller dans l'intérêt du patient. L'intérêt du patient prime et là il est vraiment allé dans l'intérêt de la patiente. Pour d'une part essayer de calmer et de la faire pleurer et puis d'autre part d'essayer de dédramatiser la situation même, en disant « Ecoute tu n'as pas eu d'enfants donc déjà il y a pas un enfant qui est au milieu de ça donc... » en reprenant ce qu'elle a dit hein, elle a dit : « J'ai pas d'enfant » « Bah écoute, t'as pas d'enfants bah c'est quelque chose de positif, et puis tu es une jeune fille etcetera », en la renforçant. Donc tous ces trucs là qu'habituellement il n'utilise pas du tout, bah il les a utilisés et je trouvais que c'était pas mal toutes ces techniques là. Ça ça m'a servi, et ça peut être très efficace. Et puis pas mettre son jugement là dedans quoi.

Moi : Et toi depuis ça a pu modifier ta pratique d'avoir vu cette situation ?

Sujet 10 : Pour ma pratique personnelle, pas forcément parce que moi je suis comme ça, enfin j'ai à peu près ce mode de fonctionnement que lui a eu dans la consultation. Et puis ce n'est pas trop lui qui m'a appris sur les techniques, je les connaissais, c'est plus Dr X qui m'a appris. Par contre ça a changé ma vision de lui. J'avais une vision vachement dure, paternaliste et puis finalement ça m'a changé de vision sur lui et de manière générale sur un certain nombre de médecins qui fonctionnent un peu comme lui, autoritaire et paternaliste. Ça m'a changé d'image. Mais par contre sur ma pratique non pas trop, pas lui en tout cas.

Moi. D'ac. Et tout ce que tu m'as dit là, ces deux histoires que tu m'as racontées et ce que tu en as tiré, tu en avais conscience avant qu'on en parle ?

Sujet 10 : Ah bah sur le coup oui bien sur, les deux m'ont marqué pendant plusieurs jours, oui c'est sur. Bah surtout la première elle m'a fait réagir dans le sens où je me suis dit : « Il ne faut pas que tu aies des attitudes comme ça avec tes patients », sauf si ce sont des patients pénibles et que tu n'as pas envie de les revoir dans ton cabinet. Ça c'est un truc que je disais à Dr X... On a eu un patient ensemble qui était pénible qui était procédurier etcetera je me disais mais ce type là il est encore jeune, il n'est pas encore polyopathologique, c'est le moment de l'envoyer chier ! Parce que le jour où il sera malade et qu'il aura des trucs comme ça et qu'il va vraiment lui arriver quelque chose, là il va porter plainte et il va être horrible. Je lui ai dis « Mais moi vous m'auriez laissé seul en consulte, je l'aurai envoyé bouler ce mec là ». Parce qu'il ne faut pas le revoir, il est dangereux et ça par contre avec Dr X c'est quelque chose où on n'était pas forcément d'accord. Voilà. Et sinon sur ces deux expériences, ce que j'ai retenu bah c'est que malgré la façade de certain médecin, ils peuvent avoir de la compassion et inversement il faut apprendre à se contrôler dans des situations qui nous posent problème, par exemple sur les certificats et tout ça, mais pas sur le type de patient.

Moi : Et toi maintenant en fin de cursus, comment tu te perçois à ton niveau dans ta relation médecin patient ?

Sujet 10 : Bah je me sens bien dans le sens où j'ai eu pas mal de compliments la dessus donc voilà je pense que j'ai pas trop de soucis. Ce n'est pas trop le prat qui m'a aidé, mais j'ai fait un stage de soins palliatifs, et le soin palliatif ça m'a beaucoup aidé là-dessus. Et puis surtout le travail avec les paramédicaux. Moi j'ai beaucoup fais de remplacement aide soignant, ASH, ASD, etcetera, j'ai fait secrétaire médicale, j'ai travaillé à temps plein, à mi temps enfin j'ai bossé plus à l'extérieur qu'en stage, donc c'est surtout ça qui m'a aidé dans les relations avec les malades. Ce n'est pas trop ce que j'ai vécu avec les médecins en cabinet. Certes Dr X il fait de la psycho etcetera, il m'a donné pas mal d'outils techniques ; en soins palliatifs j'ai appris beaucoup, mais plus en observant les paramédicaux. Donc d'une part ce qu'ils font bien, mais surtout les erreurs qu'ils font. Par exemple parler fort à un patient, mais les patients sont pas sourds quoi : « Eh Madame Machin ! » « Non mais oh ils sont pas sourds ! ». Et inversement ils se confient beaucoup plus aux paramédicaux qu'aux médicaux, donc du coup on voit l'impact de ce qu'on fait sur les patients directement. Donc du coup on apprend à ne pas faire des erreurs et à faire des choses qui leurs plaisent. Mais ce n'est pas spécialement les relations médicales en cabinet qui m'ont aidé, bien au contraire. De toute façon les infirmières me le disent, c'est d'avoir bossé avec elle dans leur groupe et de bosser auprès des malades, les changer, les toucher etcetera, qui fait que j'ai un contact comme celui de maintenant, et pas vraiment mon expérience en médecine. Enfin peut être que ça l'aurait été si je ne l'avais pas eu à côté, ça a peaufiné on va dire, mais ce n'est pas ça qui m'a donné le contact.

Moi : Ok c'est intéressant. Et tu te souviens pendant tes études durant externat et l'internat ce que tu as eu comme enseignement à la relation médecin patient ?

Sujet 10 : Dans les cours alors j'ai trouvé ça complètement... Alors sur l'idée c'était bon c'est-à-dire qu'effectivement les éléments étaient là, mais je veux dire ce n'était tellement pas approfondi et puis surtout il y a pas de pratique quoi, je veux dire on nous apprend pas à être en contact physique, psychique, tout ça avec un malade. On nous apprend... On apprend sur le tard, c'est pour ça que ça fait des médecins caractérielis qui sont odieux avec les patients et inversement je veux dire si on était vraiment obligé à aller dans les équipes médicales, à travailler, à prendre la tension au malade, à leur changer les fesses, à leur donner à manger, à les faire manger à la petite cuillère, à communiquer avec eux ; par exemple s'occuper des patients qui sont sourds muets ou carrément paralysés et à écrire sur la main comme ça m'est arrivé dans certain cas en tant qu'aide soignant, à s'occuper de tétraplégique etcetera, je pense que c'est ça qui aurait été utile pendant nos études de médecine. Parce qu'on était à mi temps et qu'on avait largement le temps en deuxième année - de pas nous forcer - mais d'aller nous fouter dans des équipes aide soignantes et d'aller bosser à l'hôpital et de voir ce que c'est qu'une relation avec un patient. C'est pas en

médecine, en médecine on nous apprend pas, et puis surtout les médecins à part nous apprendre « techniquement » à ranger une biologie et à faire un ECG, ils nous apprennent pas grand-chose sur la relation et en plus ce n'est pas des exemples hein. Les patrons à l'hôpital pendant toute notre formation ce n'est pas des exemples qu'on a hein, ils engueulent les patients, ils sont brutaux, ils sont caractériels, je veux dire on n'a pas des exemples de personnes qui ont des relations saines. Donc franchement ce n'est pas les études de médecine qui m'ont aidé là dedans. Un peu l'internat avec les deux semestres que j'ai cité, mais surtout le fait d'avoir bossé et d'avoir fait des trucs à côté. Et sinon juste pour rajouter un truc, je le voyais bien, parce que mes collègues qui n'ont jamais travaillé comme moi j'ai travaillé à côté, les relations qu'ils ont avec les équipes médicales et les relations qu'ils ont avec les patients, je trouve qu'elles ne sont pas les mêmes. Ils ont un contact qui est différent et je le sens bien parce que du coup il y a des choses qui pour moi me paraissent évidentes, comme par exemple baisser un lit après avoir fait un examen, remonter une barrière, recouvrir un patient après l'avoir examiné, fermer la porte quand tu l'examines, euh quand tu le mets tout nu, pas plus de la moitié du corps, enfin des trucs que j'ai appris en tant qu'aide soignant par respect pour le patient et quand je vois certains de mes collègues le faire, je me dis putain, mais moi franchement je serai patient je le vivrai hyper mal. Et toutes ces choses là et bah en médecine on les apprend pas. On nous apprend pas à examiner un malade en le déshabillant correctement, en se présentant, par exemple en disant « Bonjour je suis l'externe », mais il ne sait pas ce que c'est un « externe », faut lui expliquer ce que c'est qu'un externe. « Bonjour je suis l'interne », c'est quoi un interne, enfin voilà. Ou : « Est ce que vous avez mangé ». Moi l'autre jour j'étais avec une infirmière, j'ai aidé à faire un lit. Bah le patient il m'a regardé avec des yeux en disant « Bah vous savez faire un lit », « Bah oui je l'ai fait avant... ». Voilà. Donc apprendre à savoir comment fonctionne l'environnement du malade et pour mieux le comprendre et pour mieux réussir à l'aborder quoi.

Moi : Ok c'est intéressant. Personne avait jamais soulevé dans mes interviews le paramédical.

Sujet 10 : Bah c'est là où t'apprends. Et puis ils le savent, c'est eux qui disent : « Oh je trouve que... Je trouve que... Je trouve qu'il est un peu différent aujourd'hui ». Ils sentent des choses que nous on ne sent pas, qu'on n'a pas l'habitude de sentir. Et je trouve que moi je l'ai ce radar, mais pas aussi bien qu'eux. Mais j'ai ce radar là que beaucoup de mes collègues n'ont pas parce que j'ai vécu auprès d'eux et que j'ai bien aidé des mamies euh enfin voilà. Tout des trucs comme ça quoi. Et que tous mes collègues n'ont pas fait.

Moi : Et toi qu'est ce qui t'as été le plus utile au final dans ton apprentissage de la relation médecin patient ? C'est ça ?

Sujet 10 : Ouais c'est le paramédical, vraiment c'est ça. Ce n'est pas... Alors je ne vais pas non plus minimiser les deux stages qui m'ont été utile, à savoir la portion chez Dr X et le stage en soins palliatifs. Mais moi je tiens à dire quand même, le stage en soins palliatifs, c'est pas le médecin qui m'a appris, par ce que de toute façon on avait deux médecins, dont une qui était à mi-temps, du coup on tournait. Moi j'étais dans le service tout seul et elle était dans le service toute seule, donc je veux dire elle m'a pas appris grand-chose sur la relation médecin malade. Elle m'a appris certains trucs et puis après j'ai regardé les infirmières, j'ai regardé la psychologue avec qui je faisais beaucoup d'entretiens, j'ai regardé certaines infirmières, des aides soignantes, j'ai regardé présenter la nourriture, comment ils lui donnaient à manger etcetera. Euh, on est allé se balader au parc de la tête d'or avec une mamie et une aide soignante, on s'est fendu la gueule quoi. Enfin voilà, tous ces trucs là je les ai appris avec eux. Pas trop avec ma chef. Ce n'est pas eux qui nous apprennent. Ce n'est pas eux les meilleurs je trouve dans la relation médecin malade. C'est les soignants. Alors après il y en a qui sont plus ou moins nuls. Mais dans un service, tout ce qu'ils savent les uns les autres... C'est pas une personne qui nous apprend, il y a dix personnes autour de nous, chacun a un petit truc à nous apprendre quoi. Et c'est comme ça qu'on arrive à améliorer notre relation.

Moi : Ok. Et toi tu aurais aimé avoir au cours de tes études des formations plus approfondies à la relation médecin patient ?

Sujet 10 : Bah moi non, enfin... Non parce que je n'ai pas eu besoin. Je l'ai fait de moi-même, mais je pense que c'est plus qu'indispensable ! Ça je l'ai toujours dit. C'est indispensable qu'on nous foute dans le bain. Enfin je veux dire les infirmières elles font aides soignantes avant de commencer infirmière. Je veux dire les aides soignants on les fout dans le bain, les cadres elles ont fait infirmière avant, elles sont obligées d'avoir fait au moins deux ans d'infirmière. Nous on n'a pas d'obligation, on a l'obligation de trier les examens et de faire les ECG. On n'a pas d'obligation de... Alors on a le stage infirmier, ouais ouais... Un mois... Super ! Enfin ce n'est pas ça qui fait quelqu'un qui a une bonne relation avec les gens. Et d'ailleurs je le vois bien, tout ceux qui on fait des remplacements d'aide soignant à côté, on sent qu'ils n'ont pas la même sensibilité, le même contact avec les gens. On sent qu'ils sont différents. Et ça par contre on ne l'a pas en médecine et je trouve ça... Moi ça me révulse. La médecine ça ne se limite pas à un apprentissage technique. Au contraire on devrait passer par tous les stades. Alors certes on doit faire nos études à côté, mais plutôt que de nous coller des stages ou on trie les examens toute la journée, on ferait mieux de nous coller à l'hôpital à apprendre à soigner un malade quoi. Sur le contact... Les répercussions de nos prescriptions par exemple. Les prescriptions absurdes des médecins, en se disant : « Putain mais réfléchis, tu me demandes de faire deux prise de sang, une le lundi, une le mardi, pourquoi t'as pas groupé parce que c'est moi qui vais les faire, et d'une part je n'ai pas le temps et puis ensuite le patient ça va lui faire mal, il est impénitent ». Ou des trucs comme ça. « Oh bah pique le quand même » Tu dis « Mais non il est vraiment impénitent ». Tu vois tout ces trucs là et bah on ne l'apprend pas. Et c'est intéressant quand on est en médecine de ville et qu'on a des patients qui sont grabataires à domicile ou quand on doit rééquilibrer un AVK, faut savoir arrêter de faire des prises de sang sans arrêt. Enfin toutes ces choses là, on ne nous apprend pas les répercussions de ce que l'on fait. Moi c'est ce que je dis souvent, on est complètement euh... On plane, on est au dessus de la réalité quoi. Bon avec le temps on arrive à se rapprocher un petit peu mais je trouve qu'on est toujours un peu loin.

Moi : Ok et après pendant ta future carrière t'aimerais avoir, faire des choses sur la relation médecin patient ?

Sujet 10 : Bah ce serait intéressant, mais je pense ce serait surtout intéressant de, d'élargir les intervenants. Voilà, prendre des infirmières, prendre des gens qui vivent ça. Pas de gens qui croient le vivre. C'est comme les gens qui font de la santé publique, ils sont dans leur bureau, et qui nous disent : « Il ne faut pas faire ci, il ne faut pas faire ça ». Enfin je veux dire non, il faut quelqu'un qui soit dans un service, enfin on ne peut pas apprendre à quelqu'un à faire de la chirurgie si on a plein de diplômes est qu'on a jamais ouvert quelqu'un quoi. Bah là, c'est la même chose, on ne peut pas apprendre la relation médecin malade si on n'est jamais en contact avec des malades, si ce n'est on leur fait des prescriptions et c'est les infirmières qui le font. Je pense que ce serait intéressant, que des infirmières, que... Alors pas forcément que des infirmières mais des aides soignants, des gens qui sont en relation avec des malades. Bon après c'est un petit peu difficile parce qu'ils n'ont pas forcément la capacité ou l'habitude de transmettre ça, alors en plus il y a des médecins, alors ce serait railleurie et compagnie, mais ce serait intéressant que des personnes qui ont la capacité à transmettre ça puissent le faire. Mais des gens qui soient sur le terrain. Pas des médecins. Enfin si, il y a des médecins qui savent le faire, mais pas « que » des médecins. Ça c'est un truc, je n'ai jamais compris pourquoi c'était aux médecins de nous apprendre la relation médecin-malade. (Ironique :) Bah oui apprendre à mal faire quoi. (Je souris). Bah ouais, mais c'est ça, apprendre à être brutal avec un patient etcetera. Enfin voilà.

Moi : Ok ça marche, bah écoute on va en rester là, merci à toi pour ton énergie dans cette interview !

LACROIX Brice

Dans quelle mesure l'observation des comportements relationnels des médecins seniors avec leurs patients, enseigne-t-elle la relation médecin-patient aux étudiants ?

Etude qualitative menée auprès d'internes de médecine générale de Lyon à partir d'entretiens semi-dirigés.

Nbr f.166, ill.10, tabl.2, fig.2 enc.6

Th. Méd. : Lyon 2014 ; n°

RESUME:

Contexte : Responsables d'enseignements, pouvoirs publics, associations de malades s'accordent sur l'importance d'une formation à la relation des étudiants en médecine. Des attitudes et habiletés médicales telles qu'être empathique, conseiller, expliquer positivement, rassurer, encourager à des changements de comportement, prendre en compte attentes et représentation, ont montré une efficacité sur des critères cliniques objectifs.

Objectif : L'objectif de ce travail est d'explorer ce que les étudiants apprennent dans le domaine de la relation médecin-patient, en réponse à ce qu'ils ont observé auprès de leurs maîtres. Comment ces étudiants réagissent à ces observations ? Comment cela les a fait évoluer dans leur pratique ?

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative de type entretiens semi-dirigés, menée auprès de 10 internes de médecine générale de Lyon ayant une expérience hospitalière et ambulatoire.

Résultats : L'observation de médecins en action par les étudiants est riche d'enseignement sur la relation médecin-patient. Les médecins seniors sont des modèles de rôle exerçant une influence souvent inconsciente au sein d'un curriculum dit « informel » ou « caché ». Les étudiants apprennent et se questionnent à leur contact aussi bien sur les aspects relationnels que sur leurs attitudes, leur professionnalisme ou leurs techniques de communication. Les étudiants estiment qu'une certaine maturité est nécessaire à la compréhension de l'importance de cette relation.

Conclusion : Malgré les mises en garde d'un certain nombre d'auteurs quant aux curriculum informel et caché et à leurs effets néfastes, notre étude rappelle que les étudiants apprennent nombre de compétences et habiletés jugées comme bonnes à l'observation de médecins qui ont, heureusement, pour la plupart, d'évidentes qualités humaines. Il paraît important de développer la réflexivité des étudiants quant à leurs expériences relationnelles observées et vécues au cours de leur cursus.

MOTS CLEFS:

Relation médecin-patient, enseignement, modèle de rôle, curriculum informel, curriculum caché.

JURY:

Président : Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Membres : Monsieur le Professeur Vincent PIRIOU

Monsieur le Professeur Gilles FREYER

Madame le Docteur Corinne PERDRIX

DATE DE SOUTENANCE:

Le 21 janvier 2014