



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Apprentissage de la compétence professionnelle en médecine générale :
évaluation des besoins des ex-internes.**

Présentée et soutenue publiquement le 19 mai 2016 à 18h00
au Pôle Formation
par **Emmanuelle HENNION**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Monsieur le Professeur Marc Lambert

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Denis Deleplanque

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

Avertissement	2
Remerciements	4
Table des matières	7
Liste des abréviations	9
Résumé	10
Introduction	11
Matériels et méthodes	12
I. La recherche documentaire	12
II. Champ de recherche	13
III. Type d'étude	14
IV. Recueil des données	15
V. Analyse par théorisation ancrée	20
VI. Objectif secondaire	22
Résultats	23
I. Caractéristiques des entretiens et de la population étudiée	23
II. Résultats généraux de la théorisation ancrée	26
III. Résultats détaillés de la théorisation ancrée	31
A. Besoin de savoirs théoriques adaptés à la médecine générale	32
B. Besoin d'adaptabilité	36
C. Besoin de savoir gérer le colloque singulier	43
D. Besoin de savoirs pratiques « de terrain »	49
E. Besoin de savoir repérer et gérer l'urgence	53
F. Besoin d'assurance	55
G. Besoins spécifiques liés au statut de remplaçant	57
H. Besoin d'expérience	60
IV. Modélisation et théorisation ancrée sur les données	65
V. Résultats de l'objectif secondaire	67
Discussion	70
I. Rappel des résultats	70
II. Validité interne : limites et forces de l'étude	71
III. Validité externe : Discussion des résultats principaux	73
IV. Discussion des résultats secondaires : besoins dont les objectifs d'apprentissage figurent dans le programme du DES	78
V. Discussion des résultats secondaires : besoins dont les objectifs d'apprentissage ne figurent pas dans le programme du DES	85
VI. Apports de cette étude	88
VII. Perspectives	89
Conclusion	91
Références bibliographiques	92
Annexes	97
Annexe n°1. Guide des entretiens individuels et collectifs	97
Annexe n°2. Questionnaire initial	112
Annexe n°3. Verbatim des entretiens collectifs et individuels.	114
Annexe n°4. Poster présenté au congrès du CNGE.	310

Annexe n°5. Liste des codes concernant la catégorie : besoin de savoirs théoriques adaptés à la médecine générale.	312
Annexe n°6. Liste des codes concernant la catégorie : besoin d'adaptabilité.....	318
Annexe n°7. Liste des codes concernant la catégorie : besoin de savoir gérer le colloque singulier.	321
Annexe n°8. Liste des codes concernant la catégorie : besoin de savoirs pratiques de terrain.....	328
Annexe n°9. Liste des codes concernant la catégorie : besoin de savoir repérer et gérer l'urgence.	334
Annexe n°10. Liste de codes concernant la catégorie : besoin d'assurance.	335
Annexe n°11. Liste des codes concernant la catégorie : besoins spécifiques liés au statut de médecin remplaçant.	337
Annexe n°12. Liste des codes concernant la catégorie : besoin d'expérience. ..	338
Annexe n°13. Marguerite des compétences (CNGE).	340
Annexe n°14. Roulette combinatoire de la communication professionnelle en santé.....	341

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD :	Affection de longue durée
APA :	Allocation personnalisée d'autonomie
CCAS :	Centre communal d'action sociale
CFMC :	Collège des médecins de famille du Canada (<i>CFPC: the college of family physicians of Canada</i>)
CLIC :	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CNGE :	Collège national des généralistes enseignants
DES :	Diplôme d'études spécialisées
HAD :	Hospitalisation à domicile
HDT :	Hospitalisation à la demande d'un tiers (Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers)
TCEM :	Troisième cycle d'études médicales
SASPAS :	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
WONCA :	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians.

RESUME

Introduction

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les besoins des ex-internes en termes d'apprentissage de la compétence professionnelle en médecine générale. L'objectif secondaire était de comparer ces besoins aux objectifs du programme du DES de médecine générale de Lille 2.

Matériel et méthodes

Une étude qualitative a été conduite par entretiens collectifs puis individuels semi-dirigés. Les médecins généralistes recrutés devaient exercer en libéral dans le Nord Pas de Calais et avoir terminé leur DES après 2004. L'intégralité des entretiens a été retranscrite, anonymisée et triangulée. L'analyse par théorisation ancrée a permis de répondre à l'objectif principal, à l'aide du logiciel NVivo.

Résultats

20 participants ont été interrogés entre novembre 2014 et janvier 2016. La saturation des catégories a été confirmée au cinquième entretien individuel. 8 catégories de besoins ont résulté de l'analyse : les besoins de savoirs théoriques médicaux adaptés à la médecine générale, de savoirs pratiques de terrain, de savoir repérer et gérer l'urgence, d'assurance, d'expérience, de savoir gérer le colloque singulier, d'adaptabilité et les besoins spécifiques liés au statut de remplaçant. La modélisation de ces besoins révélait un ensemble cohérent, par les interactions qui les reliaient. Les compétences communicationnelles et relationnelles, sous thème du besoin de savoir gérer le colloque singulier correspondaient à un besoin central. Ces besoins étaient pour la plupart retrouvés dans les objectifs du programme du DES de médecine générale de Lille 2.

Conclusion

Ces besoins sont des problématiques des médecins généralistes retrouvées dans la littérature. Des perspectives pédagogiques d'apprentissage des compétences communicationnelles pourraient être inspirées des travaux canadiens.

INTRODUCTION

La société fait le constat d'une médecine générale en crise (1). Les jeunes générations d'étudiants en médecine délaissent la filière médecine générale. Une minorité des jeunes diplômés de cette discipline exerce finalement en libéral (2).

La médecine générale gagne des combats. La discipline connaît aujourd'hui une profonde et réelle mutation dans sa pratique et dans son enseignement, ainsi qu'un développement de la recherche. La création des pôles et maisons de santé, le développement des logiciels métiers témoignent de cette effervescence. Dans l'enseignement, le diplôme d'études spécialisées de médecine générale et la filière universitaire ont été créés respectivement en 2004 et 2006 (3). En 2014, la création d'une sous-section de médecine générale au Conseil National des Universités a été une reconnaissance de la discipline depuis longtemps attendue. La revue *Exercer*¹ publie de plus en plus de travaux de recherche effectués en soins primaires. Elle est le reflet d'une recherche de pertinence accrue dans la pratique du médecin généraliste. Le décret paru en février 2015 relatif au temps de travail des internes vient à point pour leur permettre de se former dans ce sens. Il leur consacre une demi-journée par semaine de « temps personnel de consolidation de ses connaissances et compétences, que l'interne utilise de manière autonome » (4).

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer les besoins en termes de compétence professionnelle des jeunes médecins généralistes remplaçants ou installés, exerçant dans les départements Nord et Pas-de-Calais, et sortis du DES de médecine générale à partir de 2004. L'objectif secondaire était de comparer ces besoins aux objectifs du programme du DES de médecine générale accessibles sur le site internet de la faculté de médecine de Lille 2 (5).

¹ *Exercer*, la revue francophone de médecine générale a été créée en juin 1989 par l'Institut Français pour l'Etude et le Développement de la Médecine Générale (IFED-MG) et est actuellement sous la responsabilité du Collège National des Généralistes Enseignants.

MATERIELS ET METHODES

I. LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

L'existence de thèses concernant les besoins persistants à l'issue du SASPAS et les difficultés des jeunes généralistes remplaçants a été recherchée dans le catalogue SUDOC².

La recherche documentaire initiale a été réalisée à l'aide des moteurs de recherche CISMef³, Google et Google Scholar, et sur les sites internet *pedagogie-medicale.org*, de la revue *Exercer* et CAIRN.info⁴. Les mots-clés suivants ont été utilisés : « SASPAS », « SASPAS + redevance pédagogique », « médecins généralistes remplaçants + difficultés », et « jeune médecin généraliste + difficultés ». Les références des bibliographies des thèses ont également orienté les recherches.

² SUDOC : Système Universitaire de recherche et de Documentation.

³ CISMef : Catalogue et Index des Sites Medicaux de langue Française.

⁴ CAIRN.info : Site de diffusion des revues des sciences humaines et sociales.

II. CHAMP DE RECHERCHE

Le SASPAS a été évalué de nombreuses fois. Il a été évalué par les internes et/ou les maîtres de stage en 2004 et 2005 à Limoges, Angers, Rouen, Bordeaux, Nantes, et Marseille. Leurs références sont à retrouver dans la thèse d'Elise Riopel de Créteil en 2004 (6). Il a été évalué à Poitiers en 2014 (7).

Peu d'études se sont intéressées aux jeunes médecins généralistes en exercice. Une thèse en 2012 a comparé les compétences ressenties des internes ayant fait un SASPAS ou non (8). Deux autres études dont une sur le sentiment « d'être prêt à exercer » ont interrogé des jeunes généralistes remplaçants, au-delà des internes (9-10).

Ces recherches ont mené le chercheur à participer aux rencontres nationales du Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants⁵ en octobre 2014. Il s'en est servi comme échantillon-test. Il a interrogé aléatoirement des jeunes médecins généralistes sur les difficultés rencontrées au début de leurs expériences professionnelles. Les réponses obtenues validaient la pertinence d'une telle question de recherche.

⁵ Le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants, est une intersyndicale fédérant 15 structures régionales adhérentes, créée en novembre 2009 (ReAGJIR).

III. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés collectifs et individuels. L'analyse qualitative permet d'explorer un phénomène et d'en donner du sens. Elle se prête à l'exploration et à la compréhension des expériences et des situations pragmatiques plus ou moins complexes (non mesurables objectivement). Dans ce type d'étude, le raisonnement est inductif. Pour assurer la scientificité de la démarche, des règles méthodologiques pour la conduite des entretiens ont été suivies (11). La méthodologie utilisée pour l'analyse est la théorisation ancrée (12).

Les principales caractéristiques de l'analyse par théorisation ancrée, d'après le Dr Hennebo, sont mentionnées ci-dessous (12) :

- « - *Il s'agit d'une méthode inductive.*
- *Le sujet précis de la recherche ne peut être déterminé au préalable. Seul un champ de recherche est prédéfini.*
 - *Il n'y a pas de revue de la littérature au préalable.*
 - *Vous devez vous astreindre à suspendre vos acquis, votre connaissance.*
 - *Les résultats sont ancrés dans les données.*
 - *Il y a un aller-retour constant, un continuum entre la collecte et l'analyse des données.*
 - *On ne peut définir au préalable le nombre d'entretiens qui seront menés.*
 - *Il y a trois niveaux de codage.*
 - *Définitions de l'échantillonnage initial, de l'échantillonnage théorique et de la saturation.*
 - *Définition des mémos.*
 - *Elle utilise la méthode de la comparaison continue. »*

IV. RECUEIL DES DONNEES

Chercheur principal

Le chercheur principal venait de terminer le cursus d'interne de médecine générale au début de l'étude.

Organisation des entretiens collectifs (ou groupes de discussion focalisée)

« Cette technique d'entretien repose sur la dynamique de groupe, elle permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences (...). Cette méthode de recueil de données permet d'évaluer par exemple les expériences, les besoins, les attentes, et les représentations des participants. » (11).

Organisation d'entretiens individuels

Des entretiens individuels ont aussi été organisés pour confirmer ou compléter ce qui a été exploré dans les premiers entretiens collectifs.

Choix des participants

Les critères d'inclusion étaient :

- Médecin généraliste remplaçant ou installé
- Exerçant dans les départements du Nord et/ou du Pas-de-Calais
- Et ayant terminé leur DES en 2004 ou après.

Recrutement des participants aux entretiens collectifs

Le chercheur principal a recruté les participants de façon variable et raisonnée. Il les a contactés par courriel associatif (courriel aux adhérents de l'association NorAGJIR⁶) avec un lien Doodle, par téléphone, et par courriel aux anciens étudiants du Département de médecine générale de la faculté de Lille 2 entre 2007 et 2013. Les participants avaient accepté de répondre à un des entretiens individuels ou collectifs de façon indifférenciée. Les raisons des non-réponses n'ont pas été étudiées. Les participants savaient que l'étude s'intégrait dans le cadre d'une thèse de médecine générale et qu'ils répondraient sur le sujet du vécu des jeunes médecins généralistes installés et remplaçants ayant terminé leur internat en 2004 ou après. Ils ne connaissaient ni l'animateur, ni le chercheur principal.

⁶ NorAGJIR est une structure régionale (ancienne région) de ReAGJIR.

Recrutement des participants aux entretiens individuels

Le chercheur principal a recruté les participants de façon variable et raisonnée, en recherche de variations maximales pour la durée d'expérience et le projet professionnel. Trois des participants étaient des connaissances personnelles du chercheur principal. Un participant avait été recruté par une connaissance du chercheur. Un autre était issu du recrutement initial pour les entretiens collectifs.

Fin du recrutement

Le recrutement a cessé en raison de l'échéance de l'étude.

Guide d'entretien

Un guide d'entretien évolutif a été établi (annexe n°1).

Déroulement des entretiens

Un questionnaire a été distribué à chaque participant en début d'entretien pour recueillir leurs caractéristiques sociodémographiques (annexe n°2). Les réponses aux questionnaires n'ont pas été divulguées. L'accord des participants pour l'enregistrement a été demandé en début d'entretien. Les entretiens étaient semi-dirigés.

Les entretiens collectifs se sont déroulés au domicile du chercheur principal. L'animateur des entretiens collectifs n'était pas médecin. Il s'est appuyé sur le guide d'entretien pour structurer l'interrogation mais n'orientait pas les réponses. Le chercheur principal était observateur des entretiens collectifs. Il n'y avait personne d'autre que les participants, le chercheur et l'animateur. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et d'une caméra. Les notes prises pendant l'entretien permettaient de communiquer entre le chercheur et l'animateur afin d'équilibrer les prises de paroles et d'approfondir certaines idées non développées.

Les entretiens individuels ont été réalisés et enregistrés par Skype⁷. Ils étaient semi-dirigés par le chercheur principal.

Transcription des données

L'intégralité du contenu des entretiens a été retranscrite. Toutes les données ont été anonymisées. Le document obtenu suite à la retranscription est appelé verbatim. Chaque

⁷ Skype est un logiciel gratuit qui permet aux utilisateurs de passer des appels téléphoniques ou vidéo via Internet, ainsi que le partage d'écran. Les appels d'utilisateur à utilisateur sont gratuits.

verbatim est à retrouver en annexe n°3. Aucune transcription n'a été retournée aux participants pour correction. Cependant quelques questions par courriel ont été posées aux participants pour confirmer le sens de certaines de leurs phrases au moment du codage.

Evolution de la question de recherche et du guide d'entretien

La figure M&M-IV.1 illustre le déroulement de l'étude, et l'évolution de l'objectif, de la question de recherche, et du guide d'entretien.

L'objectif est ce que le chercheur principal veut montrer. La question de recherche est le moyen d'y parvenir. La réponse à la question de recherche permet d'atteindre l'objectif.

1. Objectif et question de recherche initiaux

L'objectif était d'améliorer la construction du projet professionnel et la formation professionnelle des futurs internes de médecine générale en regard des difficultés rencontrées par les ex-internes.

La question de recherche utilisée pour les entretiens collectifs portait sur le vécu du début de carrière des jeunes médecins généralistes..

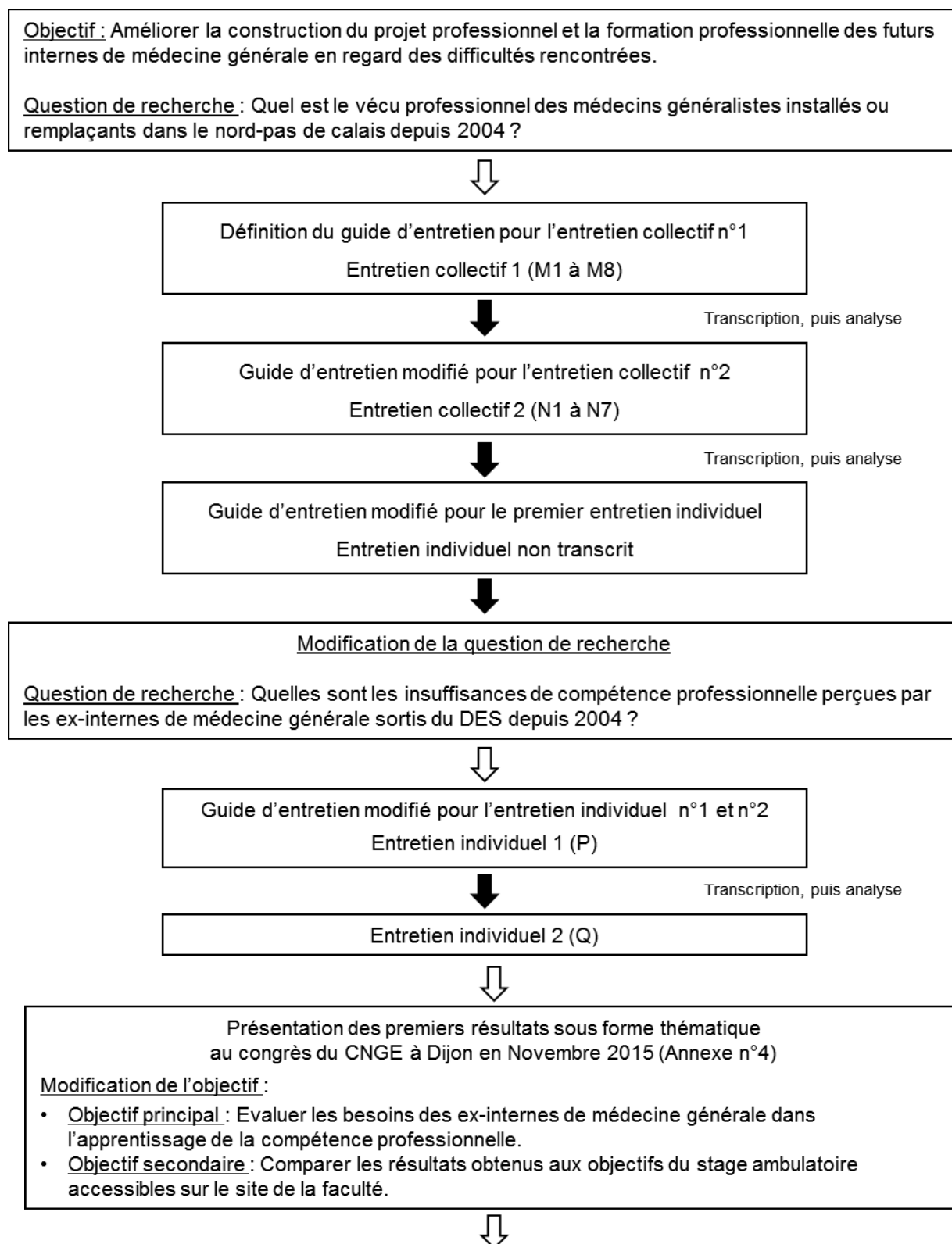
Un entretien individuel après les entretiens collectifs a conduit à réduire l'objectif et cibler la question de recherche. Il n'a pas été retranscrit.

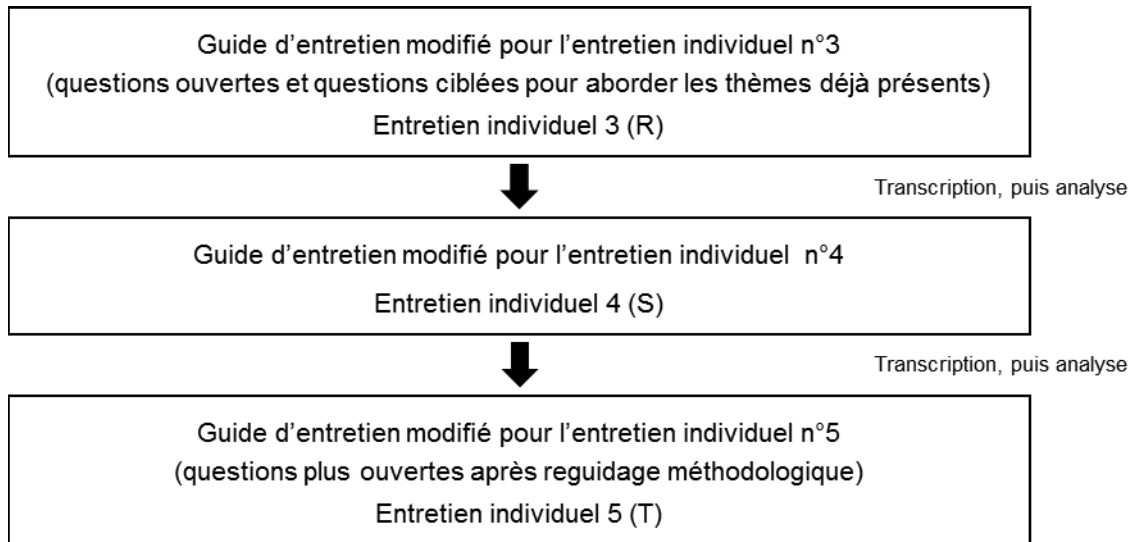
2. Objectif et question de recherche modifiés

L'objectif était d'évaluer les besoins des ex-internes dans leur apprentissage de la compétence professionnelle en médecine générale.

La nouvelle question de recherche guidant les entretiens individuels suivants ciblait les insuffisances de compétence professionnelle perçues par les ex-internes dans leurs débuts.

Figure M&M-III.1. Déroulement de l'étude, et évolution de l'objectif, de la question de recherche, et des guides d'entretien.





V. **ANALYSE PAR THEORISATION ANCREE**

Les étapes de la démarche analytique sont : le codage ouvert, le codage axial, la mise en relation, la modélisation et la théorisation ancrée dans les données.

Le codage ouvert

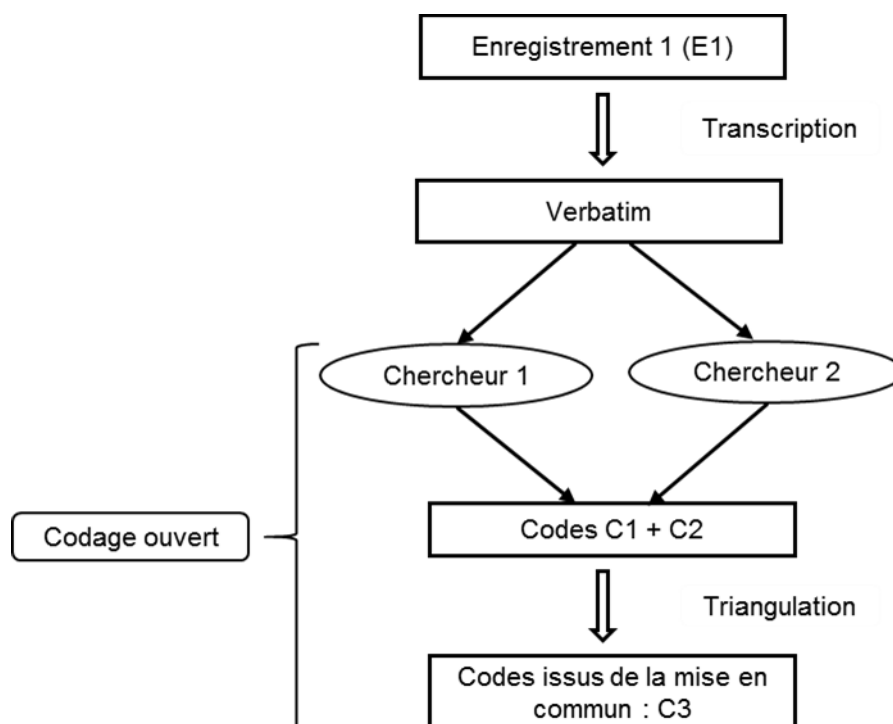
Codification initiale : Le découpage des verbatim en unités de sens a été réalisé de façon indépendante par deux chercheurs à l'aide de deux logiciels QSR-NVivo.

La triangulation des données : les codes ont été triangulés pour limiter le biais de subjectivité de l'analyse. Les codes ont été mis en commun et un accord a été convenu pour chacun d'entre eux. Lorsqu'il y avait un désaccord, soit le code était modifié pour obtenir l'accord, soit le texte n'était pas encodé lorsque l'accord entre les deux parties n'était pas obtenu. La triangulation a été permise par des chercheurs indépendants qui se sont relayés entre les entretiens : une thésarde en médecine générale avec un projet professionnel hospitalier, un interne de médecine interne, un thésard en médecine générale, et deux professeurs dans l'enseignement secondaire.

La codification initiale et la triangulation des données sont illustrées dans la figure M&M-V.1 (13-14).

Le codage axial

Le chercheur principal détermine les catégories. Les codes ouverts sont assemblés selon leur thématique et hiérarchisés à l'intérieur de plus grands thèmes qui forment les catégories. Les codes ouverts sont alors les propriétés des catégories.

Figure M&M-V.1. Recueil et codification des données.

Mise en relation et intégration (codage théorique)

Les catégories sont mises en relation et les liens ou interactions sont décrits.

Modélisation et théorisation ancrée

On tente de reproduire la « dynamique du phénomène analysé ». La théorisation consiste « en une tentative de reconstruction minutieuse et exhaustive de la « multi-dimensionnalité » et de la multi-causalité du phénomène étudié » (12).

VI. OBJECTIF SECONDAIRE

Dans une seconde partie, les catégories créées ont été comparées au programme du DES par le chercheur principal.

RESULTATS

I. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS ET DE LA POPULATION ETUDIEE

A. Participants

Les données de 20 participants ont été analysées : plutôt des femmes, trentenaires, remplaçantes, et qui avaient effectué leur TCEM à la faculté de médecine de Lille 2. La plupart avait commencé à remplacer avant la fin de leur TCEM. La moitié avait effectué un SASPAS. Ils avaient entre 1 mois et 6 années d'expérience de remplacements. Ces participants n'étaient pas connus personnellement du chercheur (16/20). Leurs caractéristiques sociodémographiques et leur cursus universitaire sont détaillés dans le tableau R-I.1. Les caractéristiques de leur expérience et de leur projet professionnel sont détaillées dans le tableau R-I.2. Les participants seront appelés intervenants.

B. Entretiens

Les entretiens ont eu lieu entre Novembre 2014 et Janvier 2016. Deux entretiens collectifs puis 5 entretiens individuels ont été réalisés. Aucune nouvelle catégorie⁸ n'a émergé au 5ème entretien individuel. La saturation des données⁹ de chaque catégorie n'a pas été obtenue. La durée des entretiens collectifs était de 2 heures 45. La durée moyenne des entretiens individuels était de 1 heure 10.

⁸ La catégorisation est « l'opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'éléments déjà codifiés sous la forme de catégories » (15).

⁹ La saturation des données est le « terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse. » (16).

Tableau R-0-1. Caractéristiques sociodémographiques et du cursus universitaire des intervenants.

	Sexe	Age (Ans)	Profession parentale libérale	Statut professionnel actuel	Faculté de formation du TCEM	Date de fin du TCEM	SASPAS	Activité syndicale
M1	F	30	Non	Remplaçant	Lille 2	Nov. 2012	Oui	Non
M2	F	29	Oui	Installé Col. ¹⁰	Lille 2	Nov. 2011	Oui	Oui
M3	M	35	Non	Remplaçant	Paris V	Nov. 2012	Non	Oui
M4	F	33	Non	Remplaçant	Lille 2	Nov. 2007	Oui	Non
M5	F	30	Oui	Remplaçant	Lille 2	En cours	Oui	Oui
M6	F	30	Oui	Remplaçant	Lille FLM ¹¹	Nov. 2011	Oui	Non
M7	F	32	Non	Remplaçant	Lille 2	Mai 2012	Oui	Non
M8	F	31	Non	Remplaçant	Lille 2	Nov. 2011	Non	Non
N1	M	31	Oui	Remplaçant	Lille 2	Nov. 2011	Non	Non
N2	F	28	Non	Installé Col.	Lille 2	Nov. 2009	Oui	Non
N3	M	33	Non	Remplaçant	Lille 2	Nov. 2011	Non	Non
N4	F	32	Non	Remplaçant	Lille 2	Mai 2013	Non	Non
N5	F	28	Non	Remplaçant	Lille 2	Nov. 2012	Oui	Non
N6	M	28	Oui	Remplaçant	Lille 2	Nov. 2013	Non	Non
N7	F	28	Non	Remplaçant	Lille 2	Nov. 2013	Oui	Non
P	F	33	Oui	Remplaçant	Lille 2	Mai 2011	Non	Non
Q	F	30	Non	Remplaçant	Lille 2	Nov. 2015	Non	Non
R	M	36	Non	Installé	Lille 2	Nov. 2007	Oui	Oui
S	M	28	Non	Remplaçant	Lille 2	Nov. 2015	Non	Non
T	M	34	Non	Installé Col.	Lille 2	Nov. 2008	Oui	Non

Col. : collaborateur.

¹⁰ Le médecin collaborateur libéral exerce auprès du médecin avec lequel il collabore. Ce statut existe depuis 2005. Ils sont liés par un contrat. Ce n'est ni un remplaçant, ni un associé. Il a la possibilité de développer sa propre clientèle, tout en demeurant astreint à suivre, pour une partie, la clientèle du médecin avec lequel il collabore (16).

¹¹ Lille FLM : Faculté Libre de Médecine de Lille.

Tableau R-0-2. Caractéristiques de l'expérience professionnelle et du projet professionnel des intervenants.

	Premier remplacement avant fin TCEM	Expériences cumulées* (mois)			Lieu d'exercice principal	Cabinet de groupe	Projet professionnel	Projet universitaire
		Remplaçant	Collaborateur	Installé				
M1	Non	13-24	-	-	SR + U	Oui	Installation	MSU
M2	4 ^{ème} sem.	25-37	3-6	-	SR+U	Oui	Installation	MSU
M3	Non	13-24	-	-	U	Non	Installation	Ens.
M4	6 ^{ème} sem.	25-37	-	-	SR	Non	Installation	MSU
M5	4 ^{ème} sem.	6-12	-	-	SR	Oui	Méd. humanitaire	Non
M6	6 ^{ème} sem.	25-37	-	-	SR + U	Non	Remplacements	Non
M7	Non	13-24	-	-	SR + U	Oui	Remplacements	Non
M8	Non	13-24	-	-	SR	Oui	Installation	Non
N1	5 ^{ème} sem.	13-24	-	-	SR + R	Non	Remplacements	Non
N2	6 ^{ème} sem.	13-24	7-12	-	U	Oui	Installation	Ens.
N3	Non	13-24	-	-	U	Oui	Hospitalier et libéral	Non
N4	5 ^{ème} sem.	6-12	-	-	U	Oui	Installation	MSU
N5	6 ^{ème} sem.	6-12	-	-	R	Oui	Installation	MSU
N6	4 ^{ème} sem.	6-12	-	-	R	Non	Installation	MSU
N7	6 ^{ème} sem.	4-6	-	-	U	Oui	Installation	Non
P	4 ^{ème} sem.	25-37	-	-	SR + U	Oui	Installation	MSU
Q	Non	6-12	-	-	U + R	Oui	Remplacements	Non
R	Non	64-72	7-12	1-3	SR	Non	Installation	MSU
S	4 ^{ème} sem.	1-3	-	-	U	Non	Hospitalier	Non
T	6 ^{ème} sem.	64-76	13-24	-	SR	Oui	Installation	MSU

* Cette triple colonne décrit la durée d'expérience de remplacement, la durée d'expérience de collaboration, et la durée d'expérience d'installation indépendante (non collaboratrice), Sem. : semestre. Méd. : médecine. MSU : Maitre de stage universitaire. Ens. : enseignant universitaire. U : urbain. R : rural. SR : semi-rural.

II. RESULTATS GENERAUX DE LA THEORISATION ANCREE

A. Résultats du codage ouvert

L'analyse des données a fourni 461 codes ouverts¹² issus de l'expérience des intervenants en lien avec l'objectif.

B. Résultats du codage axial

L'ensemble des codes ont été rassemblés en 8 catégories¹³ de besoins de compétence professionnelle¹⁴.

Les catégories de besoins issues des données étaient :

- Besoin de savoirs théoriques adaptés à la médecine générale
- Besoin d'adaptabilité
- Besoin de savoir gérer le colloque singulier
- Besoin de savoirs pratiques « de terrain »
- Besoin de savoir repérer et de gérer l'urgence
- Besoin d'assurance
- Besoins spécifiques liés au statut de remplaçant
- Besoin d'expérience

Chacune des 8 catégories est développée dans les chapitres suivants.

C. Mise en relation des catégories

La mise en relation des catégories est illustrée par les figures.

1. Guide de lecture des figures

Les figures représentent le codage axial et la mise en relation des catégories. Certains codes eux-mêmes réalisent des interactions ou des liens entre les catégories, il s'agit de codes-liens. Ils sont représentés par les flèches.

¹² La codification est l'opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes [paroles recueillies] en une première formulation signifiante [code] « dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun » (15).

¹³ La catégorisation est « l'opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'éléments déjà codifiés sous la forme de catégories » (15).

¹⁴ Mot clé MESH : la compétence professionnelle est la capacité à exécuter les obligations de sa profession, ou à exécuter une tâche professionnelle particulière, avec une adresse et une qualité acceptable.

Les figures permettent de visualiser les réponses aux questions suivantes :

- Quelles sont les catégories et les sous-thèmes les plus en interaction avec les autres ?
- Quel est le type de lien créé ? Interaction ou dépendance ? (Sens de la flèche)
- Quelle connotation de la catégorie est exprimée ? La catégorie est-elle utile ou nécessaire ? Est-elle dépendante d'autres catégories ? (Couleur de remplissage)
- Par qui et comment a été créé le code-lien ? Les chercheurs ou les intervenants ? Est-ce que le code-lien a été expérimenté ou simplement énoncé ? (Couleur du contour)

a) Quelles sont les catégories et les sous-thèmes les plus en interaction avec les autres ?

- Les interactions ont été représentées par des flèches.
- Toutes les interactions créées entre les catégories grâce aux codes-liens ont été illustrées par un exemple.
- Chaque figure est constituée d'un ou de deux éléments centraux. Ces éléments centraux sont des aspects importants dont on souhaite présenter les interactions. Il s'agit soit d'une catégorie, soit de l'un de ses sous-thèmes (pour mieux visualiser les interactions). Parfois c'est une idée importante du sous-thème qui a été individualisée à cause de ses nombreuses interactions.
Par exemple, le besoin de gérer le temps est un sous-thème de compétences organisationnelles qui appartient à la catégorie savoirs pratiques de terrain, comme le travail en réseau, les connaissances de l'aspect entreprise médicale, et les connaissances juridiques (celles-ci ne sont pas représentées dans les figures car ont peu été décrites).
- La légende des couleurs des catégories est représentée dans la figure R-II.1.

b) Quel est le type de lien qui a été créé ?

Le type de lien créé est illustré par l'orientation de la flèche :

- Double flèche : besoin mixte ou relation de cause à effet.
 - Le code est un besoin mixte c'est-à-dire qu'il sollicite des compétences de deux catégories : une expérience demande à mobiliser en même temps deux catégories différentes (ou sous-thèmes) de compétences professionnelles.
Par exemple, « Décider de l'orientation dans l'incertitude » nécessite de savoir repérer et gérer l'urgence et de s'adapter à l'incertitude du tableau clinique atypique (besoin mixte entre besoin de savoir repérer et gérer l'urgence et besoin d'adaptabilité).

- Ou le code est une relation de cause à effet sur une autre catégorie de besoin (interaction).

Par exemple, le code-lien « Analyser le patient permet de gagner du temps en consultation » est une relation de cause à effet décrite par le participant entre le besoin d'adaptabilité et le besoin de gérer le temps.

- Flèche à sens unique : lien de dépendance entre deux catégories.

Des compétences d'une catégorie dépendent de compétences d'une autre catégorie. Cela peut être une expérience qui mobilise une catégorie de compétences pour répondre à une autre catégorie de compétences. *Par exemple, le code-lien « Nécessité parfois d'imposer sa décision dans certaines situations d'urgence » est un lien de dépendance entre la catégorie besoin d'assurance et la catégorie besoin de savoir gérer l'urgence.*

- c) Quelle connotation de la catégorie est exprimée ?

La connotation de la catégorie « utile » et/ou « dépendante » rapportée par le code-lien est illustrée par la couleur de remplissage de la flèche.

- Couleur de remplissage verte : La **catégorie utile** est à l'**origine de la flèche verte** (B1). La catégorie B1 est utile à la catégorie B2 indiquée par la flèche. Le code-lien est un exemple où B1 est utile, voire nécessaire à B2. L'exemple est souvent la solution proposée ou utilisée dans l'expérience racontée.

*Par exemple, le code « Analyser le patient et adapter son discours » (besoin qu'avait exprimé N6) a permis de créer l'interaction suivante : acquérir des compétences communicationnelles et relationnelles **est utile** au besoin d'adaptabilité au patient.*

- Couleur de remplissage rouge : la **catégorie indiquée par la flèche rouge est nécessaire** par nature ou parce qu'elle a été nécessaire à cause d'autres difficultés (répercussion de difficultés). Le code-lien est un exemple de difficulté rencontrée qui nécessitait un nouveau besoin, ou qui se répercutait sur une autre catégorie de **besoin**. L'origine de la flèche rouge B1 est la catégorie qui nécessite la compétence B2. Le code-lien est soit la difficulté rencontrée soit l'outil utilisé issu de la catégorie B2.

*Par exemple, « Les difficultés logistiques **rajoutent à la difficulté** de gérer son temps pour une consultation d'un quart d'heure » est un code qui connecte le besoin de connaissances dans l'aspect entreprise médicale (Besoin de savoirs pratiques de terrain) et le besoin de gérer son temps (qui fait partie des compétences organisationnelles).*

d) Qui et comment a été créé le code-lien ?

Le lien a été créé par les intervenants eux-mêmes ou par les chercheurs. Cette information est apportée par la couleur du contour de la flèche.

- **Orange** : le code rapporte une situation vécue par le participant, qui faisait intervenir deux catégories de besoin. Cela pouvait être par exemple une stratégie mise en place pour résoudre un manque dans une catégorie de compétences.

Par exemple, le code « course à l'acte » était la perception de l'expérience d'un intervenant. Ce code réalisait un lien entre l'aspect entreprise médicale [B1] et le besoin de gérer son temps [B2].

- **Rouge** : le code est issu d'un constat issu de l'expérience d'un intervenant ou une stratégie mise en place avec le recul de l'expérience (ou le cumul des expériences difficiles).

Par exemple, le code-lien « gestion financière de l'activité » indiquait une proposition d'un intervenant pour lequel grâce à la connaissance de la gestion de son entreprise médicale [B1] on peut faire moins d'actes, donc mieux « gérer son temps » [B2].

- **Bleu** : le code est un lien révélé par l'analyse. Les chercheurs ont interprété une expérience racontée par un intervenant et y ont vu un lien entre deux catégories de besoins de compétences.

Par exemple, S regrettait de ne pas connaître les spécialistes du secteur pour gérer en ambulatoire une situation de semi-urgence. Le code « manque de connaissance des réseaux de soins pour gérer l'urgence ambulatoire » était un exemple illustrant que le travail en réseau [B1] est utile à la gestion de l'urgence ambulatoire [B2] (dans l'expérience, il s'agissait d'une situation au décours de l'urgence).

2. Légende de lecture des figures et des annexes

La légende de lecture des figures est détaillée dans la figure R-II.2. Les éléments importants de l'analyse (catégories de besoins et certains sous-thèmes) sont repérables par les couleurs (figure R-II.1). Ces couleurs ont été utilisées dans toutes les figures et les annexes pour repérer les catégories ou les sous-thèmes en interaction.

Figure R-II.1. Légende des couleurs des catégories et des principaux sous-thèmes.

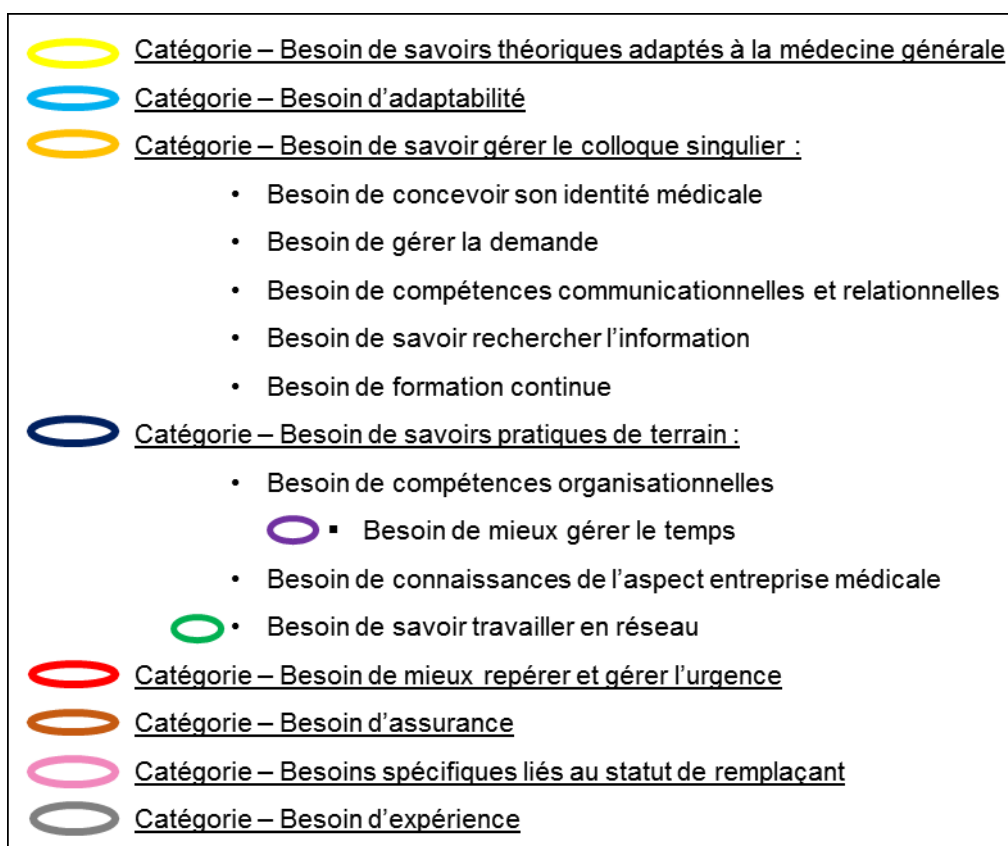
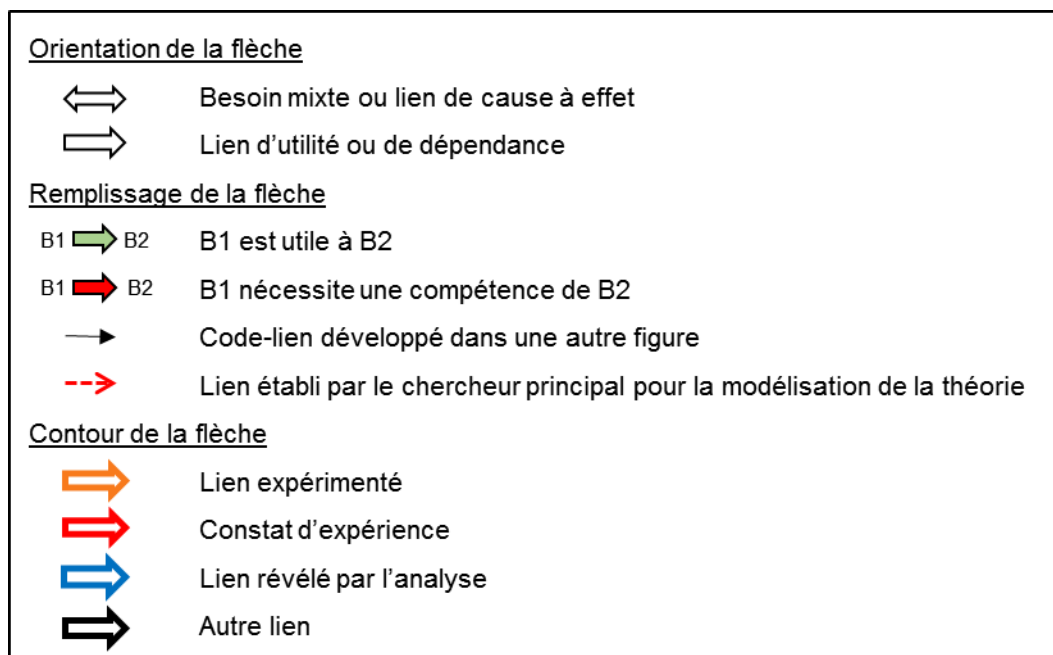


Figure R-II.2. Légende de la mise en relation des catégories.



III. RESULTATS DETAILLES DE LA THEORISATION ANCREE

Toutes les catégories de besoin sont présentées ci-après. Une ou plusieurs figures illustrent les liens qu'elles entretenaient avec les autres catégories de besoin. Les codes qui les constituent sont en annexes (5-12). Dans le corps du texte ou dans les annexes, des codes sont soulignés en couleur pour rappeler les catégories de besoins ou sous thèmes auxquels ils appartiennent.

A. Besoin de savoirs théoriques adaptés à la médecine générale

Il s'agit du besoin de savoirs médicaux adaptés à la médecine générale. Les codes étayant les sous-thèmes spécifiques de cette catégorie sont répertoriés dans l'annexe 5.

1. Connaissances inadaptées

Le manque de savoirs adaptés à la médecine générale a participé à la réorientation de R (entretien 4) : « *Donc, moi, ça ça m'embêtait parce que, parce que d'une, en sortant de l'ECN on a un volume très important de, de connaissances théoriques sur une pratique hospitalière (...) elles n'étaient pas adaptées à la médecine générale et que du coup j'avais en partie l'impression de repartir de zéro.* ». M2 proposait « *un éventail de situation-types qui est pas énorme* » pour concevoir des objectifs utiles pour les internes de médecine générale. Les intervenants étaient souvent en difficulté pour gérer des situations de consultations atypiques rencontrées en médecine générale. Cela introduit le besoin d'adaptabilité.

2. Recommandations de médecine générale

R disait dans l'entretien 4 : « *Ça m'embêtait parce que je sentais que je ne maîtrisais pas en fait. Je me suis posé la question sur le moment, je me suis dit : est-ce qu'il y a des recommandations de médecine générale que je ne connais pas, qui ont été faites sur la prise en charge euh des déficits neurologiques semi-récents en ville ? Et là, si tu veux je me suis senti confronté au fait que, que finalement tout ce que je connaissais c'était les recommandations de prise en charge pour la plupart hospitalières mais pas les recommandations de prise en charge sur euh, sur la médecine de ville.* »

3. Aspect psychologique de la médecine générale

La plupart des intervenants étaient en difficulté pour gérer l'aspect psychologique de la médecine générale (N4 ; N7 ; N3 ; N5 ; N2 ; Q ; T) :

N2 : « *Les psy (...) euh...euh...c'est pas qu'ils me mettent mal à l'aise 'fin, c'est pas qu...'fin... ça me gêne de pas savoir mieux les aider.* ». Concernant la gestion de l'aspect psychologique de la médecine générale, S disait : « *J'étais pas préparé du tout et euh... et non effectivement j'avais pas d'armes.* »

N5 : « *Euh il y a probablement un manque de formation en psy ça c'est sûr. Parce qu'à part la réponse médicamenteuse euh...on nous apprend à renvoyer sur le psy mais...mais vu que voilà pour avoir un rendez-vous en psy il faut six mois euh...* »

Pour Q, le suivi psychothérapeutique n'était pas du ressort du médecin généraliste. Cet

exemple introduisait le besoin de délimiter son champ de compétences.

4. Aspect social de la médecine générale

C'était un des premiers manques qui ressortait des entretiens collectifs.

M5 : « *Moi j'trouve que la gestion du social, on n'est pas du tout formé (...) les problèmes sociaux, l'hébergement, la précarité.*

- M6 : la précarité
- M5 : *chez qui on va envoyer pour gérer ces problèmes ?*»

Ce manque a été repris dans l'entretien collectif n°2 et dans l'entretien individuel n°1.

P : « *Il y a des gens qui sont complètement isolés. Au début, je ne connaissais pas les réseaux, les CLIC, les CCAS, ... On ne l'apprend pas forcément, du moins jusqu'à l'internat. Et après, je n'ai pas le souvenir d'avoir eu des modules en médecine générale sur tous ces réseaux sociaux qui existaient ou pas, comme les réseaux de soins.* ». Cela introduit le besoin de connaissances pour travailler en réseau.

5. Connaissances disciplinaires adaptées à la médecine générale

Le besoin de connaissances disciplinaires adaptées à la médecine générale n'était pas le même pour chacun des intervenants. Tous étaient en difficulté avec la gestion des problèmes psychiatriques : la consultation du patient dépendant, aborder le patient hypochondriaque, évaluer et prendre en charge le patient psychotique, la consultation du patient dépressif, la gestion de l'urgence psychiatrique et du certificat d'HDT.

Ces manques étaient reliés par certains intervenants à des besoins de techniques communicationnelles : pour gérer le patient hypochondriaque, ou le patient psychotique. R craignait les situations de certificats d'HDT et d'urgence psychiatrique. Il expliquait qu'il a finalement su les gérer grâce aux compétences relationnelles acquises avec l'expérience. C'est un constat permis par l'expérience qui indique que les compétences relationnelles (besoin de savoir gérer le colloque singulier) étaient utiles à la gestion de l'urgence psychiatrique.

Plusieurs intervenants étaient en difficulté pour des consultations pédiatriques. Ils étaient gênés par la clinique du nourrisson, par le contexte de la consultation (angoisse des parents), et par l'incertitude sur le suivi à domicile. Ces difficultés ont été reliées au besoin d'adaptabilité. Les autres codes de besoin de connaissances pédiatriques sont développés en annexe n°5. R se sentait compétent pour examiner un nourrisson après 3 mois de stage d'urgences pédiatriques.

Les autres besoins de connaissances disciplinaires exprimés individuellement étaient cardiologiques, dermatologiques, endocrinologiques, gynécologiques, diététiques, neurologiques, pharmacologiques, et des connaissances en soins palliatifs ambulatoires.

6. Prescriptions ambulatoires

Le besoin de connaissances en prescriptions ambulatoires concernait les thérapeutiques ambulatoires. M7 disait : « *Traitement symptomatique, moi j'ai l'impression d'avoir entendu que ça à l'internat et quand t'arrives en vrai tu fais : « C'est quoi l'traitement symptomatique ? »* » R disait dans l'entretien individuel 3 : « *L'exemple typique c'est vrai : comment soigner un rhume ; au début, j'avais peur de ça, parce que finalement on nous l'a jamais enseigné vraiment.* ». Q ne ressentait pas de manque grâce aux logiciels et aux appels du pharmacien. Ce manque de savoirs thérapeutiques était dans ce cas pallié par le travail en réseau et les compétences organisationnelles (besoin de savoirs pratiques de terrain).

Le besoin de connaissances en prescriptions ambulatoires concernait le matériel médical au domicile (M3, T). Il était en lien avec le besoin de connaissances administratives pour le patient (connaissances de l'entreprise médicale dans les savoirs pratiques de terrain). T : « *C'est savoir quels sont tes droits de prescriptions et quelles sont les limitations de prescriptions dans le matériel médical parce que tu peux te mettre en porte à faux vis-à-vis des médecins...des médecins et des pharmaciens de sécu et te retrouver avec des trucs à rembourser, euh..., parce que tu n'as pas respecté les conditions de prises en charge.* »

Le besoin de connaissances en prescriptions ambulatoires concernait aussi les soins dermatologiques, et les prescriptions paramédicales. R s'appuyait sur le travail en réseau pour mieux prescrire : « *C'est lorsqu'on rencontre les autres professionnels de santé qu'on se rend compte qu'on ne prescrit pas bien. Souvent ils se moquent de nous. Mais là où je suis...c'est vraiment là je me suis installé, on est vraiment dans une dynamique pluri-professionnelle avec...c'est un pôle de santé. Avec les échanges avec les autres professionnels de santé, c'est là qu'on se rend compte, qu'on ne prescrit pas souvent bien et...ils nous aident, souvent les autres professionnels de santé nous aident à mieux prescrire. Mais je sais que je ne prescris pas bien, pas toujours bien comme il faut.* »

7. Gestes faisables en ambulatoire

Plusieurs intervenants auraient aimé être formés aux gestes ambulatoires (M6, M7, S). R ajoutait qu'au-delà des connaissances techniques, c'était avec la pratique qu'il avait mis en place des parades pour s'adapter dans les circonstances de la consultation du nourrisson à vacciner. Cela introduit le besoin de pratique (dans besoin d'expérience).

8. Education thérapeutique

Les intervenants avaient besoin de connaissances en éducation thérapeutique (M5 ; M1 ; M6, N3, R). R indiquait que cette compétence était difficile à acquérir, même en ayant fait une formation complémentaire. N3 suggérait la supériorité d'éduquer le patient sur sa pathologie plutôt que de prescrire pour satisfaire le patient. Cela introduit le besoin de concevoir son identité médicale.

9. Rôle de santé publique

P manquait d'automatismes concernant son action de dépistage au cours de consultations pour certificat de sport. R a travaillé deux ans dans la santé publique. Il a constaté que : « *Au début [il] était pas du tout capable de (...) d'avoir conscience de [son] rôle de santé pub' en fait, santé publique.* »

10. Synthèse

Le besoin de savoirs théoriques adaptés à la médecine générale était une catégorie nécessaire. P avait besoin de mieux connaître les critères d'urgence à rechercher en consultation. Le manque de temps était selon M4 un problème de connaissances.

Cette catégorie était insuffisante. Elle entraînait de nouveaux besoins : le travail en réseau, (le manque de savoirs entraîne une demande d'avis aux spécialistes d'organes) et le besoin de formation continue (besoin de gérer le colloque singulier). Elle était complémentaire d'autres besoins de compétences : compétences communicationnelles et relationnelles (dans la catégorie besoin de gérer le colloque singulier), et compétence d'adaptabilité.

La principale difficulté pour les intervenants au début de leurs expériences professionnelles était la mise en application des théories (M5, M3, M2, M7, N1, N3).

N1 : « *Tu arrives avec ta formation théorique que tu as eue pendant tes cours, que t'as eue pendant tes ED, ta vague formation pratique que t'as eue pendant l'internat quoi que y'a quand même eu quelques bons trucs. Et puis ben tu arrives avec ça, tu te confrontes à une réalité qui ne va pas se laisser faire si j'ose dire.* »

B. Besoin d'adaptabilité

Les intervenants étaient en difficulté pour gérer le décalage entre la théorie et la pratique au début de leurs expériences professionnelles, par le contexte de la consultation, par la gestion des émotions en situation professionnelle, par une situation clinique atypique, par la gestion de l'incertitude, et par certaines réactions de patients.

Dans l'entretien individuel n°4, R évoque la notion d'adaptabilité. Il disait avoir acquis une compétence d'adaptabilité permettant de gérer les situations nouvelles : *« Après en motif médical euh...mmh...fin on peut avoir des difficultés mais c'est pas forcément un problème parce que... parce que j'ai appris à gérer toutes les...toutes les demandes j'allais dire et même si il y a une demande nouvelle que j'allais rencontrer, je sais pas après tu te sens bien dans ta pratique (...) c'est pas que des compétences relationnelles mais c'est des compétences aussi d'adaptabilité je sais pas si on peut dire ça comme ça, savoir s'adapter, savoir euh...gérer dans le temps, pas forcément à l'instant présent mais dans le temps. Voilà. »*.

La compétence d'adaptabilité serait une réponse pour gérer le décalage entre la théorie et la pratique dans les situations professionnelles qui était problématique pour les intervenants surtout à leur début. Ils avaient besoin de cette compétence d'adaptabilité. Celle-ci sera déclinée de la façon suivante, à partir des codes ouverts obtenus de l'analyse des entretiens (annexe 6) :

- Adaptabilité au contexte de la consultation
- Adaptabilité à ses émotions : gestion émotionnelle
- Adaptabilité aux situations atypiques
- Adaptabilité à la situation d'incertitude : gestion de l'incertitude
- Adaptabilité à la situation particulière du patient

Les figures R-III.B1 à B4 montrent des exemples de situations où la compétence d'adaptabilité était complémentaire aux autres catégories de besoins. Les codes-liens qui créent les connexions (flèches) dans les figures sont détaillés dans l'annexe.

1. Besoin de gérer le contexte de la consultation

La plupart des intervenants étaient en difficulté avec la gestion de la visite (N1 ; N3 ; N4 ; N5 ; T). Cette difficulté était liée au côté organisationnel et à la gestion du temps. Les autres soucis des intervenants étaient : la consultation triangulaire, l'angoisse des parents, et la demande urgente d'un patient.

2. Besoin de savoir gérer ses émotions

L'anxiété caractérisait les premières expériences professionnelles (M4 ; M5 ; M6 ; N4 ; T). Les intervenants étaient en difficulté pour gérer leurs émotions dans certaines situations professionnelles : M4 : *« J'ai dû annoncer un cancer la semaine dernière euh à une secrétaire que j'ai vue plusieurs fois, et j'ai trouvé ça bien plus dur. Parce que je la connaissais, j'ai cauchemardé la nuit, ça fait que j'l'ai suivie, et après elle a quarante et un an et... j'me suis un peu identifiée. »*. M3 avait été en difficulté à devoir gérer une situation médicale dans sa famille. Cette expérience l'a conduit à définir et énoncer ses règles et ses limites d'exercice dans sa famille : *« Mais qu'on m'ait collé ça sur le coin du nez, ça m'permet vraiment de dire à tout le monde : « j'vous donne un avis, j'vous oriente mais (fait signe stop de la main). » »*

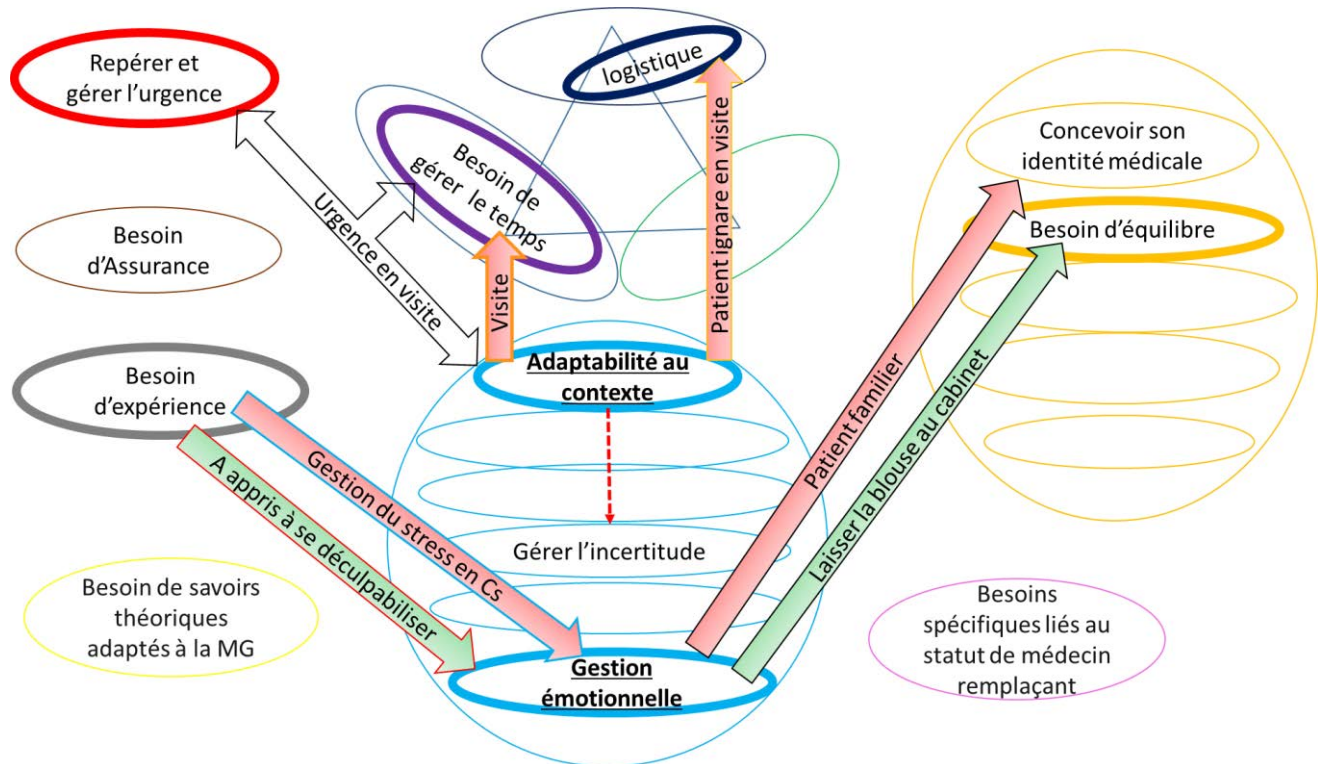
C'est le lien visible sur la figure R-III.B1 entre la gestion émotionnelle et la conception de son identité médicale. Cette expérience a été résumée par le terme « patient familial » à l'intérieur de la flèche de connexion. Par cette expérience, la difficulté à gérer ses émotions a rendu nécessaire le fait de concevoir son identité médicale.

La figure R-III.B1 montre les liens du besoin d'adaptabilité au contexte dans sa partie haute et les liens du besoin de gestion émotionnelle dans sa partie basse :

- Elle montre des situations où le besoin d'adaptabilité était complémentaire à d'autres catégories de besoin. La gestion de l'urgence en visite était particulièrement difficile. Elle faisait prendre du retard et entraînait une difficulté supplémentaire liée à la gestion du temps. Pour synthétiser : bien gérer l'urgence demandait aussi de s'adapter au contexte. La visite prend du temps. Il faut l'anticiper et s'organiser.
- En visite, les informations étaient parfois difficiles à rassembler (en tant que remplaçant lorsque le patient n'était pas coopérant ou en mesure de répondre). L'adaptabilité à la visite demandait des compétences logistiques. Cette figure montre que la pratique serait utile à la gestion émotionnelle (N6 manquait d'entraînement à la gestion du stress en consultation et l'expérience avait appris à M7 à se déculpabiliser). Elle illustre également que le fait de « laisser sa blouse au cabinet »

comme le disait M3 (gestion émotionnelle) serait utile au besoin d'équilibre. Le besoin d'équilibre faisait partie de la conception de son identité médicale, prérequis à la gestion du colloque singulier.

Figure R-III.B1. Liens avec les besoins d'adaptabilité au contexte et de gestion émotionnelle.



3. Besoin d'adaptabilité à la situation atypique

Les intervenants étaient en difficulté pour gérer les situations cliniques atypiques. M1 : « Y'a des situations, qui ressemblent à rien des bouquins, et t'es là, t'es au milieu... ». Ce serait les situations où :

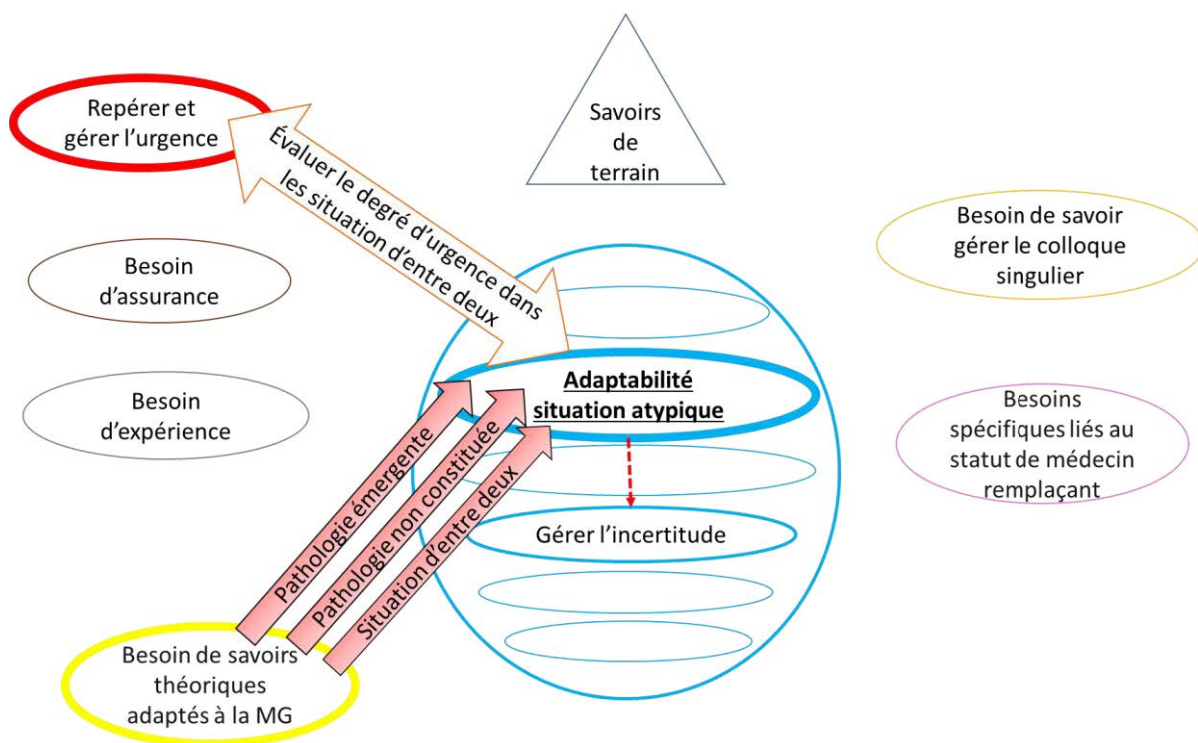
- Les pathologies ne sont pas encore constituées (N1) : le patient consulte pour un symptôme non spécifique. La pathologie n'est pas encore assez évoluée. Le médecin traitant est consulté en premier recours avant la constitution du tableau clinique syndromique.
- La pathologie est « émergente » : M3 : « Les trucs qui ont pas d'étiquette, parce que ça existe pas, qu'il y en a pas assez et qu'tu vas les gérer, par exemple les ongles qui tombent... »
- Le patient consulte au décours (S) : c'est la « situation d'entre deux ». Un patient qui

avait consulté S pour son fils, lui avait fait part qu'il n'avait plus senti son bras la veille. Face à ce déficit neurologique semi-récent, S disait : « *Moi j'étais vraiment pas préparé à cet entre-deux. Pour moi, soit on était dans l'urgence de l'AVC et c'était les urgences, soit on était ..., soit voilà, on n'était pas du tout dans l'urgence mais voilà, ces situations d'entre deux ça m'embêtait vraiment, et j'ai l'impression d'en avoir eu pas mal.* »

La figure R-III.B2 illustre des situations où acquérir la compétence d'adaptabilité à la situation atypique permettrait de répondre au manque de savoirs théoriques adaptés à la médecine générale. Elle illustre également que savoir repérer l'urgence (évaluer le degré d'urgence) aurait aidé S à gérer cette situation clinique « d'entre deux ».

En résumé, l'adaptabilité permettait de gérer certaines situations rencontrées en médecine générale (besoin de savoirs adaptés à la médecine générale). Elle nécessitait aussi de savoir repérer l'urgence.

Figure R-III.B2. Liens avec le besoin d'adaptabilité à la situation atypique.



4. Besoin de savoir gérer l'incertitude

Le besoin d'adaptabilité comprenait aussi le besoin de savoir gérer l'incertitude. Pour R : « *C'est vraiment la spécialité de la médecine générale ça. L'incertitude. Il faut en avoir conscience et puis l'accepter et savoir la gérer.* ».

Certains étaient en difficulté avec la gestion de l'incertitude (S, M5, N4) :

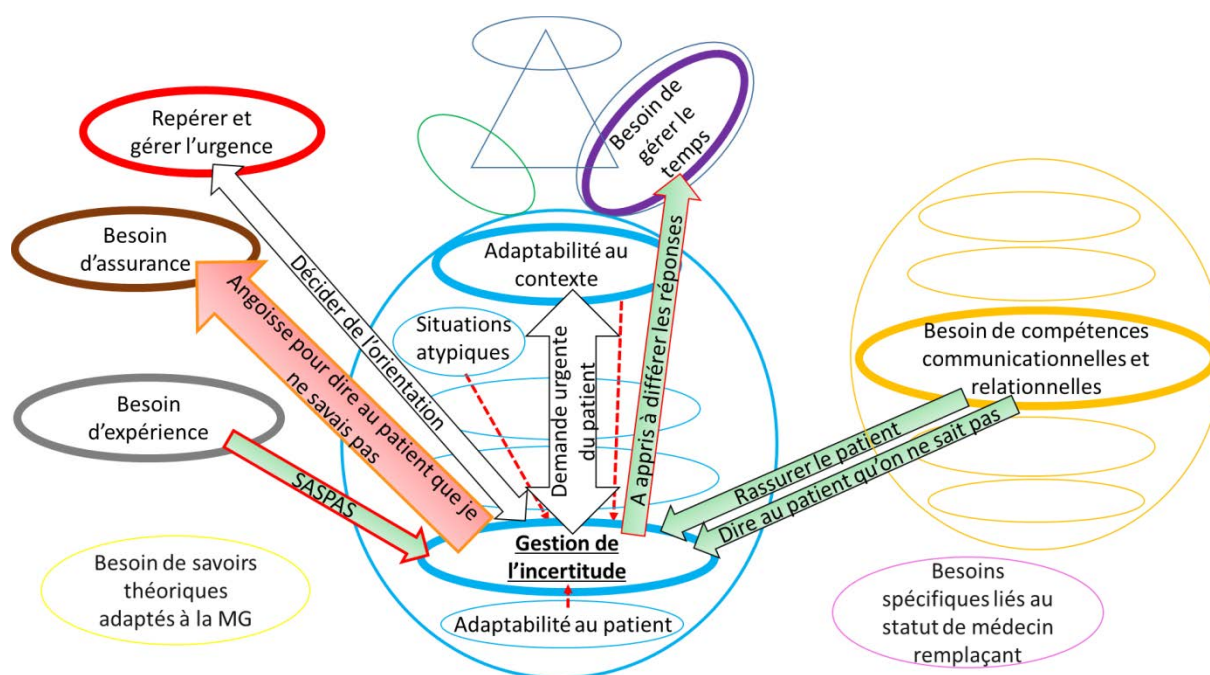
S : « *Et la douleur thoracique en ville, ça c'est typique aussi, typique et c'est embêtant, j'ai pas été confronté pendant mes remplacements, mais chez le praticien j'avais été confronté et voilà. C'est euh..., c'est embêtant, c'est angoissant de se dire : je suis le médecin qui décide s'il y a vraiment une urgence et on doit régler ce problème rapidement ou si c'est un motif de consultation qui n'a pas lieu d'être traité en urgence.* »

M5 : « *Quatre-vingt-cinq ans mais effectivement le lendemain on se remet en question, et ce, qu'est-ce qu'on en fait ? Est-ce qu'on le laisse en ambulatoire ? On ne sait pas comment ça va évoluer, est-ce qu'on peut faire confiance ? Est-ce qu'il a de l'entourage tout ça ?* »

Pour R et S, gérer l'incertitude était acquis grâce au SASPAS. Gérer l'incertitude était lié au besoin d'assurance. R : « *Puis parce que quand tu prends confiance en toi, tu prends aussi confiance dans... 'fin, t'es cap', j'me sens capable aujourd'hui, je..., de dire au patient : ben je ne sais pas mais je vais me renseigner.* »

La figure R-III.B3 illustre les situations où le besoin de savoir gérer l'incertitude était en lien avec les autres catégories de besoins.

Figure R-III.B3. Liens avec le besoin de gérer l'incertitude.



5. Adaptabilité à la situation particulière du patient

Le besoin d'adaptabilité comprenait enfin le besoin de savoir s'adapter au patient. L'adaptabilité à la situation particulière du patient comprenait le fait d'analyser le patient :

- Analyser le patient permettrait de gagner du temps en consultation selon N3 : « *Au fur et à mesure des remplacements, en fait tu connais mieux les gens et tu sais mieux réagir à certaines situations et ta gestion du temps dans certaines situations, elle est plus efficace. Tu gagnes en efficacité.* »
- Une expérience difficile de S révélait le besoin de savoir cerner rapidement les besoins contextualisés du patient : « *Parce que je ne sais pas gérer en 20-25 minutes de consultation euh..., toutes ces problématiques, tout le contexte social derrière qui avait l'air assez compliqué, des relations mère/ fille qui avaient l'air assez conflictuelles (...)* »
- L'adaptabilité à la situation particulière du patient comprenait aussi le fait de s'adapter aux choix du patient ou pas, comme dans certaines situations d'urgence où il est nécessaire d'imposer à ce moment-là sa décision (code repris dans la figure R-III.B4).
- L'adaptabilité à la situation particulière du patient comprenait le fait de s'adapter au niveau socio-éducatif du patient.
- C'était aussi savoir répondre au patient qui était en demande concernant une

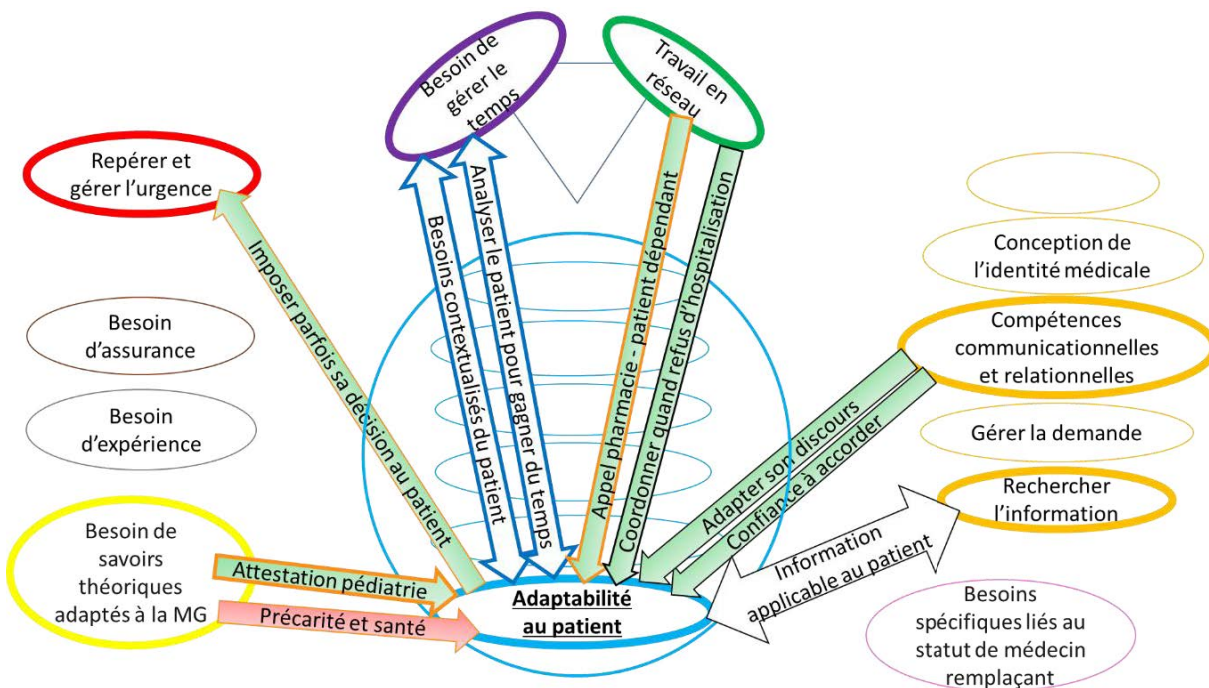
pathologie rare. S : « Quand on a la confiance des gens, souvent les gens reviennent te voir en disant : on m'a prescrit tel traitement, tel traitement même dans des pathologies très très rares dont tu ne connais même pas le nom. Et ils te demandent ton avis. »

La figure R-III.B4 illustre que l'adaptabilité au patient était un besoin complémentaire des autres compétences. Elle était nécessaire et nécessitait aussi d'autres compétences. Par exemple, la compétence d'adaptabilité était une nécessité pour prendre en charge le patient en grande précarité sociale. Une attestation de pédiatrie complémentaire a permis à M4 de gérer les exigences des consultations pédiatriques. L'attestation permettait d'acquérir l'adaptabilité à la situation du patient pédiatrique : c'était de savoir combiner les connaissances pédiatriques, la gestion de l'angoisse des parents et l'estimation de la qualité du suivi au domicile dans la prise en charge.

Cette figure montre aussi que le travail en réseau et que les compétences relationnelles et communicationnelles étaient utiles à la compétence d'adaptabilité.

Les figures R-III.B3 et B4 montrent que la gestion de l'incertitude et que l'adaptabilité au patient étaient des besoins centraux qui sollicitaient d'autres compétences.

Figure R-III.B4. Liens avec le besoin d'adaptabilité au patient.



C. Besoin de savoir gérer le colloque singulier

Nous admettons que le colloque singulier est la rencontre du médecin et du patient autour du problème de santé du patient en vue de le résoudre (17). Ce chapitre cible la communication du médecin avec le patient (18). C'est une rencontre singulière de deux personnalités : celle du médecin avec ses connaissances, son expérience professionnelle et personnelle et son milieu social, avec celle du patient et ses connaissances, son expérience et son milieu de vie. La singularité de cette rencontre est liée aussi à la durée de leur histoire commune.

Des notions fortes émises par les intervenants semblaient être des étapes de la gestion de ce colloque singulier :

- Le besoin de concevoir son identité médicale serait un prérequis à la gestion de ce colloque singulier. Les besoins de délimiter son champ de compétences et d'équilibre professionnel et personnel, faisaient partie de la conception de son identité médicale.
- Gérer la demande semblait nécessaire pour garantir la compétence au moment de la consultation (colloque singulier).
- Au moment du colloque singulier, le patient communique un problème de santé au médecin (demande) pour que celui-ci y réponde. Le médecin a besoin de compétences communicationnelles et relationnelles pour que le message soit bien compris auprès du patient et puisse être mis en œuvre.
- Lorsque c'est nécessaire, le médecin seul avec sa science médicale lors de la rencontre médecin-patient, doit savoir rechercher l'information en consultation et continuer à se former (besoin de formation continue).

Les différentes étapes de la gestion du colloque singulier étaient en lien avec elles-mêmes et avec les autres catégories de besoin. Des exemples des liens qui existaient avec les sous-thèmes de cette catégorie et avec les autres catégories sont représentés dans les figures suivantes (R-III.C1 à C4).

1. Besoin de concevoir son identité médicale

C'était nécessaire pour décider de sa pratique médicale (N7, M1), administrative (R), libérale (T), et familiale (M3).

a) Besoin de dépasser la crainte de ne pas satisfaire le patient

Les intervenants indiquaient qu'il fallait dépasser la crainte de ne pas satisfaire le patient pour exercer en cohérence avec leurs convictions médicales. N3 : « *au tout début,*

on a l'impression qu'en fait on veut satisfaire la personne, on veut qu'elle soit contente et finalement on a l'impression de bien faire notre travail si la personne est contente, mais des fois ça va complètement à l'encontre de ce que l'on pense, alors effectivement l'antitussif c'est l'exemple le plus banal mais c'est vrai qu'après au fur et à mesure avec le temps finalement on est plus satisfait de s'dire « ah la personne ressort en ayant compris pourquoi j'lui donne pas de sirop contre la toux » que d's'dire « ben j'ai dû lui donner un sirop contre la toux ». »

b) Besoin de délimiter son champ de compétences

Des intervenants étaient en difficulté pour trouver leur place. Ils étaient en difficulté pour savoir quand il fallait déléguer (N3 ; N4, N7). N3 disait : *« Quelle est réellement ma place à moi ? C'est-à-dire euh : quand est-ce que moi je fais ça, quand est-ce que je vais déléguer ? Le côté éducation, diététique, effectivement tu te dis quand est-ce que c'est à moi de le faire, ou est-ce que je le délègue ? »*

En visite, ils étaient gênés pour trouver leur place dans la prise en charge des problématiques médico-sociales. M2 : *« Ouais c'est ça des fois, c'est difficile de faire la part des choses entre ce qui est vraiment de ton ressort ou pas. »*

Les intervenants n'étaient pas d'accord sur leur rôle et leur compétence à répondre aux demandes psychologiques des patients :

- M5 : *« Moi, c'est la psychiatrie, j'suis pas passée en stage de psychiatrie et en fait les CMP ils sont complètement débordés et en fait c'est la médecine générale, j'sais pas y'a pas d'internes là, et du coup, on demande au médecin généraliste de ... »*
- M4 : *« Ah non, ça n'est pas de notre formation. »*
- M5 : *« Ouais mais (...) psychologue (...) c'est l'médecin traitant. »*
- M4 : *« Qu'ils attendent d'avoir leur place au CMP parce que toi, tu pourras pas résoudre. »*
- M7 : *« Moi j'envoie facilement au CMP. »*
- M3 : *« Faire un tampon jusqu'à ce qu'elle ait rendez-vous ... »*

Dans l'entretien individuel n°2, Q disait : *« Il y a un manque de formation et un manque de temps. Ça n'est pas de notre ressort. »*

c) Besoin de poser ses règles et ses limites d'exercice

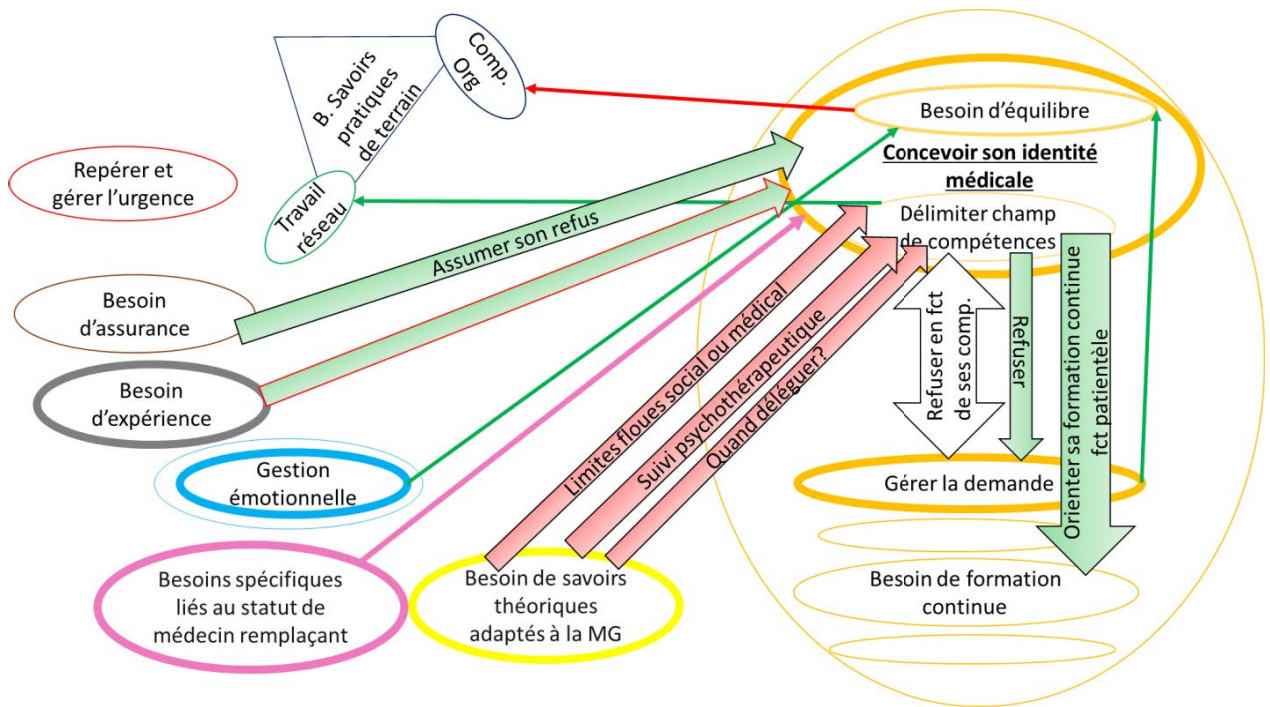
Les intervenants avaient constaté la nécessité de poser leurs règles et leurs limites d'exercice. M4 disait : « C'est un métier fabuleux (...) si on sait dire non, et que on sait s'organiser. » M1 disait : « Et ça j'ai dû le faire tout de suite. Pour moi, ça a commencé quand je suis devenue remplaçante, de dire ça ben c'est oui, ça c'est non, moi je soigne comme ça. » C'était important de se connaître pour décider de sa pratique (M3, P, N3).

d) Besoin d'équilibre personnel et professionnel

Ils avaient besoin de concilier vie professionnelle et vie familiale. M3 proposait d'imposer son rythme de consultations. R recommandait de ne pas aller à l'encontre de ses convictions médicales face à certaines demandes pour conserver la maîtrise de ses compétences.

La figure R-III.C1 montre les liens du besoin de concevoir son identité médicale avec les autres étapes de la gestion du colloque singulier (jaune ocre épais ou fin) et avec les autres catégories de besoins.

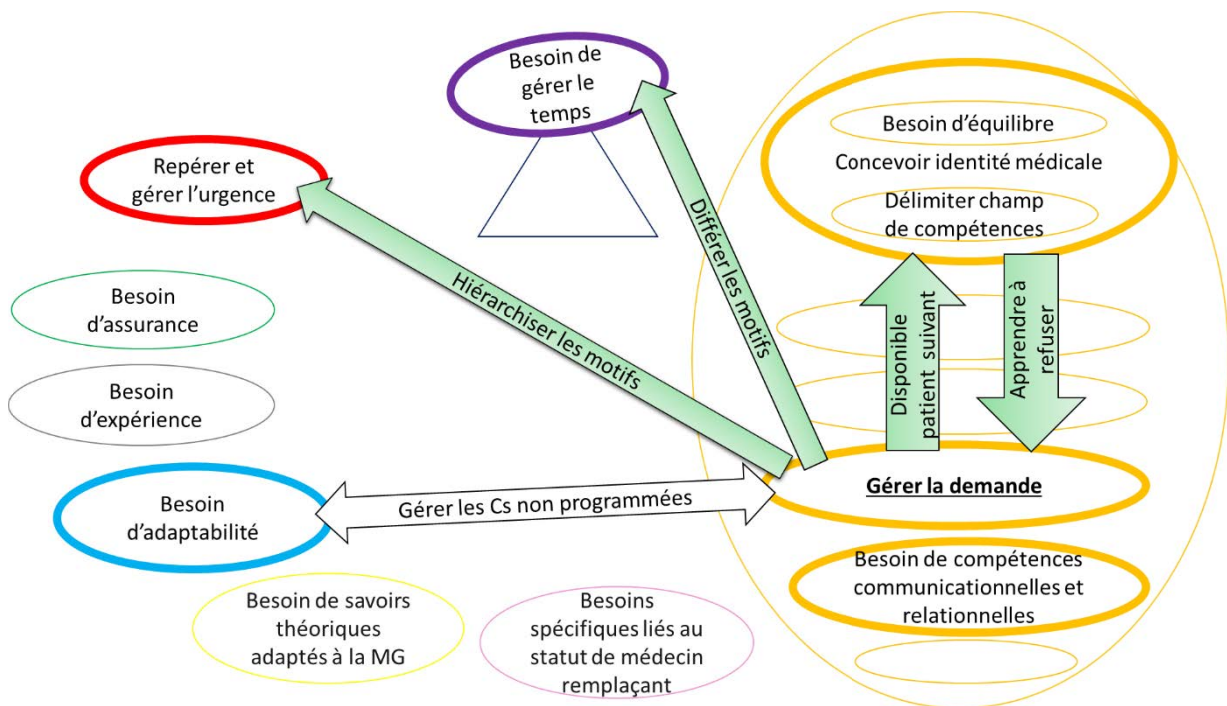
Figure R-III.C1. Liens entre le besoin de concevoir son identité médicale, les autres sous-thèmes du besoin de gérer le colloque singulier et les autres catégories de besoins.



2. Besoin de gérer la demande

Les intervenants étaient en difficulté pour gérer les multiples plaintes des patients au cours d'une consultation (M3 ; N3 ; N7 ; S ; T). Ils étaient en difficulté pour hiérarchiser les motifs, pour savoir différer, et pour refuser des demandes non justifiées sur le plan médical ou non programmées. Ce besoin de gérer la demande persistait pour un intervenant. Pour P, il fallait être capable de refuser des demandes en fonction de ses compétences. Par ailleurs, P avait appris à hiérarchiser les motifs de consultation « *pour se concentrer que sur l'urgent, l'indispensable et être disponible pour les patients suivants.* » (Figure R-III.C2).

Figure R-III.C2. Liens entre le sous-thème besoin de gérer la demande, les autres sous-thèmes de la catégorie besoin de gérer le colloque singulier et les autres catégories de besoins.



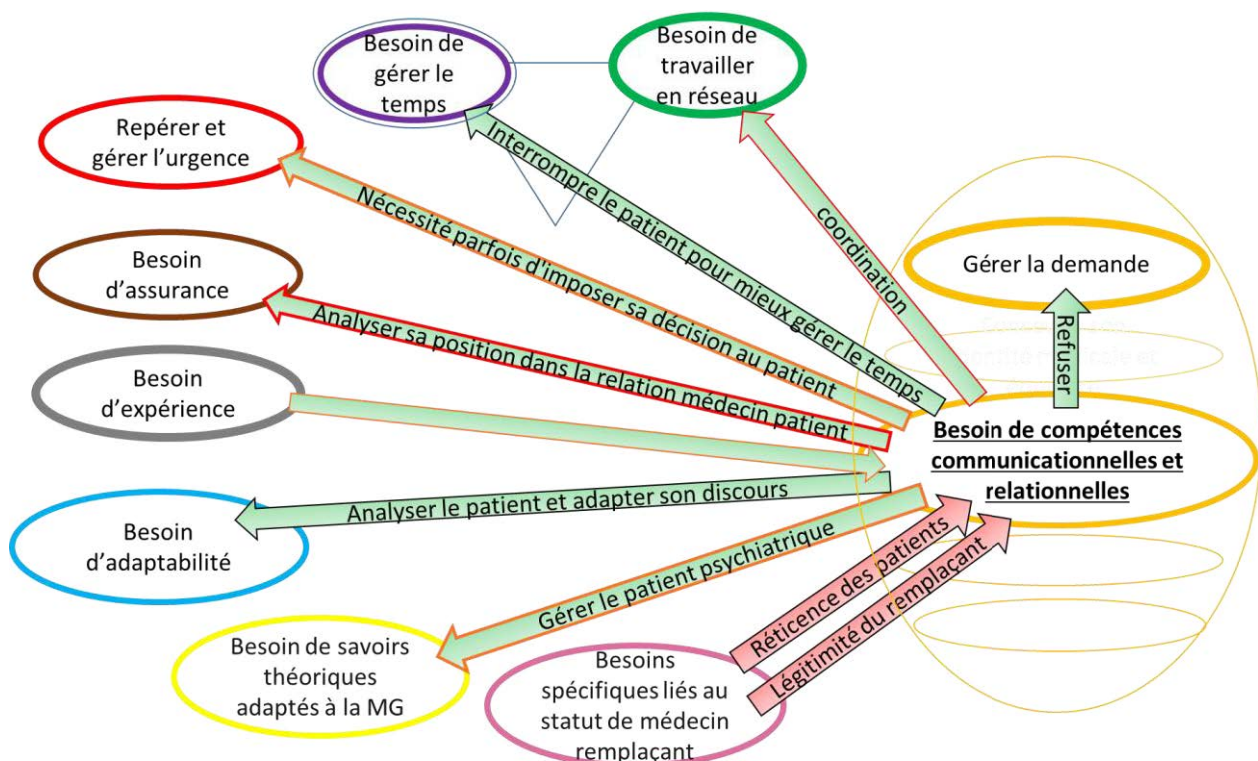
3. Besoin de compétences communicationnelles et relationnelles

Les intervenants étaient « démunis en communication ». Ils avaient besoin de compétences communicationnelles et relationnelles pour :

- Conduire la consultation en s’adaptant au patient (argumenter en fonction de la sensibilité du patient, savoir la confiance à accorder au patient dépendant pour prescrire en tant que remplaçant sans le dossier médical)
- Gérer un patient psychotique, un patient hypochondriaque
- Annoncer un diagnostic grave
- Expliquer
- Gérer le patient insatisfait, la situation de négociation et les situations conflictuelles
- Gérer l’insistance des patients, argumenter et convaincre
- Savoir refuser
- Répondre aux questions des patients informés sur internet.

La figure R-III.C3 montre grâce aux codes-liens que les compétences relationnelles et communicationnelles étaient un besoin toujours utile. Ce besoin n’entraînait pas de nouveau besoin.

Figure R-III.C3. Liens entre le besoin de compétences communicationnelles et relationnelles, les autres sous-thèmes et les autres catégories de besoins.



4. Besoin de compétences pour rechercher l'information et besoin de formation continue

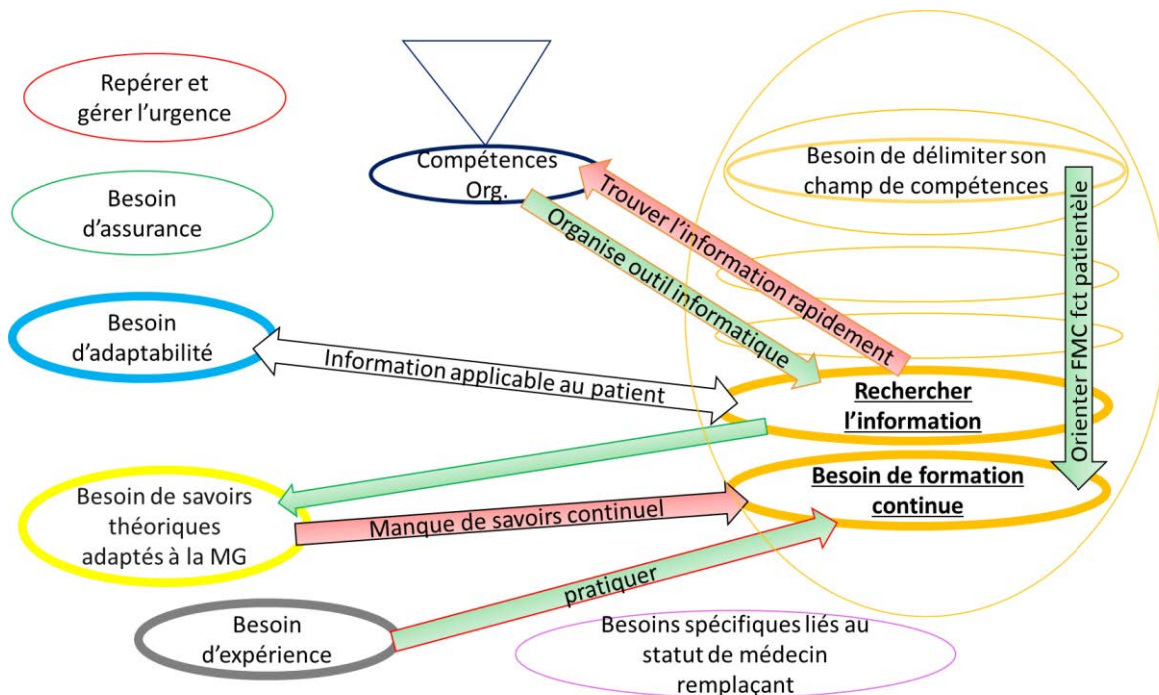
N3 avait la sensation d'un manque de connaissances à combler en permanence. Il constatait l'impossibilité de tout revoir. Ce constat était approuvé par N1 et S.

P manquait de connaissances des outils pour apporter des réponses actualisées au patient en consultation : « Ce qu'il a manqué, c'est un manque de savoir sur la pathologie, sur les traitements, j'étais vraiment dans le vague, et elle posait des questions précises sur le type de cancer, sur ce que c'était, sur combien de temps il allait en avoir. ». R était en difficulté pour être rapide à trouver les informations en consultation. Il organisait son outil informatique pour être plus efficace. Les intervenants manquaient de formation pour trouver les réseaux de soins dans certains secteurs.

Le besoin de formation continue était nécessaire parce que la médecine évolue. S était gêné par le « champ d'action immense » de la médecine générale. P avait remarqué que l'éventail des responsabilités était variable selon les secteurs. Elle proposait donc d'orienter sa formation continue en étant installée, en fonction de la patientèle.

La figure R-III.C4 montre les liens du besoin de savoir rechercher l'information et de formation continue avec les autres catégories de besoin de compétences.

Figure R-III.C4. Liens entre les besoins de savoir rechercher l'information et de formation continue avec les autres catégories de besoins de compétences.



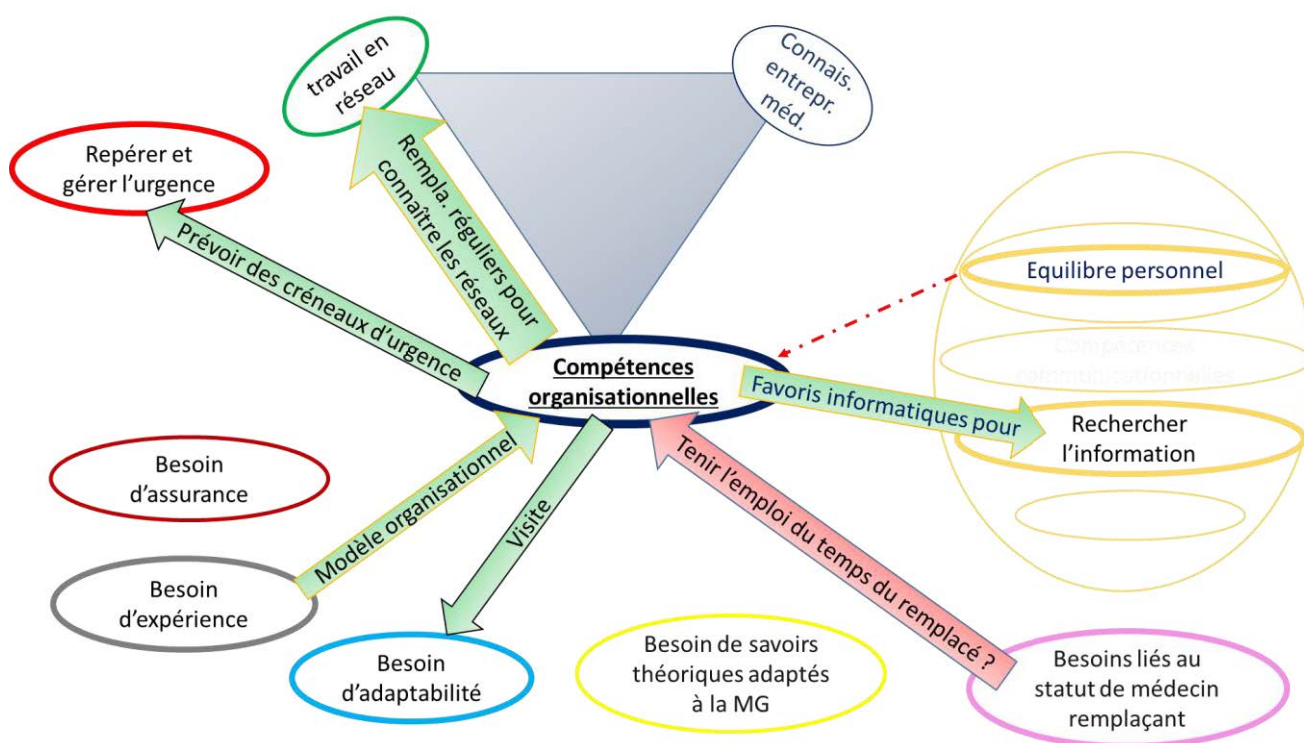
D. Besoin de savoirs pratiques « de terrain »

Il comprenait les compétences organisationnelles, les besoins de connaissances de l'aspect « entreprise médicale », juridiques, et pour travailler en réseau. Les codes étayant la catégorie « besoin de savoirs pratiques de terrain » sont à retrouver en annexe 8. Des exemples de codes-liens qui existaient entre les catégories de besoins, sont représentés dans les figures R-III.D1 à D3.

1. Besoin de compétences organisationnelles

Elles comprenaient surtout l'organisation de sa journée de travail en ambulatoire et la gestion de la visite. La figure R-III.D1 suivante illustre d'autres utilités des compétences organisationnelles en lien avec les autres catégories de besoins.

Figure R-III.D1. Liens du sous-thème de besoin de compétences organisationnelles avec les autres catégories de besoins.

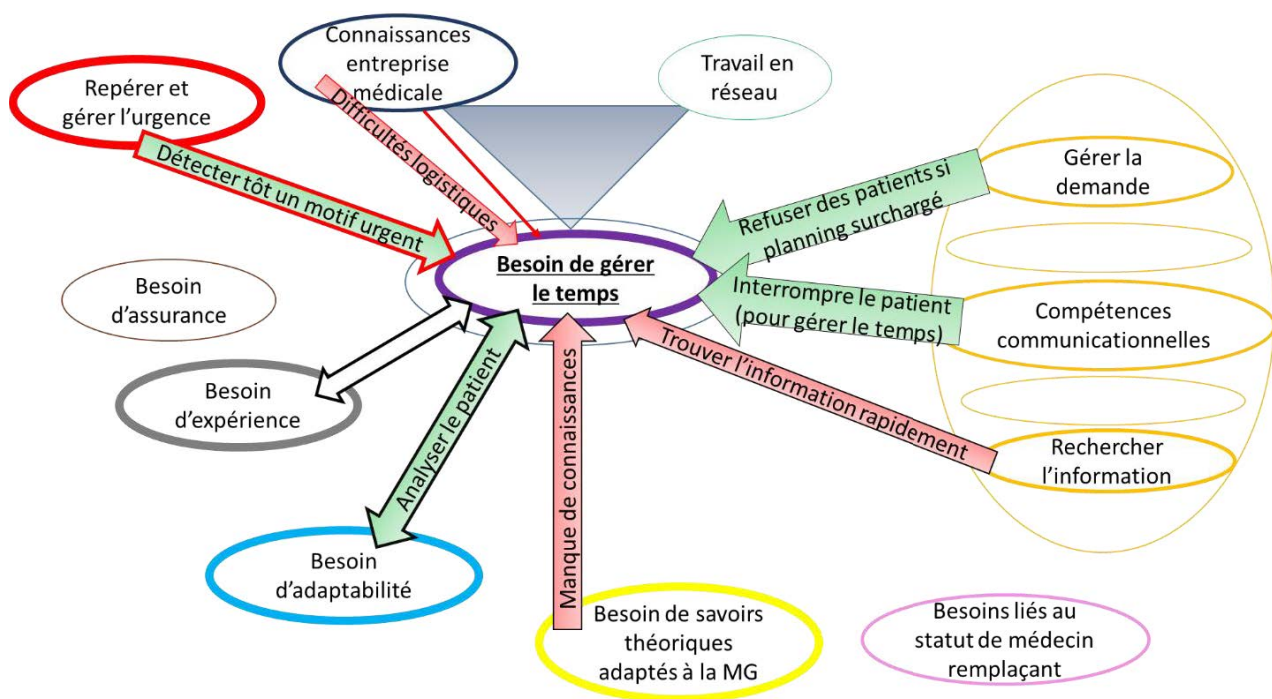


2. Besoin de gérer le temps

La difficulté liée à la gestion du temps était un élément angoissant des débuts. M2 : « (...) Tout ça, avec la pression du temps. ». M6 : « Le fait d'être seul et d'avoir la notion du temps à gérer, on n'apprend pas du tout à gérer une journée de consultation en médecine générale. ». M2 : « Déjà la consultation d'un quart d'heure... ». M4 : « Voilà. L'immédiateté quoi, d'avoir forcément une réponse à donner tout de suite. ».

La figure R-III.D.2 montre que gérer le temps serait un marqueur de compétences (flèches à remplissage vert) ou de manque de compétences (ou de besoins à résoudre) (flèches à remplissage rouge). Par exemple, le manque de connaissances adaptées à la médecine générale entraînait un manque de temps dans la consultation d'après M4 : « Moi j'trouve la gestion du temps, c'est quand même un problème de connaissances. »

Figure R-III.D2. Liens du sous-thème du besoin de gérer le temps avec les autres catégories de besoin.



3. Besoins de connaissances de l'aspect « entreprise médicale » de la médecine générale

Les compétences organisationnelles étaient liées à l'aspect « entreprise médicale » de la médecine générale (Figure R-III.D3).

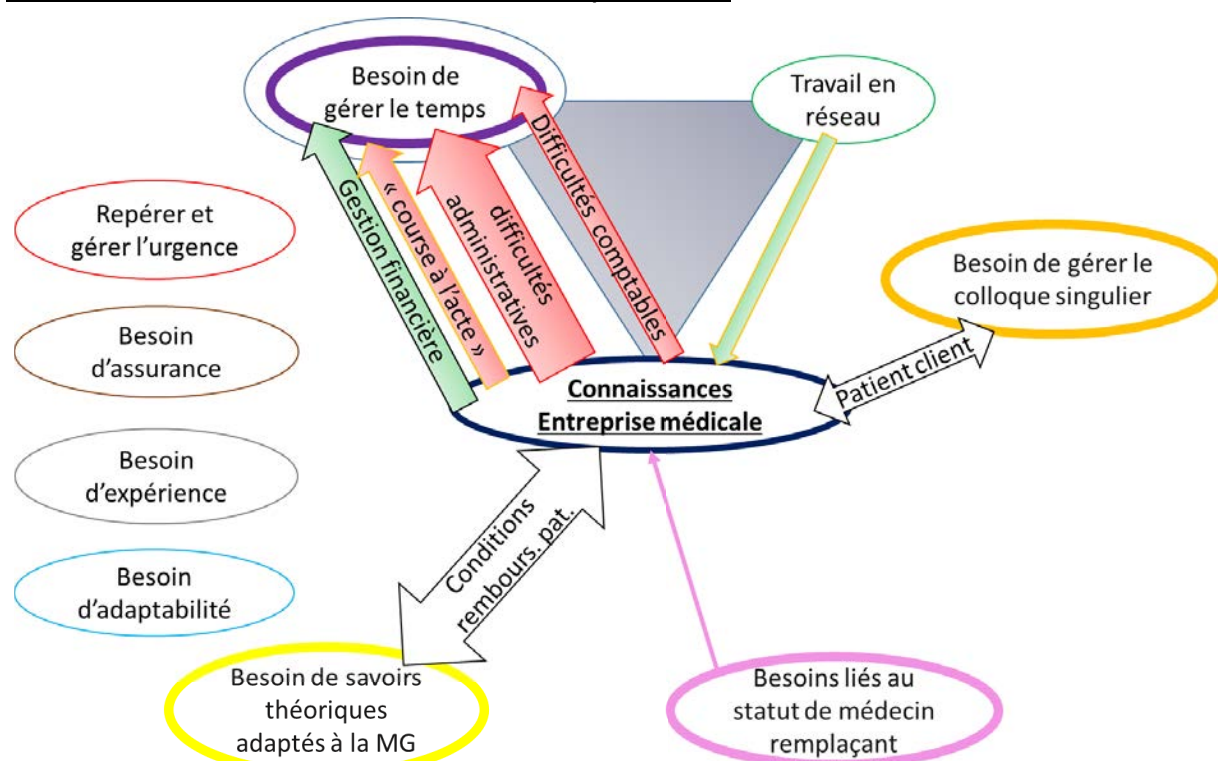
Q : « Gérer au mieux tout ce qui est administratif en plus, tout ce qui est ben, les courriers que tu reçois, il faut prendre du temps pour les lire aussi, gérer ta compta, il y a beaucoup

de choses, où au début tu ne sais pas comment t'organiser donc au début tu fais des journées de 12-13 heures car tu es un peu débordée par tout cela. » La plupart des intervenants manquaient de formation à l'aspect libéral du métier (M5, M7, M3, M4, P, N3, N4). R avait appris à gérer cet aspect grâce au syndicalisme

Ce besoin de connaissances concernait la comptabilité, la gestion financière de leur activité, la couverture assurantielle de l'exercice et du praticien, la fiscalité de la profession libérale, l'organisation de la médecine générale et la tenue du cabinet. Les intervenants n'étaient pas préparés à la logistique biomédicale et administrative hors consultation.

Plusieurs intervenants étaient en difficulté avec le rapport à l'argent dans leur consultation. Les difficultés logistiques au début rajoutaient à la difficulté de gérer son temps pour une consultation d'un quart d'heure. Les intervenants avaient besoin de formation concernant les modalités d'installation. Ils avaient besoin de connaissances concernant les services administratifs pour les patients (formulaires CERFA, demande d'APA).

Figure R-III.D3. Liens du sous-thème besoin de connaissances de l'aspect entreprise médicale avec les autres besoins de compétences.



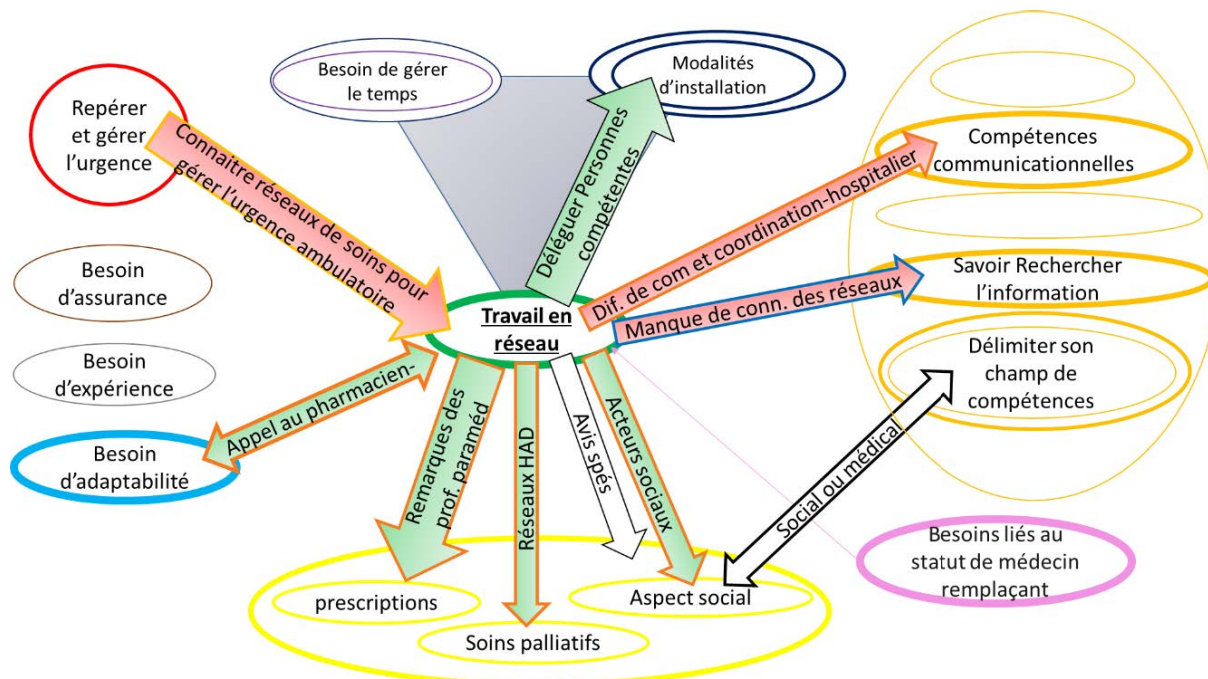
4. Besoin de connaissances juridiques

Pour Q : « On n'a pas eu du tout d'aspect médico-légal sur notre cursus. » La rédaction de certificat médical est souvent une difficulté. S aurait aimé avoir connaissance des personnes ressources pour l'aider en consultation lors de demandes de certificats inhabituels. R a connu les aspects médico-légaux de la trousse d'urgence grâce aux GEP syndicaux.

5. Besoin de travailler en réseau

Les savoirs de terrain comprenaient la nécessité de travailler en réseau. Elle impliquait de mieux connaître les réseaux de soins, les réseaux sociaux et médico-sociaux. C'était plus compliqué pour les remplaçants de connaître chaque réseau des endroits où ils remplaçaient. C'est un outil au bénéfice du patient. Dans l'entretien individuel 4, R disait avoir appris à coordonner les problèmes sociaux. Le travail en réseau était utile au besoin de connaissances théoriques adaptées à la médecine générale : « Je me suis dit dans le domaine social il vaut mieux connaître quelqu'un que quelque chose. » (Figure R-III.D4).

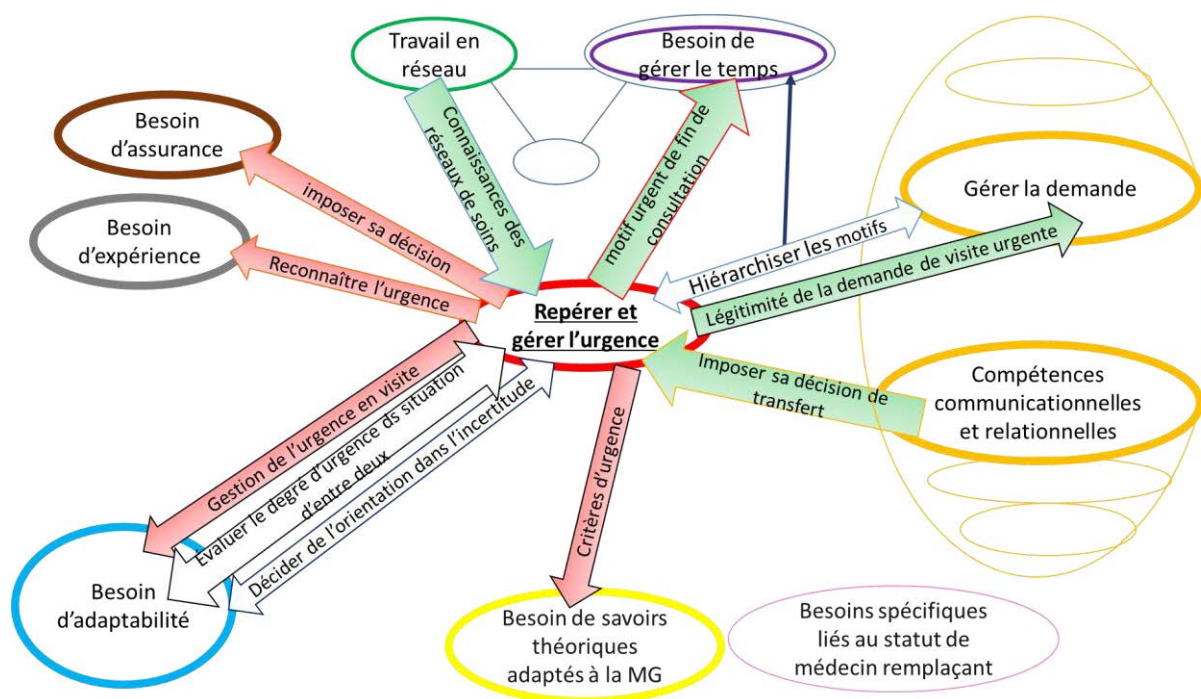
Figure R-III.D4. Liens entre le besoin de travailler en réseau et les autres catégories de besoins.



E. Besoin de savoir repérer et gérer l'urgence

Des intervenants ont été en difficulté avec la détection et la gestion de l'urgence ambulatoire. Cette catégorie nécessitait parfois des compétences issues d'autres catégories de besoins. Elle était utile pour mieux gérer d'autres besoins (figure R-III.E1).

Figure R-III.E1. Liens entre le besoin de mieux repérer et gérer l'urgence et les autres catégories de besoins.



Repérer l'urgence serait utile pour gérer la demande (catégorie gestion du colloque singulier). M3 et Q racontaient leurs difficultés à estimer l'urgence au téléphone et la légitimité de la visite. Avec l'expérience, P avait appris à hiérarchiser les motifs : « Structurer ta consultation et (...) laisser quelques motifs de côté pour te concentrer que sur le plus urgent. », « C'était un manque au départ. ».

Repérer l'urgence serait utile pour gérer le temps (catégorie des savoirs pratiques de terrain). P a été en difficulté pour gérer le motif urgent de fin de consultation : « Une fois, j'ai dû appeler le SAMU pour une douleur thoracique que j'ai eu du mal à évaluer, le problème est que le patient est revenu, il m'a d'abord demandé de renouveler son ordonnance et puis au moment de fermer la porte, il me dit : « je suis venu une semaine plus tôt car depuis ce matin je sens des petites douleurs. » Là j'avais du mal à gérer la consultation, j'ai appelé le 15 pour demander un avis, c'était un diabétique. ». Détecter le motif urgent au départ aurait

permis à P de mieux gérer le temps de la consultation.

Cette catégorie nécessitait aussi les autres catégories de besoins : savoirs théoriques, expérience, gestion de la demande, adaptabilité, travail en réseau, assurance, et compétences communicationnelles.

P avait besoin d'automatismes concernant les critères d'urgence à rechercher en consultation : « *Je pense aussi que je n'avais pas assez dans la tête des critères d'urgence à rechercher au moment de la consultation, quand il y avait des motifs, où il fallait éliminer certaines urgences.* ». Pour M2, « *quand on est au tout début de notre expérience, on reconnaît pas forcément quand quelqu'un va pas bien.* ». Hiérarchiser les motifs de consultation permettrait de mieux gérer l'urgence (P).

M5 était en difficulté avec la prise de décision d'hospitalisation en cas d'incertitude dans une situation atypique : « *Moi la plus grande difficulté que j'avais eu, dans mes débuts de remplacements c'est de savoir, des choses assez foireuses, est-ce que je dois le laisser à domicile, est-ce que je l'hospitalise ? Est-ce que j'ai des critères d'hospitalisation ? (...) Quatre-vingt-cinq ans mais effectivement le lendemain on se remet en question, et ce, qu'est-ce qu'on en fait ? Est-ce qu'on le laisse en ambulatoire, on ne sait pas comment ça va évoluer, est-ce qu'on peut faire confiance, est-ce qu'il a de l'entourage tout ça...c'est j'ai trouvé qu'était...* »

Le besoin de gérer l'urgence était en lien avec le besoin de travailler en réseau : Dans l'entretien 4, S ne connaissait pas les réseaux de soins pour mieux gérer l'urgence en ambulatoire.

Dans ses débuts, T manquait d'assurance pour imposer sa décision dans une situation urgente et grave : « *Je pense qu'il m'a manqué euh de la confiance en moi et de l'affirmation. Euh parce que si c'était aujourd'hui je ne laisserai pas le choix à la pauvre mamie.* » Dans une autre situation, T s'est servi de compétences communicationnelles pour imposer sa décision à la patiente dans une situation urgente : « *Je lui ai demandé quelles étaient ses retenues, pourquoi elle ne voulait pas aller aux urgences, elle m'a expliqué plein de conneries, à chaque fois j'ai trouvé un argument pour contrer.* »

F. Besoin d'assurance

1. Le besoin d'assurance était plus important au début des expériences professionnelles

L'anxiété caractérisait souvent le vécu des premières expériences professionnelles des intervenants (M4 ; M5 ; M6 ; N4 ; T). Pour M4, débiter se caractérisait par : « l'angoisse de partir au boulot. ». Elle était liée pour T au manque de connaissances du secteur : « *je me souviens de sensations d'isolement assez marquées.* ». Les difficultés liées à la gestion du temps étaient anxiogènes (M1 ; N6 ; M2 ; M3). M2 disait : « *tout ça effectivement avec la pression du temps.* »

Les débuts étaient également caractérisés par :

- La crainte de ne pas savoir (T)
- La peur de ne pas répondre à la demande (N2 ; N7)
- L'angoisse de mal prendre en charge ses patients (M1 ; M2)
- L'angoisse de ne pas connaître le nom du médicament au début (N3)
- L'angoisse « de devoir dire au patient que je ne savais pas » (N4 ; R)

M2 avait eu peur d'avoir entraîné une perte de chance au patient par le fait qu'elle était peu expérimentée : « *Nan, au départ c'était plus basique que ça c'était peur d'avoir manqué quelque chose et voilà, d'avoir une perte de chance pour c'patient. (...) on n'a pas beaucoup de recul quoi, moi au début j'avais tout le temps du mal, tout le temps envie de demander son avis, même à la secrétaire quoi mais euh. Je n'arrivais pas à dire : « je pense que c'est ça, j'évalue la situation comme ça, et j'le fais. ». J'me disais : « Qu'aurait fait un autre ? Qu'aurait fait quelqu'un qui avait de l'expérience ? »*

2. Le besoin d'assurance était en interaction avec le besoin de gérer le colloque singulier

L'assurance était nécessaire pour refuser des demandes médicales injustifiées, et pour imposer sa décision quand la situation le justifiait (urgence). Elle nécessitait de poser ses règles et ses limites d'exercice pour s'affirmer en tant que médecin (besoin de concevoir son identité médicale). Enfin, le fait d'avoir des connaissances sur la relation médecin-malade avait aidé T à s'affirmer.

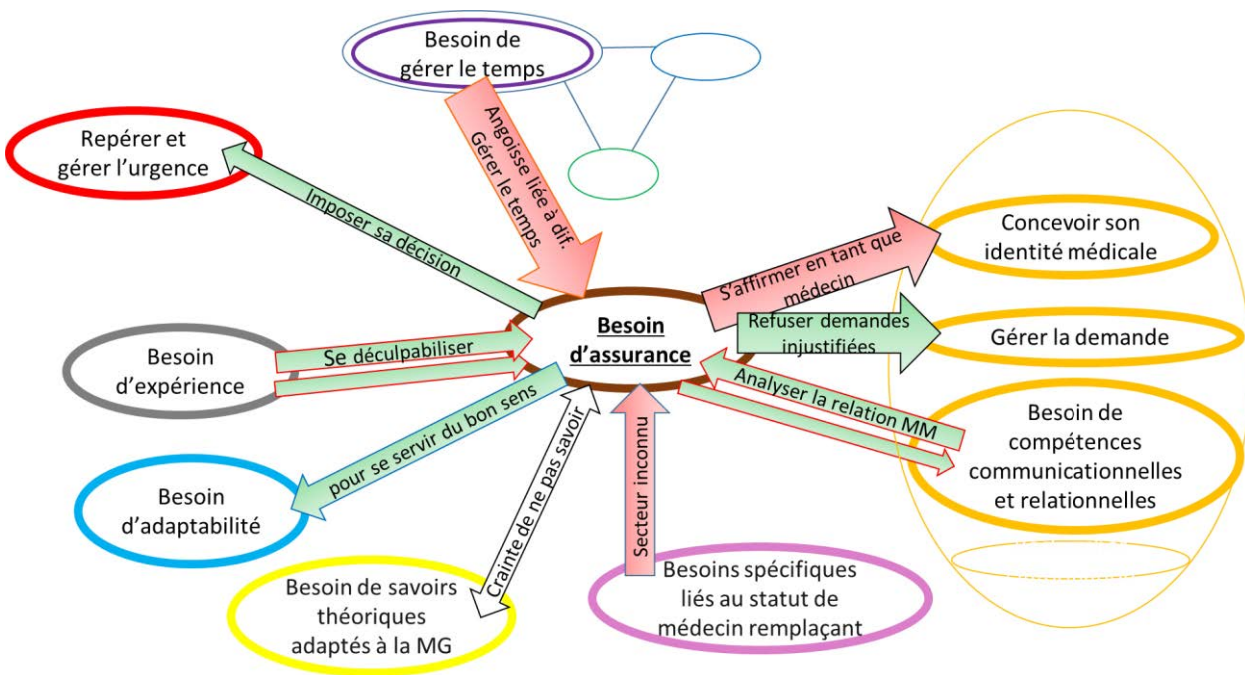
3. L'assurance était nécessaire pour l'adaptabilité

T avait été en difficulté à se servir du bon sens pour analyser et répondre à une situation nouvelle : « Je me suis pas senti en manque de compétence mais je me suis rendu compte que mes dix années de médecine n'allaient pas me servir à grand-chose (rire). C'était juste euh, c'était juste du bon sens. »

4. Les besoins spécifiques du remplaçant mettaient en jeu le besoin d'assurance dans la relation médecin-malade

M3 et N4 avaient l'impression d'être jugés du fait de leur jeunesse. Les autres codes sont développés dans le chapitre sur les besoins liés au statut de remplaçant.

Figure R-III.E1. 0Liens entre le besoin d'assurance et autres catégories de besoins.



G. Besoins spécifiques liés au statut de remplaçant

1. Ces besoins étaient en lien avec le travail en réseau

Les intervenants étaient en difficulté pour connaître les réseaux des endroits où ils remplaçaient.

M6 : « Si t'es remplaçant, qu'tu tournes, c'est vrai que moi j'ai eu le cas, plusieurs fois, une personne âgée que, qui s'occupe de sa femme qui est Alzheimer, tu dois l'hospitaliser, et sa femme, bah t'en fais quoi ? (...) quand on remplace et que on est à droite à gauche, (...) c'est quand même problématique. »

M3 : « C'est connaître ses réseaux et connaître ses outils aussi. »

2. Ces besoins étaient en lien avec la gestion du colloque singulier

▪ Conception de son identité médicale :

M6 était en difficulté pour se positionner par rapport aux règles et principes posés ou non par le médecin remplacé : « Quand tu remplaces un médecin qui fait, qui dit oui à tout et n'importe quoi (...) »

▪ Compétences communicationnelles et relationnelles : la relation avec le patient était particulière par le fait du statut provisoire. Les patients manquaient de confiance envers le remplaçant, ou les patients testaient le remplaçant, ou le remplaçant lui-même ne se sentait pas légitime.

▪ N2 était en difficulté pour gérer la réticence des patients à une prise en charge différente : « Quand on remplace on a tendance à copier-coller c'que fait le remplacé même si c'est pas forcément c'que nous, on aurait fait. Et c'est ça aussi qui est difficile c'est que en tant que remplaçant on reçoit les patients, euh si on leur dit quelque chose... (imite le patient) :« Oui mais Docteur machin l'docteur remplacé il fait pas ça ». Là c'est compliqué aussi comme situation souvent. »

▪ M8 a été en difficulté avec le fait que la patiente remette en cause son diagnostic : « Et puis au final elle me dit « ouais mais vous savez, ma fille elle avait pas une otite », en gros elle cherchait un moyen de justifier de pas m'payer, euh, ça c'est un truc qui m'a ...on s'est pris la tête au téléphone et euh...fff. »

▪ T n'a pas réussi à convaincre une patiente d'aller aux urgences : « Elle a jamais voulu rien entendre, parce que c'était aussi la première fois que je la voyais et je pense qu'elle n'avait pas envie d'aller aux urgences, surtout pas à cause d'un p'tit jeune qui la poussait à y aller, et j'étais en situation d'échec à la fin. »

▪ P se sentait testée : « Certains tentent avec les médecins qui remplacent, d'avoir des

choses que leurs propres médecins ne veulent pas. »

- S ne se sentait pas légitime pour rassurer en tant que remplaçant : *« c'est difficile de gagner leur confiance en quinze, vingt minutes de consultation quand tu remplaces alors qu'ils sont suivis depuis dix, quinze, vingt ans par leur médecin traitant. »*

3. Ces besoins étaient en lien avec le besoin de savoirs théoriques (médicaux) adaptés à la médecine générale

T avait besoin de savoir-faire lié au caractère ponctuel dans la prise en charge de pathologies chroniques : *« Essentiellement quand tu es remplaçant tu vois les patients ponctuellement et quand tu as un patient dépressif, (...) tu connais pas l'histoire tu ne t'inscris pas dans la démarche dans la progression de ce qui a été fait ou non et euh je me suis trouvé très inutile et aussi très incompetent là-dedans. Euh, parce que tu viens comme un cheveu sur la soupe je trouvais. »*

4. Ces besoins étaient en lien avec les connaissances de l'aspect entreprise médicale

M4 a appris à se méfier du respect des règles du contrat : *« Le premier remplacement, j'ai fait sans secrétariat, où le gars, le médecin, a prévenu deux de ses copains : « ouais c'est bon, ma remplaçante elle peut prendre vos patients aussi », donc j'ai remplacé trois médecins sans le savoir, j'ai su le premier jour en arrivant. Sans secrétaire. Donc j'ai vu le premier jour quarante-et-une personne dont neuf visites et donc j'ai un peu pété un câble »*

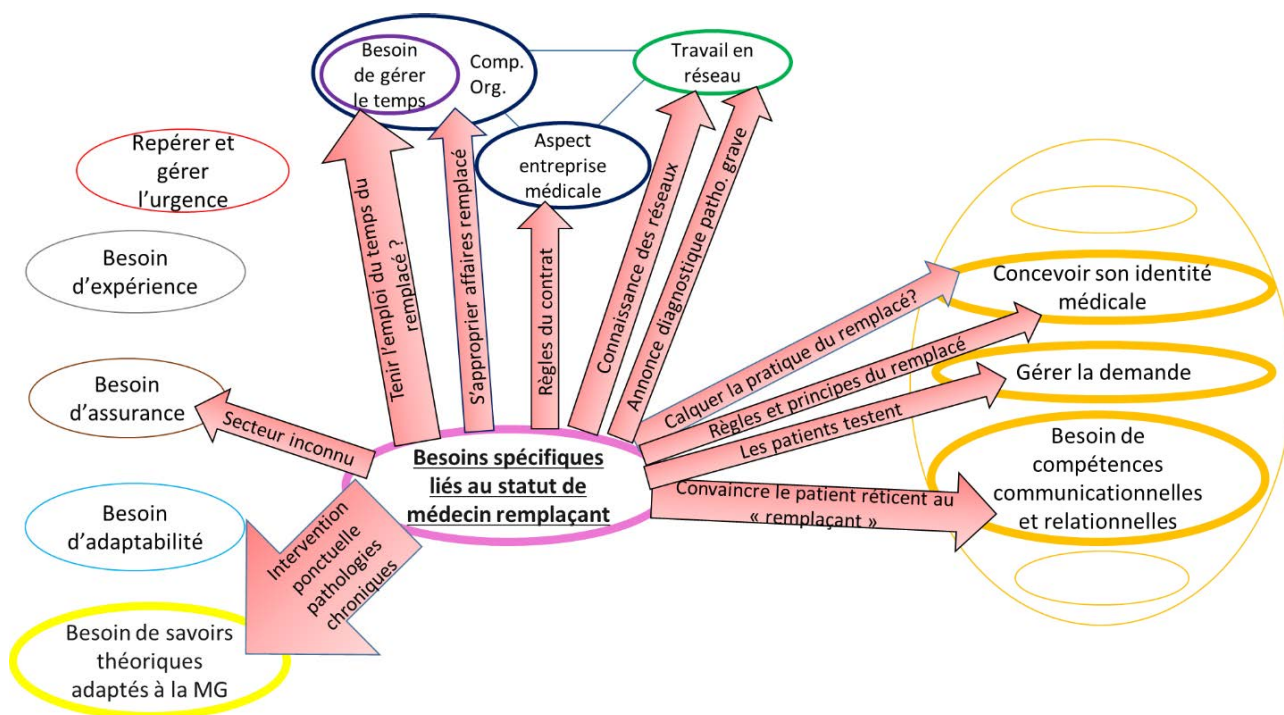
5. Ces besoins étaient en lien avec les compétences organisationnelles

M1 était en difficulté pour tenir l'emploi du temps du médecin remplacé : *« Le truc c'est que quand on commence à remplacer on n'a pas encore du tout d'automatisme mais on doit quand même se tenir au même emploi du temps que celui qu'on remplace. »*

S n'était pas en difficulté pour organiser sa journée, il savait calquer l'emploi du temps du médecin remplacé.

La figure R-III.G1 montre les compétences sollicitées particulièrement par le statut de remplaçant.

Figure R-III.G1. Liens entre la catégorie de besoins spécifiques liés au statut de remplaçant et les autres catégories de besoins.



H. Besoin d'expérience

C'était une catégorie à part entière : le besoin d'expérience (codes regroupés dans les sous thèmes « manque d'expérience » et « besoin de pratique »).

Le chercheur a isolé les codes qui montraient l'apport de l'expérience (ce sont les codes regroupés dans les sous-thèmes : « apports du SASPAS » et « apports de l'expérience »).

Les besoins d'expérience et d'assurance étaient proches mais ne devaient pas être confondus. La figure R-III.H1 illustre les apports de l'expérience.

1. Les participants manquaient d'expérience (dans le sens « faire l'expérience de »)

Ils exprimaient un manque d'expérience dans la gestion des consultations de médecine générale lors de leurs premiers remplacements (M2 ; M4 ; S) :

M2 : « *On n'a pas beaucoup de recul quoi, moi au début j'avais tout le temps du mal, tout le temps envie de demander son avis, même à la secrétaire quoi mais euh. Je n'arrivais pas à dire : « je pense que c'est ça, j'évalue la situation comme ça, et j'le fais ». J'me disais : « Qu'aurait fait un autre ? Qu'aurai fait quelqu'un qui avait de l'expérience ? »*

N2 : « *Euh, j'suis assez d'accord avec M4, finalement c'était un peu cette impression de jouer, de jouer au docteur, de s'dire : « oh punaise c'est moi le docteur », (rires) « là faut y aller ». »*

Ils se qualifiaient d'inexpérimentés dans le milieu libéral. M5 : « *Et du coup on est inexpérimenté dans le milieu libéral parce que il y a la médecine mais il faut gérer aussi le cabinet donc euh les rendez-vous, les visites... »*

2. Les participants manquaient de pratique

- Pour reconnaître l'urgence, au début : N2 : « *Quand on est au tout début de notre expérience, on ne reconnaît pas forcément quand quelqu'un ne va pas bien. »*
- Pour gérer une consultation complexe en un temps limité : S : « *Euh ben de la pratique peut être, parce que je ne sais pas gérer en 20-25 minutes de consultation euh, toutes ces problématiques. »*
- Pour mettre en application les théories au début des expériences professionnelles : (M5 ; M3 ; M2 ; N1 ; N7) M5 : « *Moi au début, j'trouve qu'il nous manque un peu de pratique médicale et du coup, on les cherche... »*. M3 : « *La mise en application des théories. »*

- Pour savoir vacciner quand l'enfant se débat : « *Ben simplement quand la première fois tu dois débiller un vaccin, que tu dois trouver la...mettre la bonne aiguille, surtout avec les gamins : comment les positionner, ben piquer où : ça allait, mais comment les tenir, comment... est-ce que la maman t'aide ? Ouais c'est ..., j'ai souvent piétiné, j'ai souvent eu du mal dans ces situations-là, et puis maintenant c'est bon, j'ai ma technique, je sais comment je vais piquer, quand je vois que le gamin se débat, qu'il ne se laisse pas faire, j'ai, j'ai mes parades. Mais au début : voilà, j'étais en difficulté, je savais qu'il fallait vacciner, je savais à peu près où, mais voilà il y a plein de situations délicates. »*
- Pour gérer ses émotions et conduire la consultation : N6 manquait d'entraînement à la gestion du stress en consultation : « *Tu prends ça dans la tronche, tu te dis : « Qu'est-ce que je vais faire ? Qu'est-ce que je vais faire ? ». Et ça le patient, il le sent, il sent qu'on est démunj, il sent. »*

3. Le SASPAS était « carrément un bon tremplin » avant les remplacements (M7)

Il avait permis selon R d'être confronté seul à la pratique réelle de la médecine générale. R disait bien savoir conduire la consultation grâce au SASPAS. R et T avaient appris à gérer la notion d'incertitude grâce au SASPAS.

4. Apports de l'expérience des remplacements et de l'installation

La pratique individuelle permettait de mieux gérer les consultations (P ; R).

P : « *Pour tout ce qui est situation médicale pure, ou situation avec gestion des gens ... des choses comme ça, il n'y a qu'en étant sur le terrain, et en pratiquant, que l'on apprend. »*

R : « *Ouais des réactions un peu surprenantes, ben que je n'imaginai pas. Après j'allais dire finalement c'est à force, ça, ça s'apprend pas je ne pense pas mais c'est à force de rencontrer ces situations-là, je me forgeais un peu mon caractère de médecin généraliste finalement, ma posture de médecin généraliste, au fur et à mesure des rencontres et des relations avec les patients. »*

L'expérience avait permis une prise de conscience :

- D'une crainte excessive au début des remplacements de manque de savoirs et de savoir-faire.
- De l'importance de savoir s'adapter à une situation nouvelle (par la pratique).
- Que le temps peut aussi être un outil et pas seulement une difficulté : « *S'aider de l'effet temps pour gérer une situation atypique* », « *prise de conscience que des traitements ne sont pas réalisables en une consultation... »*.

- De l'importance des compétences relationnelles et du travail en réseau.
- Que la conception de l'identité médicale était évolutive.

Certains avaient « appris à [se] déculpabiliser » dans certaines situations conflictuelles ou de certaines situations médicales. M7 commentait le reproche d'un patient : « *« Vous n'auriez pas dû, vous auriez dû faire la radio plutôt que la prise de sang en premier », en même temps j'avais donné les deux quoi. La personne qui te rend quelque chose de négatif vis-à-vis de toi et c'est vrai que ça m'a appris par la suite à me déculpabiliser.* ». M2 avait pris du recul dans sa culpabilité face aux maladies graves : « *Mais si ça se passe mal... quand t'as une logique de prévention, t'as l'impression qu'tu vas leur éviter.* M3 : *Ah ouais mais nan. M2 : tu peux pas leur éviter.* »

L'expérience avait permis de cibler son champ de compétences : l'éventail des responsabilités était variable selon secteur (P). L'expérience était utile pour mettre en place l'outil de travail (modèle organisationnel, recherche d'information, création du répertoire).

5. Liens entre expérience et assurance

L'expérience permettait d'avoir plus d'assurance dans sa pratique et notamment d'acquérir la capacité de s'adapter aux situations nouvelles en médecine générale. Elle permettait de relativiser certains manques de savoirs. Mais il fallait être vigilant pour ne pas avoir trop d'assurance avec l'expérience. Il fallait être réflexif sur ses erreurs.

- Avec l'expérience, R avait plus de confiance dans sa pratique : R : « *Au fur et à mesure, comme j'étais plus à l'aise dans la pratique.* ». Avec la pratique, les intervenants avaient appris à se déculpabiliser (M7 ; M3 ; M2 ; N4).
- L'expérience avait permis à R de prendre conscience de sa crainte excessive liée au manque de savoirs et de savoir-faire :

« En fait, je pensais ne pas savoir plein de choses, mais en fait, au final on se rend compte que l'on sait plein de choses, on sait plein de choses pour traiter les maladies, pour les comprendre, pour faire les diagnostics, la démarche clinique médicale finalement, ça me rassurait de le savoir en fait. »

« J'ai vite relativisé parce que je me suis dit au final, d'un point de vue médical je ne fais pas d'erreur, je suis plutôt à l'aise médicalement parlant. Voilà, après c'est des p'tites choses ouais, des détails d'ordre relationnel et administratif, et je me suis dit qu'au fur et à mesure, ça allait arriver, et c'est ce qui est arrivé. »

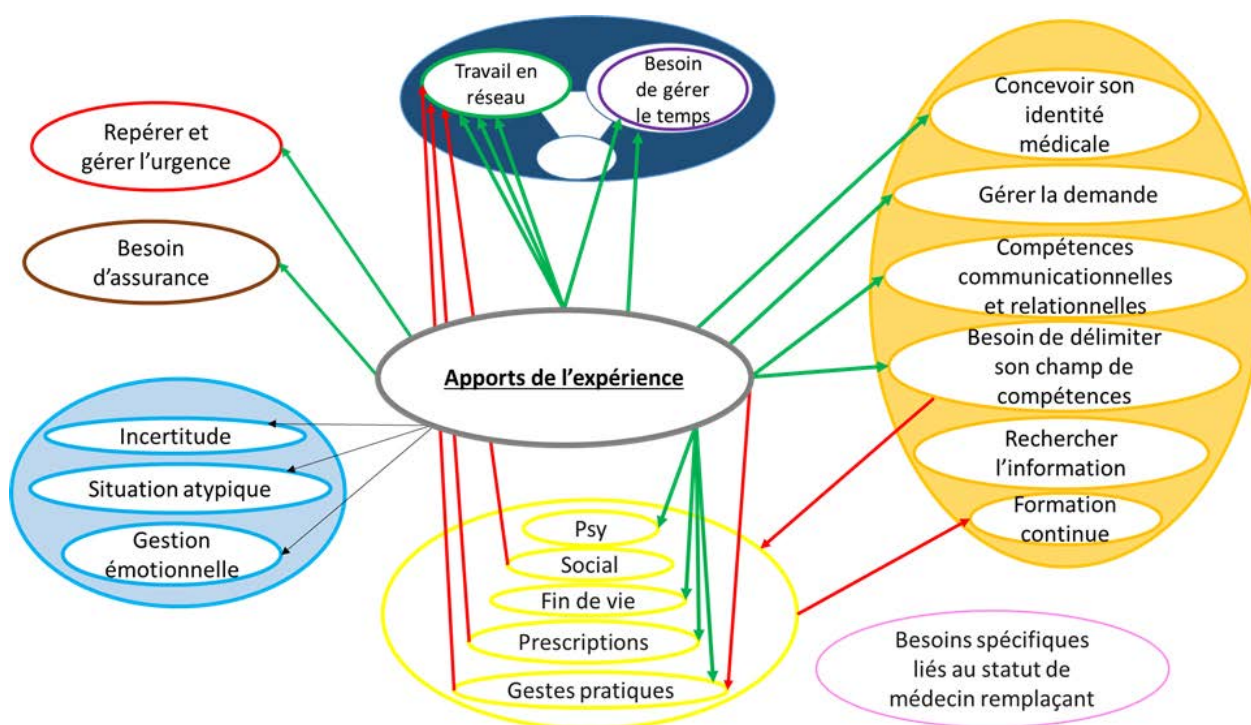
- L'expérience avait montré à R que l'assurance permettait de gérer des situations nouvelles, initialement angoissantes :
 « J'en ai eues plusieurs là en un an, je les ai bien gérées, car je me sentais à l'aise moi-même, je n'avais pas forcément plus de connaissances par rapport à ces situations là, mais c'est le fait d'être à l'aise, qui faisait que je n'avais plus peur de les gérer, et donc je les ai bien gérées. ».
- L'assurance lui aurait donné de meilleures compétences relationnelles pour gérer ces situations :
 « Ce sont des compétences relationnelles. Clairement, ce sont des compétences relationnelles parce que...voilà avec le relationnel, on peut tout faire, on peut tout expliquer aux patients, on peut gérer n'importe quels types de situations, et quels types de patients. »
- L'expérience avait montré à R que cette capacité à gérer les situations nouvelles et l'incertitude permettait de relativiser le manque d'expérience et la crainte de ne pas savoir au début :
 « C'est l'expérience, c'est se dire : ben finalement, j'ai pas fait beaucoup de consultations, j'ai pas vu beaucoup de motifs de consultation, j'ai pas tout vu la médecine générale, c'est ça qui me manquait. Au final, on s'en sort à chaque fois parce que c'est l'art de...l'art de ...bah je vais chercher un mot des enseignants c'est l'art de gérer l'incertitude quoi. Et c'est une compétence énorme et on ne soupçonne pas finalement d'avoir cette compétence et finalement on l'a. »
- L'expérience avait montré à R que la gestion de l'incertitude était une compétence qu'on aurait mais qu'on ne soupçonnerait pas, et qu'elle était la spécialité de la médecine générale :
 « Il faut avoir en avoir conscience et puis l'accepter et savoir la gérer. »
- Il fallait rester critique sur l'expérience et l'assurance :
 N3 disait : « C'est pas qu'au début. La peur de passer à côté du diagnostic, qu'il soit grave ou pas grave d'ailleurs. Se dire « mince j'ai raté ça ». C'est une crainte j pense que tout le monde a et, et ça c'est une crainte qui reste même si vous prenez en confiance. D'ailleurs quelqu'un disait que l'expérience, c'est la capacité de reproduire toujours les mêmes erreurs mais avec de plus en plus d'assurance. »

L'expérience serait insuffisante d'où l'importance de la réflexivité. Cela réintroduit le besoin de formation continue.

6. Figure R-III.H1 : apports de l'expérience

Cette figure illustre les catégories pour lesquelles l'expérience racontée des intervenants apportait des propriétés (les propriétés sont les codes, ici apports par l'expérience). L'expérience avait parfois révélé des liens entre des catégories (codes-liens apportés par l'expérience). Ces liens apportés par l'expérience étaient illustrés par les flèches de contour rouge et orange dans les figures précédentes. Ces codes-liens apportés par l'expérience sont illustrés dans la figure R-III.H1 par des flèches pleines vertes (liens d'utilité) et rouges (liens de nécessité). Les codes correspondants à ces apports d'expérience qui ont permis de créer les flèches sont à retrouver dans l'annexe n°12.

Figure R-III.H1. Apports de l'expérience



IV. MODELISATION ET THEORISATION ANCREE SUR LES DONNEES

1. Théorie des besoins de compétence professionnelle des ex-internes de médecine générale depuis 2007

Les compétences communicationnelles et relationnelles étaient utiles à presque toutes les autres catégories de besoin. Le besoin de compétences communicationnelles et relationnelles n'entraînait jamais de nouveau besoin. C'est la catégorie centrale de cette théorie des besoins car elle ne dépendait pas d'autres compétences. Le besoin de compétences communicationnelles et relationnelles serait une priorité dans l'apprentissage de la compétence professionnelle des ex-internes de médecine générale. Ces compétences communicationnelles et relationnelles étaient utiles au besoin d'adaptabilité.

L'adaptabilité était une compétence acquise plus tardivement avec l'expérience. Cependant, ce besoin serait essentiel dans la compétence professionnelle car il permettait de répondre aux situations de la vraie vie (décalage entre la théorie et la pratique).

Le besoin de savoir gérer l'incertitude était au centre de l'adaptabilité. Ce serait « la spécialité de la médecine générale ». L'adaptabilité était nécessaire dans certaines situations pour gérer l'urgence. Elle était nécessaire et complémentaire au besoin de savoirs théoriques dans certaines situations de médecine générale (précarité sociale, patient pédiatrique). Elle permettait d'être efficace en consultation et de mieux gérer le temps. Elle était épaulée par le travail en réseau et les compétences communicationnelles et relationnelles.

Dans l'adaptabilité, la gestion émotionnelle s'acquerrait avec l'expérience. Elle avait comme prérequis de concevoir son identité médicale par le fait de se connaître. La conception de l'identité médicale était liée aux savoirs théoriques par le fait de délimiter son champ de compétences. Elle évoluait avec l'expérience. Elle demandait de l'assurance. La conception de son identité médicale était nécessaire pour gérer la demande.

Gérer la demande permettait de gérer l'urgence, de gérer le temps et d'être disponible pour les patients suivants. Gérer la demande nécessitait de savoir s'adapter.

Rechercher l'information et le besoin de formation continue étaient en lien avec les compétences organisationnelles, l'adaptabilité, la pratique, et le manque de savoirs théoriques.

Repérer l'urgence était utile pour gérer le temps d'une consultation, et pour gérer les demandes ressenties comme urgentes par les patients. Gérer l'urgence nécessitait parfois

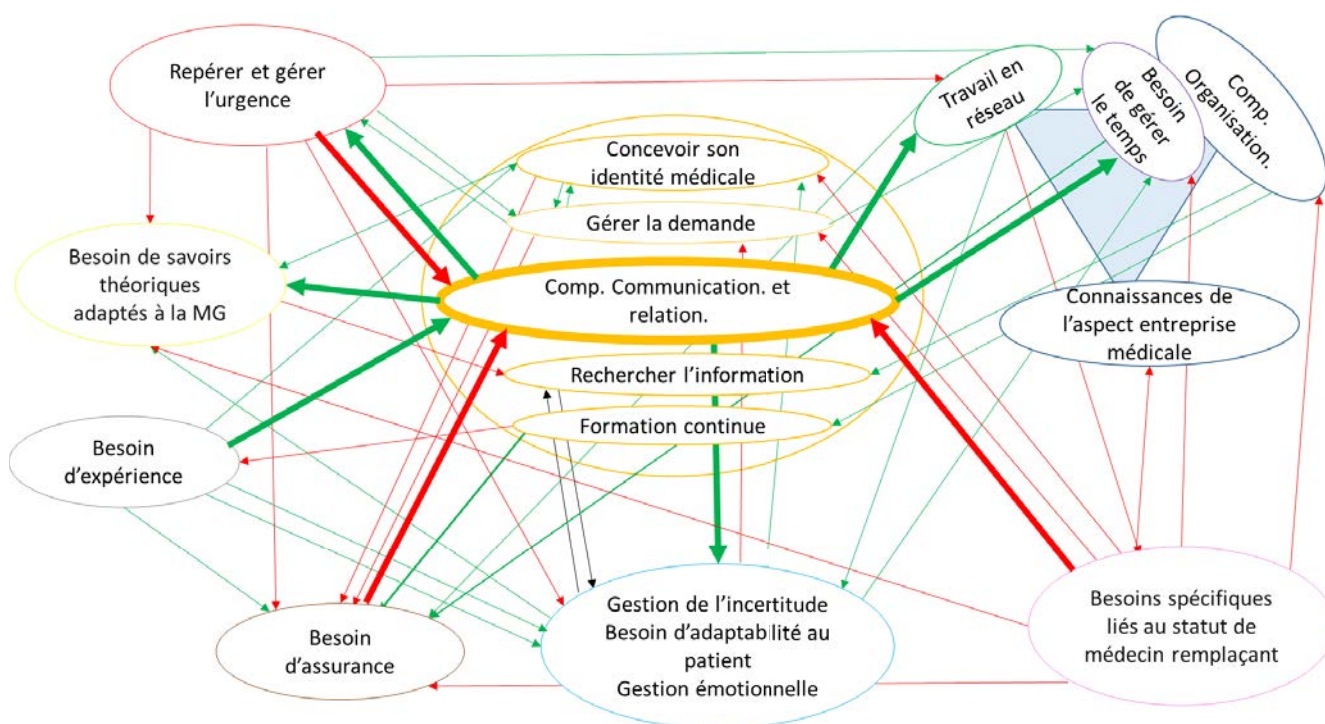
des compétences d'adaptabilité aux situations atypiques. Elle nécessitait de pouvoir travailler en réseau, de l'assurance, des compétences communicationnelles, et des savoirs théoriques.

L'assurance s'acquerrait avec l'expérience. L'assurance était cependant nécessaire dès le début pour gérer l'urgence, et s'adapter à certaines situations (refus d'hospitalisation). L'assurance était nécessaire pour s'affirmer en tant que médecin. Elle nécessitait des compétences sur la relation médecin-malade. Pour trouver de l'assurance, la connaissance du réseau et gérer le temps étaient utiles.

Et la boucle est bouclée. Le statut de remplaçant confirmait la nécessité des compétences de gestion du colloque singulier, d'assurance, de savoirs pratiques de terrain, et de savoirs adaptés à la gestion ponctuelle des pathologies chroniques en médecine générale.

L'expérience racontée par les participants était la matière de la théorie : elle montrait leurs lacunes véritablement expérimentées (qu'ils ont perçues en situation professionnelle), et elle révélait des liens que ces expériences fournissaient entre les catégories de compétences. Ces liens seraient à exploiter pour réfléchir aux difficultés et être compétent dans les situations professionnelles problématiques.

Figure R-IV.1. Modélisation et théorisation ancrée.

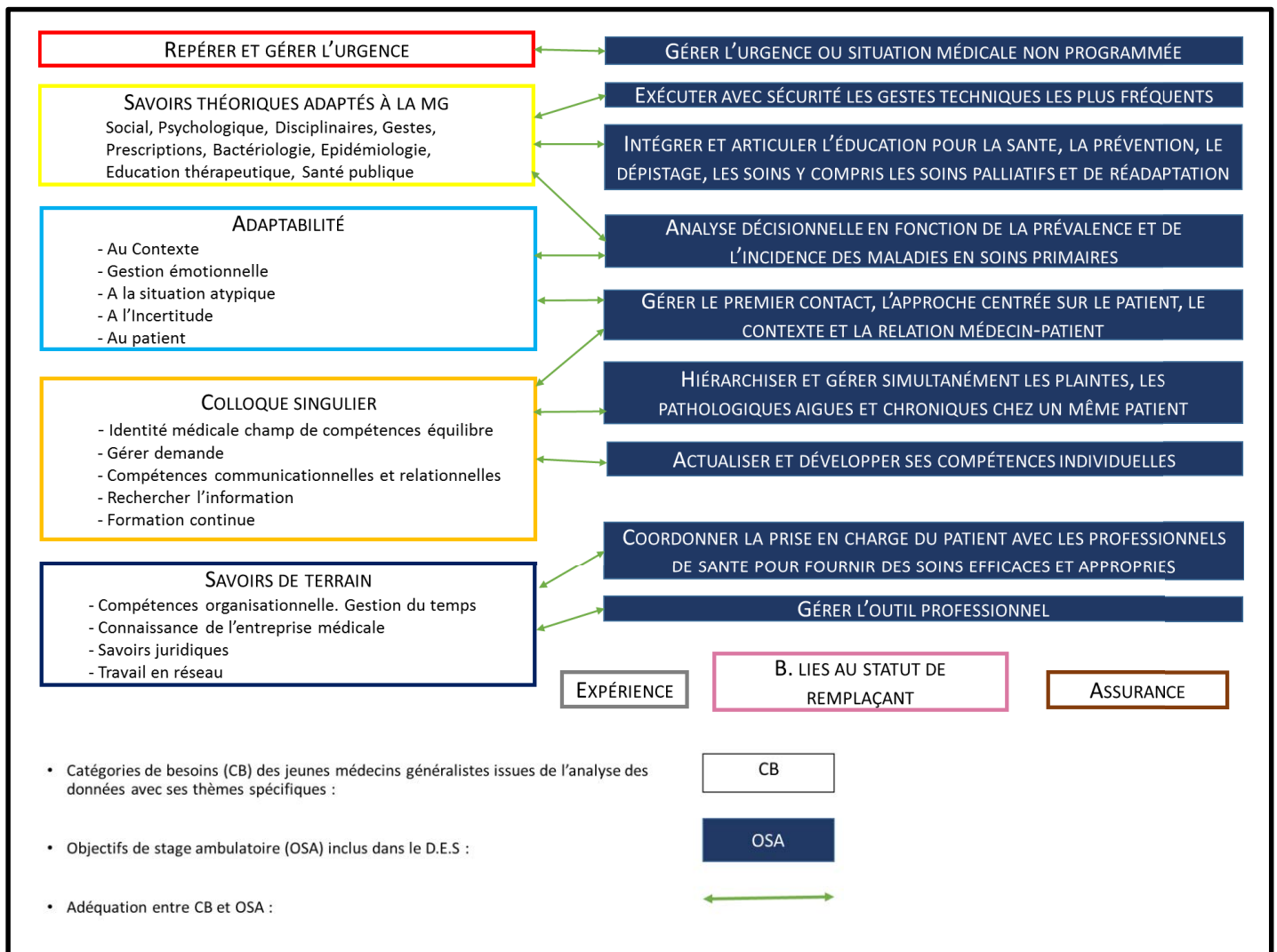


V. RESULTATS DE L'OBJECTIF SECONDAIRE

Les objectifs de stages ambulatoires chez le praticien pour les étudiants de Lille 2 compris dans le programme du DES de médecine générale réactualisé en 2013 sont accessibles sur le site de la faculté (18). Ils sont développés en 9 objectifs primaires et 32 objectifs secondaires.

A. Les intitulés des objectifs de stage ambulatoire concordent de façon globale avec les besoins des jeunes médecins généralistes.

Figure R-V.1 Comparaison des besoins de compétence et des objectifs de stages ambulatoires chez le praticien.



Le besoin central de compétences relationnelles et communicationnelles est retrouvé dans l'objectif intitulé : « Adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte du patient. Gérer la communication médecin-patient. Construire la relation médecin-patient ».

Les catégories de besoins qui n'étaient pas incluses dans les objectifs de stage ambulatoire étaient les besoins spécifiques liés au statut de remplaçant, d'expérience et d'assurance.

Les principaux sous-thèmes spécifiques non étayés dans les objectifs de stage ambulatoire étaient :

- Le besoin de concevoir son identité médicale (dont délimiter son champ de compétences)
- La gestion de l'aspect social de la médecine générale (connaissance des outils, des acteurs et des solutions sociales)
- La gestion de l'aspect psychologique de la médecine générale
- Les particularités de la consultation pédiatrique
- La gestion du patient psychiatrique
- L'adaptabilité à la gestion émotionnelle
- La gestion du temps

Leur recherche est étendue au programme du DES dans le paragraphe suivant

B. Comparaison au programme du DES

Le DES de médecine générale dure 3 ans. Il comprend 6 stages de six mois dont trois semestres obligatoires dans des services ou départements hospitaliers agréés pour la médecine générale : 1 au titre de la médecine d'adultes, 1 au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie et 1 au titre de la médecine d'urgence, 1 semestre libre dans un service ou département hospitalier agréé, 1 semestre auprès des praticiens généralistes maîtres de stage des universités agréés, et 1 semestre selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale validé par le coordonnateur de médecine générale. Le SASPAS y était proposé.

Le DES de médecine générale comprend aussi 2 modules méthodologiques (pour la conception et l'utilisation du portfolio électronique), 26 modules théoriques, des groupes d'échanges de pratiques mensuels pendant 2 ans, et des « traces d'apprentissage » (mémoire du DES ou portfolio). Les objectifs ont été élaborés à partir du référentiel métier

qui définit les tâches professionnelles du médecin généraliste (19). Pour remplir ces tâches, le médecin généraliste met en œuvre des compétences génériques comprises dans « la marguerite des compétences » (annexe 13).

La plupart des besoins des intervenants en termes de compétence professionnelle en médecine générale étaient retrouvés dans le programme du DES : au travers des objectifs de stages ambulatoires et de stages hospitaliers obligatoires : médecine polyvalente, urgences, pédiatrie, gynéco-obstétrique, au travers des modules théoriques (compétences transversales et compétences spécifiques), et dans la marguerite des compétences de la médecine générale.

Concernant les besoins liés à l'aspect psychologique de la médecine générale et à la gestion du patient psychiatrique, il est notifié dans le chapitre « organisation des stages du DES » : « Dans l'ensemble du cursus, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires. Ils sont réalisés à l'occasion de stages effectués dans les services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des internes et habilités pour cette formation. »

Les besoins liés aux particularités de la consultation pédiatrique sont retrouvés pour la plupart dans les objectifs de stage pédiatriques. C'est le contexte particulier de cette consultation en ambulatoire qui est peu développé (gestion de l'anxiété parentale, craintes liées au suivi au domicile).

Dans les thèmes spécifiques, les compétences juridiques sont abordées en « proposition de sujet pour les traces d'apprentissage ».

Les besoins spécifiques liés au statut de remplaçant, d'assurance dans son exercice médical, les besoins liés aux problématiques sociales, à la gestion du temps, à la conception de son identité médicale et à la gestion émotionnelle du professionnel ne sont pas retrouvés dans les objectifs du DES.

DISCUSSION

I. RAPPEL DES RESULTATS

A. Rappel des résultats de l'objectif principal

Le besoin de compétences communicationnelles et relationnelles des ex-internes de médecine générale (intervenants) sortis du DES entre 2007 et 2015 était un besoin central. Les catégories de besoins, ordonnées à partir des besoins de connaissances de base aux besoins de compétences plus conceptuelles, étaient :

- Besoin de savoirs théoriques médicaux adaptés à la médecine générale
- Besoin de savoirs pratiques de terrain
- Besoin de savoir repérer et gérer l'urgence
- Besoin d'assurance
- Besoin d'expérience
- Besoin de savoir gérer le colloque singulier
- Besoin d'adaptabilité
- Besoins spécifiques liés au statut de remplaçant

B. Rappel des résultats de l'objectif secondaire

La plupart de ces besoins étaient retrouvés dans le programme du DES de médecine générale de Lille exceptés les besoins liés aux problématiques sociales, à la conception de son identité médicale, et à la gestion émotionnelle.

II. VALIDITE INTERNE : LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

A. Limites de l'étude

Il existe plusieurs points négatifs à ce travail :

- Il n'y a pas eu d'entretien collectif test.
- Le codage initial était réalisé sous de nombreux angles de vue poursuivant des objectifs implicites multiples. Les codes ouverts initiaux issus de l'analyse des entretiens collectifs ont été sélectionnés après triangulation à cause de la modification de la question de recherche (la question de recherche initiale portait sur le vécu des jeunes généralistes. Elle a été modifiée pour cibler les insuffisances de compétences). Le guide des entretiens collectifs n'était pas orienté par rapport à la question de recherche finale.
- La fin de l'étude a été commandée par l'échéance du travail et nous n'avons pu saturer les données. L'expérience des jeunes médecins généralistes est un vaste champ d'étude qui ne permet d'affirmer qu'aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'aurait émergé au cours d'un entretien suivant.
- Contrairement à la définition de Pierre Paillé (12), la théorisation finale de cette théorie n'est pas une « construction « minutieuse » et « exhaustive » de la multi-dimensionnalité et de la multi-causalité du phénomène étudié » mais montre une visibilité générale des grandes catégories de besoins des jeunes médecins généralistes et des interactions qui existent entre elles.
- Enfin, les connexions des objectifs de stages ambulatoires avec les résultats de cette étude sont subjectives.

B. Forces de l'étude

Il existe plusieurs points positifs à ce travail :

- La question de recherche répondait à une problématique réelle confirmée par les données.
- Le guide d'entretien a été modifié au fur et à mesure en fonction des données pour répondre à la question de recherche.
- L'animation des groupes collectifs a été faite par un chercheur neutre, dans un lieu neutre.
- Tous les codes ont été triangulés par un chercheur indépendant pour améliorer l'objectivité des résultats. Ces chercheurs étaient de domaines professionnels

différents (dans le domaine de l'enseignement et dans le domaine médical). Cela a permis d'apporter une transdisciplinarité à l'analyse.

- L'échantillonnage en variation maximale a permis d'explorer avec plus d'exhaustivité la problématique des jeunes médecins généralistes en termes de types et de durée d'expériences.
- La réalisation d'entretiens collectifs et d'entretiens individuels permettait aussi d'explorer avec plus d'exhaustivité la problématique des jeunes médecins généralistes car les dynamiques des entretiens sont différentes :
 - o « La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion (...) L'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres. L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités. » (21).
 - o L'entretien individuel permet d'explorer la pensée d'un intervenant différemment. Dans ce type d'entretien, il y a plus de confidentialité. L'intervenant peut alors se sentir moins gêné pour exprimer ses idées personnelles.

III. VALIDITE EXTERNE : DISCUSSION DES RESULTATS PRINCIPAUX

Est-ce que ces besoins sont retrouvés dans d'autres études ? Est-ce que ces besoins correspondent à des sujets étudiés dans la littérature en médecine générale ?

A. Besoin de savoirs théoriques médicaux adaptés à la médecine générale

La problématique psychologique est souvent rencontrée en médecine générale et met en difficulté les médecins généralistes.

Ces résultats étaient présents dans la thèse de P. Péjot. Elle avait interrogé en entretiens collectifs 12 médecins généralistes qui avaient entre 3 et 37 ans d'activité libérale.

« Les médecins généralistes ne sont pas psychologues, psychiatres ou psychothérapeutes » mais les « demandes de soins en rapport avec une souffrance psychologique » sont fréquentes. Les médecins généralistes disaient manquer de formation théorique à la relation d'aide. L'auteur rapportait une solution existante à cette problématique : les « groupes Balint » créés par le psychiatre éponyme sont composés de généralistes et de psychiatres. Ils ont pour but « d'aider les médecins généralistes dans la gestion des consultations lors desquelles ils sont face à des patients en souffrance psychologique, qu'elle soit visible ou dissimulée derrière de nombreux symptômes » (22).

Les difficultés et le besoin de formation pour gérer les problématiques psychologiques apparaissaient dans les travaux de C. Manjarres et J. Deschaume (8,10).

La problématique sociale est un besoin pertinent et d'actualité puisque le Haut Conseil de la Santé Publique avait publié en 2009 que la France était le pays d'Europe où les inégalités sociales étaient les plus grandes (23). Le rôle social « incontournable » du médecin généraliste a été décrit par E. Mathieu (24). La méconnaissance et les difficultés à gérer ces problématiques étaient retrouvées dans d'autres études (25-28). Les besoins de savoir gérer le patient psychiatrique, de savoirs dermatologiques, juridiques, en prescriptions symptomatiques et en gestes techniques étaient également rapportés dans différents travaux (8, 10).

B. Besoin de savoirs pratiques de terrain

Dans notre étude, les intervenants n'étaient pas préparés à la logistique biomédicale et administrative, ni à l'aspect libéral du métier. Un travail mené auprès de départements de médecine générale de plusieurs facultés françaises montrait que l'enseignement des spécificités de la pratique de la médecine générale en libéral était réalisé (29). Néanmoins, les besoins de connaissances en comptabilité, en fiscalité, et en formalités administratives apparaissaient dans d'autres études (8, 10, 25).

La gestion du temps est une difficulté retrouvée dans la littérature notamment chez les médecins plus expérimentés, dans les consultations de type relation d'aide (22, 30).

Dans notre étude le travail en réseau était utile. D'après la WONCA, « le rôle de coordination de la médecine générale est un point clef de l'efficacité des soins de santé de première ligne de bonne qualité » (31). Les formations interprofessionnelles pour apprendre à travailler ensemble commencent à être mises en place. Elles apparaissent « indispensables pour rencontrer les autres professionnels de santé, déconstruire les représentations et travailler dans une logique de collaboration interprofessionnelle » (32).

C. Besoin de savoir repérer et gérer l'urgence

Il était nécessaire et interagissait avec beaucoup d'aspects de la pratique du médecin généraliste. Repérer et gérer l'urgence est peu étudié du point de vue des médecins généralistes, en dehors de la composition de la trousse d'urgence et de la communication avec les urgentistes.

Notre étude apporte comment les compétences communicationnelles, relationnelles, organisationnelles et en gestion de l'incertitude influent aussi sur cet aspect qui fait partie inévitablement de la médecine générale.

D. Besoin d'assurance

C'est un sujet peu voire pas étudié. Probablement parce que le manque d'assurance pour un médecin est un sujet tabou. Le manque d'assurance des médecins généralistes était évoqué comme causant des difficultés dans la relation médecin-patient (30). Ceci rend pertinent le fait de se préoccuper et d'étudier ce besoin. Le manque de confiance en soi entraînait aussi des difficultés communicationnelles « face à un patient trop savant » (33).

Notre étude montre que l'assurance a été nécessaire et facilitatrice pour la résolution de manques de compétences par nos intervenants.

E. Besoin d'expérience

L'intérêt de la confrontation à la pratique réelle a été largement illustré dans les évaluations du SASPAS par les internes (6, 34). Le programme Canadien a été révisé en 2006 pour augmenter l'exposition de leurs résidents à la médecine familiale de 6 à 15 périodes de stages et pour améliorer leurs compétences en médecine familiale (35).

Agnès Oude Engberink a étudié auprès de jeunes médecins généralistes le sentiment d'être prêt à exercer (9). Elle trouvait que l'expérience permettait de prendre conscience des savoirs utiles pour exercer et permettait d'intégrer l'incertitude liée à l'exercice de la médecine générale.

F. Besoin de savoir gérer le colloque singulier

1. Conception de l'identité médicale

Concevoir son identité médicale était nécessaire d'après notre travail. La construction d'une identité professionnelle serait une « catégorie structurante du « sentiment d'être prêt à exercer » (9).

2. Besoin de gérer la demande

Notre étude montrait que gérer la demande était nécessaire et utile dans la pratique du médecin généraliste pour gérer l'urgence et pour être disponible pour les patients suivants. La « gestion hiérarchisée des problèmes » fait partie des caractéristiques de la médecine générale définies par la WONCA (31).

3. Besoin de compétences communicationnelles et relationnelles

Dans notre étude, les intervenants avaient besoin de compétences communicationnelles et relationnelles. Ce besoin était central car il était utile à toutes les catégories de besoin. Elles apparaissent centrales aussi dans l'étude de L. Ben Salah (33).

Dans la littérature, les compétences communicationnelles étaient incluses dans la qualité de la relation médecin-malade. La connaissance de ces critères de qualité devait être intégrée dans la formation initiale et continue (30). Dans le travail de L. Ben Salah, « la majorité [des internes en fin de cursus] reconnaissent la place centrale et fondamentale qu'occupe la compétence « Communication, relation, approche centrée patient » dans la pratique quotidienne d'un médecin généraliste. ». Comme dans notre étude, son travail retrouvait que cette compétence n'était pas acquise à la fin de la formation (33). Les médecins généralistes interrogés sur la relation d'aide en médecine générale s'accordaient sur l'intérêt d'une formation à la communication. P. Péjot trouvait que « la communication était mise en pratique de manière instinctive lors des consultations, mais [celle-ci] était parfois assez méconnue sur le plan théorique et stratégique » (22).

G. Besoin d'adaptabilité

Les difficultés liées au décalage entre la théorie et la pratique apparaissaient également dans l'étude de A. Oude Engberink (9). Elle rapportait un « choc émotionnel de la découverte d'un nouveau métier, avec angoisse et stress devant « l'écart » entre les connaissances acquises et les habiletés mobilisées » chez les jeunes médecins généralistes qu'elle avait interrogés.

Notre étude a montré que l'adaptabilité était nécessaire pour résoudre ces difficultés.

1. Adaptabilité au contexte et gestion émotionnelle

La gestion émotionnelle était citée comme critère de compétence pour la compétence « relation, communication, approche centrée patient » dans le travail publié par L. Compagnon et al (36).

2. Gestion de l'incertitude

Dans notre étude, elle était au centre de l'adaptabilité. En France, la sociologue G. Bloy a analysé au travers de 200 entretiens la manière dont l'incertitude se manifestait en médecine générale et les façons dont s'en accommodaient les omnipraticiens (2).

En Finlande, les étudiants qui estimaient avoir des difficultés pour tolérer l'incertitude craignaient davantage de faire des erreurs et considéraient que le travail de médecin généraliste était éprouvant (37).

En Grande Bretagne, les médecins et internes spécialistes d'organe étaient en difficulté pour gérer les symptômes inexplicables : « La plupart des internes étaient frustrés de l'absence de diagnostic » et craignaient de « passer à côté d'une pathologie grave sous-jacente, ce qui les amenait à explorer quasi-systématiquement les symptômes inexplicables par des examens complémentaires ». La majorité des participants déploraient l'absence de formation spécifique (38).

D'autres articles internationaux permettent de comprendre et donnent des stratégies pour gérer l'incertitude en médecine. L'incertitude est inhérente à la pratique médicale (39). L'apprentissage de la gestion de l'incertitude semble être primordial au cours des études de médecine (38).

3. Adaptabilité au patient

Les difficultés pour s'adapter au patient étaient retrouvées comme une limite de la compétence communicationnelle des internes de médecine générale en fin de cursus (33). Comme dans notre étude, les médecins généralistes interrogés par P. Péjot étaient parfois en « difficulté [pour] cerner le problème amenant le patient à consulter » (22).

IV. DISCUSSION DES RESULTATS SECONDAIRES : BESOINS DONT LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE FIGURENT DANS LE PROGRAMME DU DES

La plupart des besoins apparaissaient dans le programme du DES de médecine générale de Lille. Ils ne sont probablement pas connus par les étudiants, et/ou ils ne sont pas acquis. Comment sont-ils inclus dans le programme du DES Lillois et comment sont-ils abordés ailleurs ?

A. Concernant la gestion des problématiques psychologiques et psychiatriques en médecine générale

La présence de cette problématique dans les objectifs du DES lillois a été décrite dans les résultats secondaires. Il s'agissait de « temps de formations obligatoires » à l'occasion des stages dans les services et structures agréés pour cette formation aux internes.

L'université d'Angers impose 10 demi-journées obligatoires de prise en compte de la souffrance psychique dans tous les stages sauf si l'étudiant est en SASPAS ou en stage en psychiatrie (40). Le stage en psychiatrie fait partie des stages obligatoires pour les résidents en médecine familiale à l'université de Laval au Québec (41). L'université de Sherbrooke définit les compétences en santé mentale que doit avoir le résident en fin de cursus (42).

B. Concernant l'apprentissage des gestes techniques

Ce besoin est en cours de résolution à Lille grâce à la possibilité des internes de médecine générale de participer aux séances pratiques sur des mannequins (PRESAGE) depuis octobre 2015.

C. Concernant le besoin d'expérience

Monsieur le Ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche Thierry Mandon a annoncé que le SASPAS serait rendu obligatoire. C'est une voie d'amélioration qui avait été suggérée par nos participants.

D. Concernant la gestion de la demande

Le référentiel métier indique que le médecin généraliste compétent doit « être capable de hiérarchiser et de gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient au moyen d'une prise en charge globale et de l'éducation du sujet à la gestion de sa santé et de ses maladies ». Il indique aussi que le

médecin généraliste compétent doit répondre de manière adaptée à la demande urgente d'un de ses patients (19).

Le Collège des Médecins de Famille du Canada décrit des dimensions essentielles de la compétence pour résoudre un problème (en plus des compétences liées au sujet médical, à l'acte technique et au rôle du médecin de famille) (43). Ces dimensions essentielles étaient : l'approche centrée patient, les habiletés de communication, le professionnalisme, les habiletés du raisonnement clinique, et la sélectivité. Le résident « démontrait sa compétence dans cette dimension lorsqu'il établissait des priorités et se concentrait sur la plus importante (...) [lorsqu'il] distinguait ce qui était urgent de ce qui ne l'était pas et intervenait en temps opportun », entre autres. Dans la définition de la sélectivité, on retrouve des critères de la « gestion de la demande » dans notre étude.

E. Concernant les compétences communicationnelles et relationnelles

1. Dans le programme du DES de Lille 2

Les objectifs du DES concernant les compétences communicationnelles et relationnelles se déclinent de la manière suivante :

- Dans les objectifs de stages ambulatoires :
 - « Gérer la communication médecin-patient et construire la relation médecin patient »
 - « Gérer le premier contact avec les patients. »
 - « Adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte du patient »
 - « Manifester une écoute active et empathique »
 - « Maitriser les techniques de communication verbale et non verbale ; adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet »
 - « Expliquer et négocier une décision, une prescription »
 - « Annoncer une nouvelle grave »
 - « Prendre en compte ses préférences et ses affects et ceux du patient sujet »
 - « Intégrer dans la pratique les principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient. »
- Dans les objectifs des stages hospitaliers :
 - « Expliquer un diagnostic, un traitement au patient et s'assurer de la compréhension »
 - « Communiquer avec le patient et son environnement »

- « Expliquer, sans inquiéter une affection aux parents et aux enfants et donner les conseils de reconsultation. Négocier l'absence d'examen complémentaire, l'absence de traitement. Expliquer les grands principes diététiques d'un enfant en fonction de l'âge. »
- « Conseiller une contraception. Expliquer les dépistages. »
- Dans un module transversal : « Communication, négociation »
- Dans les propositions de thèmes pour les traces d'apprentissages : une situation clinique évoquant un problème de conflit ou de responsabilité, ou une situation relationnelle particulièrement satisfaisante ou difficile (patient en deuil, patient revendicatif ou insatisfait, annonce d'un diagnostic ou d'un pronostic grave).

L'acquisition de cette compétence a donc bien sa place prévue dans le cursus des internes de médecine générale. Cependant nos intervenants se trouvaient « démunis en communication ».

2. Dans les caractérisations des compétences du CNGE

Le CNGE a placé cette compétence « Relation - Communication - Approche centrée patient » au cœur de la marguerite des compétences (annexe n°13). Le niveau compétent était caractérisé de la façon suivante par le groupe expert mandaté par le CNGE (36) :

« En dehors des situations très complexes, [il] mène en autonomie un entretien centré sur le patient et structure ce dernier. »

« Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, [il] est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux, de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient. »

« Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet, ...), [il] construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci. »

« [il] communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause. »

« Dans les conditions habituelles, [il] réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage. [Il] Met en œuvre avec les intervenants médicaux, médicosociaux, et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient. »

Dans ces critères, on retrouve des difficultés en situation professionnelle racontées par nos intervenants (gérer la remise en cause, le patient agressif). Elles illustrent le fait que ces compétences ne sont pas acquises.

3. Dans les programmes d'ailleurs

A Créteil, G. Even a présenté l'expérience pédagogique d'un programme d'initiation à la relation médecin-malade pour les étudiants de DCEM. Il s'effectuait en groupes avec un médecin généraliste et un psychologue clinicien. Les étudiants et les enseignants étaient satisfaits de cet enseignement (44).

En Angleterre, l'objectif de Von Fragstein et al était de fournir un contenu pour l'enseignement de la communication aux étudiants en médecine de premier cycle (45).

En Australie, une étude interrogeant 60 étudiants dans trois groupes comparait l'apprentissage de compétences communicationnelles aux moyens d'un patient standardisé, d'un patient virtuel et dans des conditions d'apprentissage clinique traditionnel (46). Tous les étudiants avaient accru leurs compétences et il n'y avait pas de différence entre les différents groupes d'apprentissages.

Au Canada, Millette et al voulaient aider les responsables d'enseignement à planifier une formation à la communication et à l'entrevue médicale (47). Les auteurs écrivaient que les habiletés requises pour une communication professionnelle n'étaient pas innées et devaient être apprises.

4. Perspectives pour améliorer l'acquisition de cette compétence issues de notre analyse de littérature

a) La roulette combinatoire de la communication professionnelle en santé (annexe 14) : un outil pédagogique canadien :

Richard et al publiaient les premiers résultats des travaux du conseil de compétence en communication mandaté en 2007 (48). Ils proposaient une définition élargie de la communication professionnelle, rendant compte de la complexité de la compétence en communication médicale. Ils avaient l'ambition de constituer un référentiel didactique. Ils présentaient une « roulette combinatoire de la communication professionnelle ». Cette roulette combinait :

- Les fonctions génériques et les dimensions de la communication (échanger l'information et établir une relation ; les dimensions cognitive, affective et sociale)
- Les tâches transversales et les tâches séquentielles de l'entrevue médicale

- La variété des pratiques cliniques (Age et genre ; situations cliniques ; contextes ou milieux de soins)
- Les formes et expressions de la communication médicale.

Ils décrivaient comment le médecin devait adapter sa communication en fonction de la situation de soins. Ils définissaient 4 types de relation en fonction de la situation clinique (aigüe/chronique ; bénigne/grave) où le médecin devait tenir des rôles différents : facilitation, partenariat, expertise-guidance et expertise-prise en charge. Il devait ainsi adapter sa communication au rôle défini par la situation clinique.

La roulette combinatoire pourrait être un outil intéressant pour sensibiliser les étudiants aux multiples situations d'apprentissage de cette compétence en stage.

b) Objectif certification finale des résidents :

C'est un examen final facultatif (permettant la désignation CCMF (certifié du Collège des médecins de famille). Il y a une visibilité des aspects concrets de la compétence, et des outils de son évaluation sur le site du CMFC (43). Les objectifs d'apprentissage des internes suisses reprennent les objectifs du CMFC (49).

c) Expert de la communication non médecin

Dans le conseil de compétence en communication, mis en place par le CMFC, il y avait également un expert en marketing social et en communications, et un psychologue expert en communication. Faire intervenir ce type de professionnels non médecins pour améliorer l'apprentissage de cette compétence pourrait être une perspective intéressante.

F. Concernant le besoin d'adaptabilité à la situation, la gestion de l'incertitude, et le besoin d'adaptabilité au patient

1. Dans le programme du DES de Lille

L'incertitude fait partie des objectifs de stages ambulatoires et des champs globaux qui peuvent être abordés dans les traces d'apprentissage, et apparaît dans les objectifs de stages ambulatoires.

2. Dans les caractéristiques des compétences du CNGE

Des critères associés à l'adaptabilité sont présents dans quatre parties de la marguerite des compétences (annexe n°13). Le terme « incertitude » n'apparaît pas. (36)

3. Dans le référentiel métier

« Le médecin généraliste doit être capable : de développer en l'argumentant un processus spécifique de prise de décision en soins primaires ; utiliser le temps comme outil décisionnel et tolérer l'incertitude ; de gérer des situations du stade précoce et indifférencié au stade avancé (ce qu'on avait appelé la situation clinique atypique) » (19).

Dans le référentiel métier, l'adaptabilité au patient s'intègre dans les notions de « savoir-faire d'information et de communication avec les patients » : « le médecin généraliste doit être capable d'adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient » (19).

4. Perspectives d'amélioration d'acquisition de ce besoin d'adaptabilité issues de notre revue de littérature

a) La roulette combinatoire canadienne

C'est une illustration de ce besoin d'adaptabilité dans les compétences communicationnelles et relationnelles. L'adaptabilité pourrait être appréhendée et travaillée plus rapidement dans les stages cliniques. Pour cela, on pourrait utiliser et se réapproprier la roulette combinatoire de la variété de situations cliniques avec l'accord de ses concepteurs.

b) Habileté de sélectivité dans le programme canadien

Par ailleurs l'adaptabilité est retrouvée dans les programmes canadiens dans la définition de l'habileté supérieure appelée « Sélectivité » : « le fait que le médecin ne fait pas les choses de façon routinière ou stéréotypée mais [qu'] il est adaptable et sélectif dans son approche, la modifiant pour l'adapter à la situation et au patient (...) [qu'il] agit lorsque nécessaire même si l'information n'est pas complète » (adaptabilité à la situation atypique),

« détermine la probabilité, la pertinence et les priorités de ses diagnostics différentiels » (gestion de l'incertitude), et « choisit et modifie un traitement pour l'adapter aux besoins particuliers » (adaptabilité au patient).

A l'instar des habiletés supérieures canadiennes du médecin de famille, on pourrait définir et évaluer l'adaptabilité comme une compétence supérieure ou transversale dans les programmes du DES.

c) *Théorie sur l'incertitude*

Les stratégies de gestion de l'incertitude mériteraient d'être mieux connues et discutées tant dans les stages hospitaliers que ambulatoires (37). L'incertitude en médecine pourrait être appréhendée de façon théorique plus tôt dans les études de médecine.

V. DISCUSSION DES RESULTATS SECONDAIRES : BESOINS DONT LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE NE FIGURENT PAS DANS LE PROGRAMME DU DES

Concernant les objectifs qui ne figurent dans le programme lillois, sont-ils présents dans d'autres programmes ou référentiels et sous quelles formes ?

A. Besoins liés aux problématiques sociales

Les problématiques sociales ne sont pas retrouvées dans le programme du DES. Cependant, Les inégalités sociales font partie du référentiel métier dans la section « Professionnalisme » (19) : le médecin généraliste doit avoir des « savoirs de base concernant l'environnement professionnel et les institutions », il doit « collaborer avec les partenaires médicosociaux ».

Au Canada, l'un des 4 principes de la médecine familiale est : « la médecine de famille est orientée vers la communauté ». L'université de Laval énonçait dans sa première partie de programme intitulée « médecine et communauté » un objectif de connaissance du milieu de pratique. Les compétences intermédiaires étaient d'identifier les clientèles vulnérables et les principales ressources disponibles dans le milieu (organismes communautaires...) (41). ».

Ce sont des objectifs qui pourraient être ajoutés au programme du DES de Lille, à l'instar du programme de Laval.

B. Besoin de gérer son temps

Dans la compétence « Professionnalisme », le CNGE a défini le critère suivant : « gère son temps pour un équilibre entre vie professionnelle et personnelle » (19).

Dans les critères d'évaluation de stages ambulatoires de Créteil, un critère satisfaisant des compétences « premier recours, incertitude, urgence » est : « hiérarchise ses actions et organise son temps pour répondre aux soins non programmés ».

Dans la grille modifiée Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale diffusée en annexe du carnet de stage ambulatoire de Créteil, une des habiletés évaluées pour structurer l'entrevue est : « gère efficacement le temps imparti pour la consultation » (50).

Dans les trajectoires des compétences définies dans le programme universitaire de Montréal en médecine familiale, la contrainte temporelle est incluse dans l'évaluation des résidents plus avancés dans le cursus. Dans la compétence « maîtrise de l'expertise médicale », le résident au milieu de son cursus doit savoir réaliser « une anamnèse et un

examen clinique ciblés dans le temps requis pour les cas simples », et en fin de cursus il doit savoir gérer son temps aussi « pour les cas complexes » (51).

La grille de Calgary Cambridge mériterait d'être visible dans le programme du DES lillois, et l'évaluation de la gestion du temps d'une consultation intégrée dans les objectifs de stages ambulatoires.

C. Besoin de concevoir son identité médicale

1. Conception de l'identité médicale en général dans les programmes et référentiels

C'était un prérequis à la gestion du colloque singulier qui n'est pas visible dans les programmes du DES. Elle n'est pas présente non plus dans le programme de l'université de Créteil (52). Au Québec, la construction de l'identité médicale est une étape claire des compétences à atteindre dans le programme de Laval (41). Comme dans notre étude, elle inclut le fait de savoir délimiter son champ de compétences.

2. Besoin de délimiter son champ de compétences

« Etre capable de travailler en équipe, et/ou en réseau lors des situations complexes, aiguës et chroniques » fait partie des compétences du référentiel métier (19, annexe n°13). Mais la délimitation du champ de compétences du médecin généraliste en tant que telle, est peu visible dans les référentiels français.

Au Canada, le résident doit « agir avec professionnalisme » en « comprenant son rôle professionnel », étant conscient des « limites de ses compétences » (43).

3. Besoin d'équilibre

Dans le référentiel métier, le médecin généraliste doit « engager un fonctionnement et une organisation respectueuse d'une pratique médicale durable sur le plan individuel (santé) et collectif ». La compétence professionnalisme du CNGE intègre également la notion d'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (19).

Le besoin d'équilibre professionnel et personnel a été problématique pour un ex-interne de notre étude qui a délaissé la médecine générale pour se spécialiser.

4. Perspectives

La conception de l'identité médicale avait été appréhendée secondairement par nos intervenants. Elle avait été nécessaire dans leur expérience. Pour bien comprendre et exercer son métier, il est peut-être utile d'aborder cette notion d'identité médicale plus tôt

dans les études en l'intégrant dans les objectifs pédagogiques.

D. Besoin de savoir gérer ses émotions

Il n'était pas retrouvé dans le référentiel et dans les programmes des départements de médecine générale en France consultés (5, 40, 52).

Dans la compétence « Professionnalisme » et dans la finalité d'apprentissage « Prendre soin de sa santé », « faire face aux situations de stress et aux émotions de sa vie personnelle et professionnelle, et adopter des solutions adaptées à ses réactions émotionnelles dans les situations cliniques difficiles » sont une « manifestation » demandée aux résidents de médecine de famille à Montréal (51).

La gestion émotionnelle pourrait être mieux discutée et évaluée dans les stages ambulatoires.

VI. APPORTS DE CETTE ETUDE

L'intérêt de cette étude est dans la visibilité globale des difficultés rencontrées en termes de compétences par les remplaçants au sortir de leurs études.

L'approche qualitative par théorisation ancrée permettait de sortir des formats préétablis. La force de cette étude réside dans l'authenticité ancrée dans les données du vécu récent des jeunes médecins généralistes. La modélisation des résultats a permis de hiérarchiser les besoins et de formuler une priorité de compétences à acquérir dans le champ des apprentissages de l'interne en médecine générale : les compétences communicationnelles et relationnelles.

Cette étude propose un modèle global en cohérence avec les données de besoins rapportées dans la littérature médicale française et internationale. Elle souligne aussi l'existence de nouveaux outils pédagogiques, non appréhendés à notre connaissance dans l'enseignement actuel.

VII. PERSPECTIVES

Des perspectives correspondant aux besoins spécifiques ont déjà été proposées point par point dans le chapitre précédent.

Une perspective de ce travail serait de confirmer ces résultats par une méthode quantitative ou une méthode de Delphi¹⁵.

A l'échelle nationale, une perspective serait d'homogénéiser les programmes universitaires. Les DMG pourraient s'inspirer du mode de certification des compétences et des critères d'évaluation établis par les universités canadiennes pour rendre plus concrets ces concepts de compétences.

A l'échelle locale, des ressources pédagogiques mériteraient d'être connues et pourraient être utilisées par les référents à l'hôpital comme en ambulatoire, à l'instar de la roulette combinatoire pour gérer l'adaptabilité et s'entraîner aux compétences communicationnelles. Par ailleurs, l'étude de G. Bloy sur l'incertitude en médecine générale mériterait d'être connue et discutée pour construire ses positions dans ces situations cliniques d'incertitude en stage à l'hôpital comme en ambulatoire (2).

A l'heure où le temps de travail des internes est réformé pour laisser plus de temps à l'apprentissage en autonomie (4), il serait possible d'utiliser les résultats de cette étude comme une grille de repérage des problématiques difficiles rencontrées en situation authentique. Lors d'une demi-journée de son stage, l'interne pourrait effectuer deux ou trois consultations de patients de façon autonome dans un contexte semblable à la consultation de médecine générale. A l'issue de ces consultations, il repérerait via la grille de repérage, deux ou trois besoins qui correspondraient aux difficultés qu'il aurait rencontrées. Son objectif serait d'y répondre. Pour ce faire, il pourrait rechercher sur le terrain les personnes-ressources, ce qui lui permettrait également de créer des liens interprofessionnels, et d'améliorer ses compétences communicationnelles et relationnelles pour travailler en réseau. A défaut de ressources humaines, il pourrait réaliser une revue de littérature, et améliorer ses compétences en recherche d'informations médicales. Chaque interne pourrait partager les résultats de ses investigations en solutions pragmatiques à l'ensemble de la promotion via internet sur un site partagé dédié. Leur objectif sur les trois

¹⁵ Méthode Delphi : méthode de consensus reposant sur une série de questionnaires structurés visant habituellement à élaborer des décisions.

années d'internat serait de compléter cette grille de repérage avec des solutions utilisables en pratique puisque vérifiées sur le terrain.

Un autre objectif serait de réactualiser périodiquement ce schéma des besoins.

CONCLUSION

Cette étude a permis de modéliser un schéma des besoins de compétences des jeunes médecins généralistes au sortir de leurs études. Ces besoins correspondent à des problématiques étudiées dans la littérature en médecine générale.

Les compétences communicationnelles et relationnelles sont un outil central pour la compétence professionnelle en médecine générale. L'acquisition de ces compétences communicationnelles et relationnelles devrait être un objectif prioritaire.

Pour les acquérir, il serait intéressant que les étudiants puissent s'approprier d'outils pédagogiques tels que la roulette combinatoire canadienne.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Gallois P, Vallee JP, Le Noc Y. Médecine générale en crise : faits et questions. *Médecine*. 2006;2(5):223-8.
2. Bloy G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. *Rev fr aff soc*. 2011;2(2-3):9-28.
3. Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) [en ligne]. Paris : CNGE. Historique du CNGE; 2012 [consulté le 28 janvier 2015]. [environ un écran]. Disponible: http://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge.
4. Ministère des Affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes : article1 [en ligne]. Paris : Ministère des Affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes; 2015 [consulté le 03/04/2016]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/2/26/AFSH1500837D/jo/texte>
5. Département de Médecine Générale de la faculté de Lille 2. Programme du DES de Médecine Générale [en ligne]. Lille: Université de Lille 2-Droit et Santé; 2013. [Consulté le 17 mars 2016]. 34 p. Disponible: http://medecine.univ-lille2.fr/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/formations/dmg/des/des_programme.pdf&t=1461253781&hash=567e94b2b28ae2ca34fe3074e151446902a8a56c
6. Benech-Riopel E. Evaluation du premier semestre de stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) à l'université de Créteil Paris XII. [Thèse d'exercice: Médecine. Médecine Générale]. Créteil: Université de Paris-Val-de-Marne; 2005.
7. Andrieux M. Evaluation de la formation en SASPAS par les internes en Médecine Générale à la Faculté de Poitiers. [Thèse d'exercice: Médecine. Médecine Générale]. Poitiers: UFR de médecine et de pharmacie; 2014.
8. Manjarres C. Influence du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) sur la formation et sur les compétences des jeunes médecins généralistes : étude comparative. [Thèse d'exercice: Médecine. Médecine Générale]. Créteil: Université Paris-Est Créteil; 2012.
9. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. *Pedagog. Med*. 2011;12(4):199-212.
10. Deschaume J. Difficultés rencontrées par les remplaçants en médecine générale après un an d'exercice. Enquête auprès des étudiants inscrits en TCEM1 en 2004 à l'université Paris VII. [Thèse d'exercice : Médecine. Médecine Générale]. Paris VII: Université Paris Diderot-Paris 7; 2010.
11. Touboul P. Recherche qualitative : la méthode des focus groupes [en ligne]. Nice : Collège de médecine générale de Nice. [consulté le 1er avril 2016]. 10p. Disponible: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf

12. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol.* 1994;(23):147-181.
13. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine [en ligne]. Lille: Université Lille 2; 2009 [consulté le 1^{er} avril 2016]. 38p. Disponible: <http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf>
14. Maxwell JA. Théorie fondée (grounded theorie). Dans Maxwell JA. La modélisation de la recherche qualitative. Une approche interactive. Fribourg (Suisse) : Editions universitaires de Fribourg; 2000. p.150-2.
15. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative I. *Exercer.* 2009;(87):74-9.
16. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. *Exercer.* 2009;(88):106-12.
17. Larousse P. Dictionnaire de français Larousse [en ligne]. Paris: Larousse Éditions. Définition : colloque [consultée le 14 mars 2016]. Disponible: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/colloque/17231>
18. Larousse P. Dictionnaire de français Larousse [en ligne]. Paris: Larousse Éditions. Définition : colloque [consultée le 14 mars 2016]. Disponible: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>
19. CNGE, CNGOF, CASSF, CNOSF. Référentiels métiers et compétences Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Mercuès: Berger Levrault; 2010. 155p.
20. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales [en ligne]. Paris: Drees. Etudes & Résultats; 2009 [consulté le 1^{er} avril 2016].8p. Rapport no : 679. Disponible: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
21. Moreau A, Dedianne M.C, Letrilliart L, Le Goaziou M.F, Labarère J, Terra J-L. S'approprier la méthode du focus group. *La Revue du Praticien-Médecine générale.* 2004;18(645):382-4.
22. Péjot P. La compétence en communication dans la relation d'aide : ressenti et pratiques déclarées de médecins généralistes. [Thèse d'exercice : Médecine. Médecine Générale]. Nantes: UFR de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.
23. Haut Conseil pour la Santé Publique (HCSP). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité[consulté le 16 février 2015]. Paris: La documentation Française; 2010. Disponible: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf
24. Mathieu E. Rôle social du médecin généraliste : enquête auprès des médecins généralistes de Montpellier. Exemple d'une plateforme sociale ville-hôpital. [Thèse d'exercice : Médecine. Médecine Générale]. Montpellier: Université de Montpellier I – Faculté de médecine; 2010.

25. Poisson-Rubi S. Le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003. [Thèse d'exercice : Médecine. Médecine Générale]. Poitiers : Université de Poitiers; 2006.
26. Sauvage S. Analyse qualitative des difficultés, des pratiques et des attentes des médecins généralistes et des assistantes sociales de secteur autour de la prise en charge des situations médico-sociales complexes. [Thèse d'exercice : Médecine. Médecine Générale]. Nantes: Faculté de médecine; 2013.
27. Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature. [Thèse d'exercice : Médecine. Médecine Générale]. Grenoble: Université Joseph Fourier ;2011.
28. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Santé Publique. 2015;27(5):679-90.
29. Spiess J. Etat des lieux des enseignements des spécificités de la pratique de la médecine générale en libéral dans les différentes facultés de médecine de France Métropolitaine. [Thèse d'exercice : Médecine. Médecine Générale]. Rouen: Faculté de médecine et de pharmacie; 2013.
30. Moreau A, Dedianne M-C, Labarère J, Terra J-L. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. La Revue du Praticien-Médecine générale. 2004;(674-75):1495-8.
31. Société Européenne de médecine générale – WONCA Europe 2002. La définition européenne de la médecine générale [en ligne]. Barcelone(Espagne): WONCA EUROPE; 2002 [consultée le 01 août 2015] 52 p. Disponible: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
32. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation interprofessionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. Pédagogie Médicale. 2015;16(2):105-17.
33. Ben Salah L. Description du niveau compétent pour la compétence « Communication, relation, approche centrée sur le patient » à partir du discours des internes de médecine générale de la faculté de médecine de l'UPEC. [Thèse d'exercice : Médecine. Médecine Générale]. Créteil: Université Paris-Est Créteil; 2013.
34. Mari C, Bail Philippe, Le Reste Jean-Yves. Premiers SASPAS = First supervised self-directed training courses in ambulatory primary care (SASPAS). La Revue du Praticien-Médecine générale. 2006;20(722):252-56.
35. Sanche G, Authier L, Beïque C, Duplain R. Le nouveau programme de résidence de médecine familiale de l'Université de Montréal : des intentions aux premiers pas de l'évaluation. Pédagog méd. 2010;10(4):267-79.
36. Compagnon L, Bail P, Huez JF et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108:148-55.

37. Nevalalmen M. Tolerance of uncertainty in medicine among 5th year medical students. *Exercer*. 2010;90(suppl1):S34-5.
38. Warner A. Former les médecins à la prise en charge des symptômes inexplicables : une étude à partir des perceptions des spécialistes hospitaliers. *Exercer*. 2012;100:35-6.
39. Ghosh AK. Understanding Medical uncertainty: A Primer for Physicians. *The Journal of the Association of Physicians of India*. 2004;52:739-42.
40. Département de Médecine Générale – Faculté d'Angers. Organisation et validation DES [en ligne]. Angers : Université d'Angers [consulté le 13 avril 2016]. Disponible: <http://www.univ-angers.fr/fr/acces-directs/facultes-et-instituts/ufr-sante/medecine-generale/organisation-et-validation-d-e-s-3eme-cycle.html>
41. Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Laval – Canada. Cahier des objectifs et des compétences du programme de résidence en médecine familiale de l'Université Laval en lien avec les rôles Can-MEDS-MF, 2012[en ligne]. Laval(Canada): Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de Laval. 2012 [consulté le 13 avril 2016]. Disponible: https://www.fmed.ulaval.ca/mfmu/fileadmin/documents/Programmes/Medecine_familiale/Cahier_de_programme_Juillet_2012.pdf
42. Faculté de médecine et des sciences de la santé– Département de médecine de famille et de médecine d'urgence. Compétences en santé mentale [en ligne]. Sherbrooke: Université de Sherbrooke. [consulté le 27 mars 2016]. Disponible: https://www.usherbrooke.ca/dep-medecine-famille/fileadmin/sites/dep-medecine-famille/documents/Residence/C5-COMPETENCES_EN_SANTE_MENTALE_web.pdf
43. Le collège des médecins de famille du Canada. Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada : Les objectifs d'évaluation en médecine de famille. Rapport du groupe de travail sur le processus de certification 2010 [en ligne]. Mississauga(Canada): Collège des médecins de famille du Canada. 2010 [consulté le 13 avril 2016].191 p. Disponible: <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Definition%20of%20Competence%20Complete%20Document%20with%20skills%20and%20phases%20FR%20Jan%202011.pdf>
44. Even G. Enseigner la relation médecin-malade : présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. *Pédagog Méd*. 2006;7(3):165-73.
45. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *British Journal of Med Educ*. 2008;42(11):1100-7.
46. Quail M, Brundage S, Spitalnick J, Allen P, Beilby. Student self-reported communication skills, knowledge and confidence across standardised patient, virtual and traditional clinical learning environments. *BMC Med Educ*. 2016;16(1):73.
47. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagog Méd*. 2004;5(2):110-26.

48. Richard C, Lussier M-T, Galarmeau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagog Méd.* 2010;11(4):255-72.
49. Bûrgi H, Rindlisbacher B, Bader C et al. Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training [en ligne]. Suisse: Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. 2008 [consulté le 11 avril 2016].57p. Disponible: <http://scllo.smifk.ch/scllo2008/fulltext/drobjects>
50. Département universitaire d'enseignement et de recherche en Médecine Générale – UPEC (Paris-Est Créteil). Le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée – SASPAS (niveau 2) – Carnet de stage, 2014 [en ligne]. Créteil : UPEC.2014 [consulté le 1er avril 2016]. 52p. Disponible: http://www.medecinegen-creteil.net/wp_creteil/wp-content/uploads/2014/03/1405_Carnet-de-stage-Saspas-niveau-2.pdf
- 51 Authier L, Sanche G. Le programme de résidence de médecine de famille de l'université de Montréal : Un programme structuré en approche par compétences. Document cadre,2014.[en ligne] Montréal(Canada): Les Presse du CPASS, Université de Montréal. 2014 [consulté le 26 mars 2016]. 80p. Disponible: http://cpass2016.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/27/UdeM_ProgMedFam_APC_2014web.pdf
52. Département universitaire d'enseignement et de recherche en Médecine Générale – UPEC (Paris-Est Créteil). Le programme du DES de Médecine Générale 2013-2014, 2013 [en ligne]. Créteil : UPEC.2013 [consulté le 10 avril 2016]. 39p. Disponible: http://www.medecinegen-creteil.net/wp_creteil/wp-content/uploads/2013/10/Programme_T3_DES_MG_Cr%C3%A9teil_2013_2014.pdf

ANNEXES

ANNEXE N°1. GUIDE DES ENTRETIENS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS

Consignes communes pour les entretiens collectifs :

J'ai terminé mon internat de médecine générale en novembre 2014 par un stage en autonomie chez le médecin généraliste. J'ai fait une recherche bibliographique sur ce stage SASPAS depuis sa mise en place en 2004 et j'ai lu un article intéressant sur le sentiment d'être prêt à exercer en médecine générale (9). Je me demandais ce qui en était réellement, du vécu des jeunes médecins généralistes « de l'autre côté de la barrière » de fin de cursus universitaire. J'ai décidé donc de consacrer ma thèse à ce sujet.

Pour ce faire, j'utilise la méthode d'entretien collectif ou « focus group », qui me permettra d'explorer le champ du vécu des jeunes généralistes au travers de vos expériences personnelles professionnelles. Je conduirai ces entretiens collectifs puis des entretiens individuels jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'il n'y aura plus de concept nouveau qui émergera dans l'analyse de ces entretiens.

Je vous demande votre accord pour vous filmer et pour la retranscription écrite du film pour l'analyse ultérieure. On respectera bien entendu l'anonymat de toutes les opinions, car on n'est pas là pour juger mais pour explorer.

Consignes communes pour les entretiens individuels transcrits :

Je vais te demander de te replonger dans tes premiers déplacements de médecine générale. Je vais balayer le champ de ton activité en médecine générale. S'il y a des aspects que je n'ai pas évoqués, n'hésite pas à me le faire remarquer à la fin. Je vais te demander de situer les choses qui te manquaient dans ta compétence pour gérer. Rappelle-toi de tes débuts.

I. Guide de l'entretien collectif n°1

Question n°1 : Au début de l'internat, comment vous projetiez-vous comme médecin généraliste ?

Question n°2 : Qu'est-ce qui vous a attiré vers le métier de médecin généraliste ?

On va parler de vos premières années en tant que professionnel médecin généraliste remplaçant :

Question n°3 : Racontez-moi, comment se sont passés vos débuts ?

Question n°4 : Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit comme sentiment ou ressenti lorsqu'on vous parle de vos débuts en remplacement ?

Relance : comment définiriez-vous vos sentiments durant ces premiers temps ?
(*Difficile, facile, motivant, frustrant, déprimant, passionnant, c'était une réussite, un échec, sentiment de maîtrise de l'environnement, ou d'être perdu et mal guidé* »)

Question n°5 : Quelles différences voyez-vous par rapport à vos années en tant qu'internes de médecine générale en stage ?

Pour ceux qui sont installés :

Question n°6 : Et pour ceux qui sont installés, comment se sont passés vos débuts ?

Question n°7 : Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit comme sentiment ou ressenti quand on vous parle de votre début d'installation ? Comment définiriez-vous vos sentiments durant ces premiers temps ?

Question n°8 : Quelles différences voyez-vous par rapport à vos années en tant qu'internes de médecine générale en stage ?

Au sujet des débuts en tant de remplaçant :

Question n°9 : Qu'est-ce qui vous a semblé le plus difficile au début de vos remplacements ? Racontez-moi vos expériences difficiles.

Question n°8 : Qu'est-ce qui vous a gêné le plus lors de vos débuts ?

Question n°9 : Quelles connaissances ou savoirs disciplinaires vous faisaient défaut ?

Question n°10 : Quelles sont les difficultés relationnelles que vous avez pu avoir ?

Question n°11 : Quelles sont les difficultés organisationnelles que vous avez pu rencontrer ?

Et pour ceux qui se sont installés :

Question n°12 : Qu'est-ce qui vous a semblé le plus difficile au début de votre installation ?

Racontez-moi vos expériences difficiles.

Question n°13 : Qu'est-ce qui vous a gêné le plus lors de vos débuts ?

Question n°14 : Quelles connaissances ou savoirs disciplinaires vous faisaient défaut ?

Question n°15 : Quelles sont les difficultés relationnelles que vous ayez pu avoir ?

Question n°16 : Quelles sont les difficultés organisationnelles que vous avez pu rencontrer ?

Au sujet des débuts en tant de remplaçant :

Question n°17 : Quand vous avez débuté vos remplacements, avez-vous eu l'impression d'être plutôt expérimenté ou plutôt novice ? Pour quels domaines, aviez-vous l'impression d'être expérimenté ? Pour quels domaines, vous considériez-vous novices ?

Question n°18 : Comment définiriez-vous le début d'exercice professionnel en tant que médecin généraliste remplaçant ?

Question n°19 : Depuis quand est-ce que vous ne vous vous considérez plus « dans vos débuts » ?

Et pour ceux qui se sont installés :

Question n°20 : Quand vous avez débuté votre exercice en tant que médecin installé, avez-vous eu l'impression d'être plutôt expérimenté ou plutôt novice ? Pour quels domaines, aviez-vous l'impression d'être expérimenté ?

Pour quels domaines, vous considériez vous novices ?

Question n°21 : Comment définiriez-vous le début d'exercice professionnel en tant que médecin généraliste installé ? Depuis quand est-ce que vous ne vous vous considérez plus dans vos débuts ?

Question n°22 : Si vous deviez, à rétro, définir des objectifs de stage qui vous auraient été utiles pour votre pratique au début ; aujourd'hui, que diriez-vous ?

Pour tous :

Question n°23 : Si vous deviez, à rétro, définir des objectifs de stage qui vous auraient été utiles pour votre pratique au début ; aujourd'hui, que diriez-vous ?

II. Guide de l'entretien collectif n°2

Annotations préliminaires du plan d'entretien¹⁶ à l'attention de l'animateur :

- Le plan suivant comprend l'ensemble organisé des thèmes que l'on souhaite explorer.
- Il comprend des stratégies de relance pour maximiser l'information obtenue sur chaque thème
- Le plan d'entretien est une étape au processus d'objectivation qui se poursuit par les entretiens eux même et leur analyse.
- L'entretien est peu structuré : consignes et axes thématiques.
- L'entretien peu structuré sert à dégager une première communauté de sens entre l'enquêteur et l'enquêté.
- Il s'agit d'explorer le vécu des jeunes médecins généralistes en allant du niveau factuel au niveau réflexif,
- Et en suivant une progression narrative et chronologique.
- Le guide d'entretien structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours.

Question n°1 : Vous avez tous eu un cheminement vers le métier de médecin généraliste qui vous est propre. Racontez-moi comment êtes-vous arrivés à être médecin généraliste aujourd'hui.

- Convictions : qu'est-ce que vous aimez dans ce métier ?
- Représentation du métier de médecin généraliste.
- Chronologie du parcours professionnel.
- Leurs réflexions qui ont éventuellement modifié leurs idées initiales (projet professionnel) ou les facteurs décisionnels (à quels moments ?).

Question n°2 : On se remet dans le passé, vous avez enfin terminé vos études d'interne en médecine générale. Et vous commencez votre activité professionnelle à part entière. Vous êtes remplaçant pour la première fois et puis vous avez d'autres remplacements. De quoi vous souvenez-vous ?

- Racontez vos débuts
- Le vécu ?
- Si on devait formuler un peu ce sentiment, ce ressenti vraiment au début d'activité. Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

¹⁶ Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin Editeurs ;2007.

Question n°3 : Quelles craintes aviez-vous ? Quelles craintes avez-vous encore ?

Question n°4 : Qu'est-ce qui vous a semblé vraiment différent dans votre pratique professionnelle par rapport à vos stages d'internes ?

- En tant que remplaçant ?
- En tant qu'installé ?
- Comment définiriez-vous vos sentiments ? Comment avez-vous ressenti vos débuts en tant qu'installé ?

Question n°5 : Quels aspects de votre exercice professionnel vous ont le plus interpellés au début ?

Question n°6 : Racontez-moi vos expériences difficiles.

Question n°7 : Avec vos expériences, si vous faites une synthèse de ce qui vous gênait le plus lors de vos débuts professionnels, que diriez-vous ?

- Aspects problématiques du métier (médical, logistique, relationnel, familial, gestion émotionnelle ?)
- Manque ressenti de formation. Avez-vous ressenti des problèmes de connaissances? Lesquels ? Un manque de pratique ?
- Stratégies mises en place ?
- Qu'est-ce qui vous a gêné dans l'aspect libéral du métier ?
- Que pensez-vous de l'aspect des problèmes sociaux dans votre activité ?
- Dans la pratique quotidienne, quels patients vous mettent en difficulté sur le plan de la gestion de vos émotions et de votre comportement ?

Question n°8 : Pendant vos études vous avez été formés selon un raisonnement hypothético-déductif. Qu'en pensez-vous dans votre pratique aujourd'hui ?

Question n°9 : Manquer de temps semblerait être une idée importante, qu'en pensez-vous?

- Coté organisationnel ?
- Gestion des urgences imprévues ?
- Stratégie pour optimiser le temps ?
- Aurait-on pu anticiper cette problématique pendant vos études ? Comment ?

Question n°10 : Qu'avez-vous l'impression de savoir faire ?

Question n°11 : Qu'avez-vous l'impression de ne pas savoir faire ?

Question n°12 : Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous démotive aujourd'hui ?

Question n°13 : Qu'est-ce qui vous motive ?

Question n°14 : Qu'est-ce que vous voudriez voir changer dans l'internat avec votre recul aujourd'hui ?

Question n°15 : Avec votre expérience de jeune généraliste aujourd'hui, concernant la construction de votre projet professionnel :

- Qu'est-ce qui vous semble avoir manqué comme connaissances dans la construction de votre projet professionnel ?
- Qu'est-ce que vous diriez aux internes pour leur donner des objectifs de parcours d'interne en médecine générale ?
- Comment auriez-vous mieux abordé vos stages hospitaliers à la lueur de vos manques au début de vos remplacements ?
- Qu'est-ce qui vous a manqué en termes de savoirs dans votre pratique et que vous aimeriez voir apparaître en termes d'objectifs de stage ?

III. Guide d'entretien du premier entretien individuel (non transcrit)

Le guide d'entretien structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours.

Question n°1 : Comment es-tu devenue médecin généraliste ? Quel a été ton parcours professionnel ?

- Réflexions qui ont éventuellement modifié ses idées initiales.

Question n°2 : Qu'est-ce qui te motivait dans la médecine générale ?

- Pendant tes études, comment as-tu orienté ton apprentissage pour ton projet professionnel ?
- Qui est à l'origine de tes orientations d'apprentissage ?

Question n°3 : On se remet dans le passé, tu as enfin terminé tes études d'interne en médecine générale. Et tu commences ton activité professionnelle à part entière. Tu es remplaçante pour la première fois et puis tu as d'autres remplacements :

- De quoi te souviens-tu ?
- Raconte tes débuts. Comment ça s'est passé ?
- Comment te sentais-tu ? (À l'aise, expérimentée, novice)
- Si on devait formuler un peu ce sentiment, ce ressenti vraiment du début d'activité. Qu'est-ce qui te vient à l'esprit ?

Question n°4 : Qu'est-ce qui t'a semblé vraiment différent par rapport à tes stages d'internes dans ta pratique professionnelle ?

Question n°5 : Qu'est-ce qui t'a semblé différent entre tes remplacements et ton SASPAS ?

Question n°6 : Quels aspects de ton exercice professionnel t'ont le plus interpellée au début ?

Question n°7 : Avais-tu des craintes ?

Question n°8 : De quoi avais-tu besoin ?

Question n°9 : Qu'est-ce qui t'a le plus gênée au début dans ta pratique professionnelle ? Quelles situations et quels patients t'ont mise en difficulté ?

- Monde libéral ?
- Gestion financière, gestion du patient-client.
- Gestion du temps.
- Qu'est-ce qui t'a gêné dans l'aspect libéral du métier ?
- Et dans la gestion des problèmes sociaux ?

Question n°10 : Raconte-moi tes expériences difficiles et comment ça s'est passé.

Question n°11 : Aujourd'hui comment raisones-tu dans une consultation de médecine générale ? Est-ce que tu t'y étais préparée pendant tes études ?

- Place de l'intuitif et du raisonnement hypothético-déductif.

Question n°12 : Qu'est-ce que t'a apporté l'expérience de tes remplacements ?

- Exploration des problématiques difficiles (résultats des entretiens antérieurs)

Question n°13 : Manquer de temps semblerait être une idée importante, qu'en penses-tu ?

Question n°14 : Qu'as-tu l'impression de savoir-faire ? Qu'as-tu l'impression de ne pas savoir faire ?

Question n°15 : Avec ton expérience de jeune généraliste aujourd'hui, qu'est-ce que tu voudrais voir changer dans l'internat et les études ?

Question n°16 : A la lueur de tes expériences, qu'est-ce que tu conseillerais aux internes qui ont choisi médecine générale pour optimiser leur apprentissage du métier de médecin généraliste ? Quels objectifs de parcours ? Des objectifs précis ?

IV. Guide des entretiens individuels n°1 et 2

Question n°1 : Qu'est ce qui te gênait le plus, où tu ne semblais pas assez compétent pour gérer ?

Rappelle-toi tes premiers remplacements :

Question n°2 : Quels sont les aspects en termes d'organisation qui te mettaient en difficulté par manque de préparation ou de formation ?

Question n°3 : Rappelle-toi de situations où tu t'es senti démuni ou désarmé. Peux-tu me raconter ?

Question n°4 : Quels sont les patients qui te mettent en difficulté (Type de personnalités / pathologies) ? Y ressens-tu un besoin de formation ?

Question n°5 : Quels types de demandes te mettent mal à l'aise ? Est-ce que ça correspond à un manque de savoirs ou de formations ?

Question n°6 : Quels aspects de la médecine générale te mettaient mal à l'aise et correspondaient à un manque de compétence :

- Serait-ce l'aspect libéral de la médecine générale ?
- Quelle partie de la consultation te met le plus mal à l'aise par manque de compétence ?
- Est-ce que le rythme de la consultation est un problème de compétence ? Dans quel cas le rythme de ta consultation est compliqué à gérer ?
- Y a-t-il d'autres aspects de la médecine générale que je n'ai pas évoqués où tu te sens moins compétent ?
- Concernant l'aspect médical de ta pratique et du raisonnement ambulatoire :
 - Que penses-tu de ta gestion des motifs de consultation multiples ?
 - Quels sont les motifs de consultation où tu te sens incompetent ?
 - La clinique et les examens complémentaires : est-ce que tu as eu à tes débuts des difficultés concernant cette logistique ambulatoire ? (Et encore maintenant ?) Qu'est-ce qu'il te manque ?
 - La réflexion, le réseau en soins primaires, te sens-tu parfois démuni pour des questions particulières ?
 - Au moment de la proposition thérapeutique,
 - ❖ Y avait-il un problème de compétences ?

- ❖ L'adhésion thérapeutique : quand est-elle particulièrement compliquée à obtenir ? Est-ce que ça correspondait à un manque de compétence ?
 - Quelles situations de paiement te posent problème ?
 - Quelles sont les difficultés relationnelles (avec le patient, les confrères, les secrétaires) liées à un manque de savoir-être qui pourrait être inclus dans la compétence professionnelle de médecin ?
- Le côté psychologique de la médecine générale
- Le côté social de la médecine générale :
Éprouves-tu un manque de compétence ? Un besoin de formation ?
- Le côté médico-légal et juridique de la médecine générale ?

Question n°7 : Quelles sont les compétences qui te manquent le plus depuis la fin de ton D.E.S ?

Question n°8 : Quelles sont les situations lors des visites qui ont été délicates pour toi ?

Question n°9 : Quelles sont les situations de gestion qui t'ont posé problème :

- Récupération des résultats biologiques
- A propos de la comptabilité ?
- Le fonctionnement du cabinet (hygiène, commandes, matériel informatique), (la gestion du planning, le secrétariat), est-ce que ça correspondait à un moment donné à un manque de savoir ou de savoir-faire ?
- La gestion des modalités du libéral : les assurances professionnelles, les différentes cotisations, le mode d'installation : y avait-il un manque de connaissances, de savoir-faire ?

Question n°10 : Je t'ai demandé de te replonger dans tes premiers remplacements, as-tu des choses à rajouter ?

V. Guide de l'entretien individuel n°3

Question n°1 : Peux-tu me dire ce qui t'a manqué le plus comme ressources de savoirs, savoir-faire, savoir-être pour exercer la médecine générale ?

Question n°2 : Dans quels cas, au pluriel, as-tu manqué le plus de pertinence dans ta pratique ? As-tu des exemples ?

- Est-ce qu'il te manquait une capacité à mobiliser des ressources (en fonction des contraintes particulières de la situation)
- Est-ce qu'il y a d'autres situations où tu t'es senti démuni ou désarmé ?

Puis : thèmes à aborder pour compléter les données liées aux catégories déjà en place si non abordés de façon spontanée par l'intervenant :

- Typologie de consultations difficiles
- S'adapter à la situation particulière du patient
- Recherche d'informations
- Raisonement diagnostique en soins primaires
- Prévalence des maladies en soins primaires
- Gestion de l'incertitude ou capacité décisionnelle
- Gestion de la demande, motifs multiples
- Repérer l'urgence ambulatoire et la prendre en charge
- Gestes pratiques ambulatoires
- Organisation
- Gestion émotionnelle
- Fabrication de son identité médicale
- Prescriptions thérapeutiques ambulatoires
- Prescriptions paramédicales
- Education thérapeutique
- Délimitation du champ de compétences de la médecine-générale

- Connaissances fondamentales disciplinaires
- Colloque singulier Médecin-Patient
- Auto-formation continue nécessaire
- Responsabilité médico-légale
- Aspect social de la médecine générale
- Aspect psychologique de la médecine générale
- Aspect entreprise médicale
- Travail en réseau
- Soins palliatifs ambulatoires
- Action de dépistage

VI. Guide d'entretien individuel n°4

(Médecin s'étant détourné de la pratique de la médecine générale après un remplacement)

Question n°1: (*question brise-glace*): Comment se sont passés tes premiers remplacements ?

Question n°2 : Qu'est ce qui te mettait en difficulté dans une consultation ?

Question n°3 : Quels sont les aspects de la médecine générale auxquels tu n'étais pas formé et qui t'ont été problématiques (psychologique, social, libéral, médicolegal) ?

Etre un professionnel compétent c'est avoir des ressources (des compétences au pluriel) et savoir les mobiliser pour agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins en s'adaptant aux exigences et contraintes particulières de la situation.

Question n°4 : Dans quelles situations de consultations ou de visites t'es-tu senti démuni ou désarmé ?

Question n°5 : Raconte-moi ce qu'il te manquait en termes de savoirs, savoir-faire ou savoir-être concernant :

- Les motifs de consultations que tu as eus.
- Les patients eux-mêmes : quels patients te mettaient en difficulté ? (Pathologies, personnalités)
- Concernant le déroulement d'une consultation (visualise une ou plusieurs consultations difficiles du diagnostic au traitement).
 - Démarche diagnostique,
 - La clinique ambulatoire, les gestes pratiques,
 - La conclusion de la consultation,
 - La proposition thérapeutique
 - Paiement de la consultation
- Les tâches hors consultation médicales et administratives (récupération des biologies, imageries, demandes administratives pour les patients).

- La comptabilité.
- Les demandes que tu ne susses pas bien gérer.
- Les situations que tu ne savais pas gérer.
- Pour la coordination de la prise en charge des patients :
 - Réseaux de soins primaires (paramédical, acteurs (pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmier, plateau technique biologique))
 - Les réseaux médico-sociaux
 - Le réseau social
 - Le réseau médico-psychologique et psychothérapeutique
 - Le dialogue avec l'hospitalier
- Concernant l'organisation d'une journée.
- Les modalités du libéral.
- Le face à face avec le patient : qu'est-ce qui te posait problème ?
 - (Négocier, refuser, les situations conflictuelles)
 - Quel patient t'a réellement mis en difficulté ?

Question n°6 : Qu'est-ce qui t'a fait te détourner de la médecine générale ?

VII. Guide d'entretien individuel n°5

Question n°1 : Comment se sont passés tes premiers remplacements ? Raconte-moi.

Question n°2 : Qu'est-ce qui te semblait difficile lors de tes premières expériences professionnelles ?

Question n°3 : Dans quelles situations tu n'étais pas compétent pour gérer ? Qu'est-ce qui t'a manqué ?

Question n°4 : Dans quels cas t'es-tu senti démuni, désarmé ?

Question n°5 : Quels motifs de consultation te gênaient le plus ?

Question n°6 : Dans quels contextes de consultation as-tu été gêné pour gérer ?

- Consultation à plusieurs
- Jeune patiente pour une demande de contraception accompagnée de sa mère

Question n°7 : Quelles demandes t'ont été problématiques (administratives et médicales) ?

Question n°8 : Quels types de patients étaient problématiques pour toi ?

Question n°9 : Quelles difficultés avais-tu ou as-tu encore pour conduire la consultation ?

Question n°10 : Qu'est ce qui te gênait ou te gêne encore dans la démarche clinique ?

Question n°12 : Rappelle-toi de situations relationnelles qui ont été compliquées à gérer ?

Question n°13 : Proposition thérapeutique : qu'est ce qui te gênait en termes de prescriptions ? Qu'est-ce que tu ne savais pas faire ?

Question n°14 : Quelles situations en médecine générale te gênent encore aujourd'hui ?

Question n°15 : Qu'est-ce que tu as découvert dans la médecine générale et qui t'a été problématique ?

Thèmes à aborder si non abordés : prévention ; santé publique ; paiement de la consultation ; comptabilité ; social et administratif ; coordination ; travail avec les paramédicaux.

ANNEXE N°2. QUESTIONNAIRE INITIAL.

Je vous remercie vivement de votre participation. Merci d'écrire lisiblement. Les données seront toutes anonymisées.

- 1) Nom :
- 2) Prénom :
- 3) Age :
- 4) Sexe :
- 5) Origine culturelle :
- 6) Dans l'entourage familial (au premier degré) ou chez un proche (avec qui vous avez grandi, vécu avant ou pendant le TCEM), y a-t-il :
 - a. Un médecin généraliste :
 - b. Une profession libérale autre :
- 7) Région du TCEM :
- 8) Région d'études avant le TCEM :
- 9) Date de fin de TCEM ou de résidanat :
- 10) Avez-vous fait un SASPAS ?
- 11) Avez-vous effectué des formations autres qu'universitaires pour votre projet professionnel ?
- 12) Si oui, par quel(s) organisme(s) ?
- 13) Avez-vous un passé syndical ou associatif étudiant significatif ?
- 14) Avez-vous pris une ou plusieurs disponibilités ?
- 15) Si oui, dans quel objectif ? Que vous ont-elles apporté ?
- 16) Avez-vous effectué des remplacements avant la fin du TCEM ou du résidanat ? Si oui, en quel semestre ?
- 17) Etes-vous thésé(e) ? Si oui, en quelle année avez-vous passé votre thèse ?
- 18) Avez-vous des projets en matière de filière universitaire ? (Chef de clinique, maître de stage universitaire, enseignant, autre)
- 19) Quel a été votre secteur d'exercice majoritaire ? Urbain, semi-rural ou rural ?
- 20) Quel a été le secteur d'exercice qui vous a paru le plus difficile ?

21) Quel(s) type(s) d'exercice médical avez-vous effectué ? En quelle année et pendant combien de temps ?

Type d'exercice	Oui/Non	Depuis quelle année ?	Pendant combien de temps ? en mois cumulés
Remplaçant			
Assistant non thésé			
Collaborateur			
Installé non collaborateur			
Autre			

22) Quel a été/ quel est votre lieu d'exercice majoritaire ? Entourez ou complétez :

- cabinet individuel
- cabinet de médecins généralistes, associés ou non
- maison médicale pluridisciplinaire
- pôle de santé
- autre :

23) Quel est votre projet professionnel à court terme ? (Dans les deux ans)

- Remplacements
- Collaboration
- Association
- Installation
- Autre :

ANNEXE N°3. VERBATIM DES ENTRETIENS COLLECTIFS ET INDIVIDUELS.

I. Verbatim de l'entretien collectif n°1 (M1-M8)

I : Au début de l'internat, comment vous projetiez-vous comme médecin généraliste, comment vous vous imaginiez médecin ?

- M1 : Déjà moi je savais que je voulais être généraliste, ce n'est pas forcément le cas de tout le monde je pense.
- M2 : Ah oui oui oui.

I : Donc c'était une idée euh...

- M1 : Déjà je savais que c'était médecine générale...euh c'est au début de l'internat ou de l'externat t'as dit ?

I : Au début de l'internat

- M1 : Ah oui non, c'était déjà décidé pardon
- M2 : Mais même au début de l'internat, y'en a qui veulent faire gériatre ou euh
- M3 : Ouais ce n'est pas un choix par défaut, ouais parce que pour moi aussi
- M4 : Moi j'ai hésité parce que comme je ne connaissais pas la médecine générale, j'avais fait trois matinées de stage, euh, euh, pendant l'externat, on n'avait accès qu'à ça, **à l'époque**. Donc, euh j'avais pas fait de stage chez le prat', donc pour assurer mes arrières et comme j'aimais bien la gériatrie, j'avais fait un DU de médecine des personnes âgées, avant de faire un stage chez l'prat', au cas où ça ne me plairait pas. Et après, une fois que j'ai fait mon stage chez l'prat', j'me dis : c'est bon, j'choisis médecine générale ; fin j'**avais** choisi médecine générale avant d'démarrer donc j'pouvais faire une spécialité (fait signe de guillemets avec ses doigts) **à l'époque**, c'était la première année où c'était, euh...où on était obligé d'passer les ECN, et euh...même si j'étais justement bien classée pour choisir une spécialité, j'ai quand même choisi médecine générale. Dans le lot, c'est c'qui me semblait me plaire le plus, j'aimais bien la gériatrie aussi, parce que j'trouvais que c'était là où on était le plus humain, euh...en médecine polyvalente, euh, j'me disais qu'c'était la médecine la plus humaine, qui me correspondait le plus.

I : D'autres étaient dans ce cas-là ? Ou en hésitation ?

- M5 : Moi au début de mon internat, j'étais plutôt partie sur la médecine d'urgence. (Puis elle dit tout bas) : Et puis quand j'ai fait mes essais aux urgences j'ai fait **non**. (Rires)

I : D'accord, dès la première expérience...

- M5 : Ouais. A Cambrai.
- M4 : Ah bah oui. Ça calme hein. (Sourires)
- M1 : Moi j'précise parce qu'en fait j'ai dit ça au début, mais j'avais un peu oublié que je, au début, en fait, je voulais faire euh je, j'hésitais à faire des soins palliatifs, c'que j'ai pas fait finalement.
- M4 : Parce que ça fait peur la médecine libérale, quand même. Ça fait peur, euh, voilà : quand tu **connais pas**, et comme on **connait pas**, t'as peur un p'tit peu d't'engager là-dedans.
- M3 (discrètement) : Même la médecine générale, tout court.
- M4 : **La médecine générale ; aussi oui** (en hochant la tête).
- M3 : La médecine libérale c'est une notion qui vient un peu après je pense.
- M4 : Tout à fait oui tout à fait. (Hochements de tête dans le groupe)

I : D'autres avaient ce...

- M6 : Après, ils...fin moi j'sais que, fin j'étais plus orientée pédiatrie, hein, mais c'est le fait d'être à l'hôpital, où là c'est juste pas possible là.
- M4 : Oui voilà c'était un p'tit peu ça c'que j'disais tout à l'heure, l'hôpital ça m'donnait des boutons tout partout...J'me suis dit toute façon, ça pourrait pas être pire en ville (sourire).
- M6 : Et en plus j'me suis rendue compte qu'en médecine générale, euh encore plus, de la pédiatrie, euh, fin on **en fait quoi** donc euh... fin y'avait pas d'souci quoi.
- M4 : J'avais du mal à choisir une spécialité donc euh, j'me suis dit, j'aimais bien voir des gens (lève le doigt pour mettre l'accent) **pas trop malades aussi** (petits rires d'approbation dans le groupe).
- M7 : J'ai été dégoûtée par la médecine du travail.
- M4 : Ouais.
- M6 : En stage ?
- M7 : Nan, en internat, et j'ai fait un droit au remord au bout de trois semestres, mais en même temps j'me disais, ça va me permettre de faire des stages au SAMU ceci cela, j'ai pu faire des stages intéressants pour la suite, j'avais quand même bien dans l'idée de faire de la médecine générale.
- M4 : D'accord.
- M7 : J'ai pris un chemin détourné. (Rires)

- M4 : Pas con. (Rires) J'aurais pas pensé »

I : D'autres avaient ce sentiment un peu de peur du métier, d'une crainte euh...

- M4 : De pas l'connaître en fait.

I : C'est ça, c'est une méconnaissance du...du métier.

- M3 : Pour moi jamais.
- M2 : Nan (nan plus).
- M3 : Je sais que c'est une spécialité où on a l'droit d'pas savoir justement, ce qui me rassurait énormément. Après... bizarrement...
- M4 : Nan nan le de pas connaître le **métier**.
- M3 : Ah de pas connaître le métier ? D'accord pardon, au temps pour moi.
- M6 : D'pas connaître le métier de généraliste ou de libéral ?
- M4 : Des généralistes tout bêtement, je n'savais pas c'que c'était, enfin si ça allait m'plaire.
- M6 : Moi j'me suis incrustée, j'étais même pas externe, j'sais plus, j'me suis vite incrustée chez mon médecin pour voir c'que c'était,
- M4 : Voilà c'est c'que j'ai fait.
- M6 : pour me rassurer mais...
- M4 : T'es là, tu t'dis trois matinées c'est court quoi.
- M6 : ouais. Ouais ouais.
- M1 : Moi j'avais pas peur que ça m'plaise pas, j'avais peur de **n'pas savoir faire**, de...
- M7 : **Les études...**
- M1 : de pas être préparée
- M7 : sont pas du tout adaptées en fait, euh...
- M6 : **Avant** l'internat.
- M7 : très spécialisés avant l'internat.
- M3 : Les études de deuxième cycle ne nous préparent pas à la médecine générale,
- M7 : du tout.

- M4 : du tout.
- M3 : ils nous rendent **fous, c'est beaucoup trop**, perso.
- M4 : En plus de ça, tu...quand tu dis ton projet aux hospitaliers, ils te r'gardent avec des yeux comme ça (doigts devant les yeux pour dire gros yeux) : mais pourquoi... ? (Ironique)
- M2 : Ils te disent : « t'as des capacités ... »
- M3 : Sauf
- M4 : Voilà : « Mais pourquoi tu veux faire ça mais enfin, c'est très bien l'hôpital, médecine générale, hein ? » (Ironique) (sourires partiels dans le groupe) »
- M5 : Euh, moi y'a ma mère qui est médecin généraliste, installée en libéral, et euh, moi y'a pas de spécialité qui me plaisait, donc j'me suis, j'suis partie en médecine générale, j'me suis dit après euh pourquoi pas médecine d'urgence, mais moi ça m'faisait un peu peur la médecine générale, parce qu'en libéral, par la vie que je voyais de ma mère.
- M4 : Ta mère ouais. Ah oui, t m'étonnes. (Hochement de tête)
- (M1 acquiesce)
- M5 : Mais euh, et puis j'ai évolué, enfin j'sais pas si après il faut développer ou pas mais...

I : Vas-y.

- M5 : C'est la médecine générale en tant que telle tu vois elle me plaît pas notamment le libéral et c'est pour ça que moi j'ai pris un peu, j'ai fait médecin bénévole dans une association, faire de la médecine humanitaire (signe de direction avec sa main) parce que c'est un biais ou après euh, d'autres modes d'exercice en salariat, mais pas le libéral en fait.
- M4 : C'est le libéral qui te pose problème ?
- M5 : Ouais.
- M4 : Pourquoi ?
- M5 : Ben c'est... j'sais pas si c'est la discussion là.
- M4 : Ben si un peu quand même.

(Tout le monde parle en même temps)

I : Allez-y, allez-y

- M6 : Qu'est ce qui te fait peur ?

- M5 : Ben après ben dans mes expériences de remplacements, moi j'ai, j'ai remplacé plutôt le médecin seul ou euh maison médicale mais des médecins chacun dans leur coin, et ce sentiment de solitude, et pas de partage en fait avec les autres confrères c'est hyper compliqué...Y'a ce paiement à l'acte à chaque fois et parfois la course à l'acte, à faire des patients des patients des patients, on n'a pas l'temps et pas développer des choses qu'on pourrait développer.
- M4 : Qu'est c'qui t'empêche de le faire ?
- M5 : Ben ... le nombre de patients.
- M2 : T'es remplaçant c'est sûr que tu as l'activité qui il y a.
- M4 : Oui, ça change quand t'es installé.
- M5 : Tu peux être remplaçant et faire déjà une trentaine de patients.
- M4 : Oui quand t'es remplaçant, mais quand t'es installé, qu'est ce qui t'empêche de faire, comme t'as envie de faire ?

I : Ça c'était une crainte que tu euh...

- M5 : C'est une crainte, j'l'ai encore.

I : Cette appréhension...

- M5 : Et que le libéral d'un côté euh peut être...
- M3 : Quand tu fais, c'est une chance, que j'ai entre guillemets de faire un remplacement long, mais qu'en fait c'était vraiment les trois mois qu'j'ai eus dans le même cabinet, le remplaçant c'est mon remplaçant en fait... et là j viens de re-signer pour un an et demi, j'aurai été deux ans et demi au même endroit sans avoir à visser ma plaque, c'qui est un peu, euh, la fête du slip. C'est pas très technique mais on s'comprend, euh, et... en fait j'ai imposé dès le début j'ai dit : le mardi matin et le vendredi matin, je bosse pas, comme ça j'ai le mardi matin pour mes mômes qui vont arriver. Qui effectivement vont arriver donc c'est super, et le vendredi pour bosser ma médecine faire mes FMC, organiser.
- M4 : Ou glander.
- M3 : Ou glander c'qui est vachement bien ... ou faire du sport » (rires)
- M3 : Et en tout cas ce qui est bien c'est que j'me rends compte que le... (se gratte la tête) j'ai diminué le nombre d'actes d'à peu près trente ou quarante pourcents et y'a aucun patient qui est parti. Voilà. Et en fait, euh, on peut imposer son rythme.

I : Si j'ai bien compris c'est, c'est la stabilité dans ce cabinet qui fait que (tu as surmonté ton appréhension)

- M3 : C'est la stabilité c'est le point de vue des urgences aussi, parce que avoir travaillé aux urgences et avoir cette crédibilité-là, euh donc de gérer alors le point de vue du médecin généraliste aux urgences, d'avoir donné des cours là-bas sur la médecine générale, de revenir en étape médecin généraliste, et dire aux gens aux urgences, hop hop hop, un certificat c'est jamais une urgence. Y'a des tas de trucs qui sont jamais des urgences. Et quand c'est une urgence j'peux les envoyer aux urgences.
- M5 : Manque d'éducation ouais.
- M3 : Rééducation, en fait c'est même de la rééducation...Euh le salariat c'est un truc qui est fantastique mais qui est mal appliqué en France, c'est pas vraiment le débat, mais intéressant et en revanche tu peux vraiment gérer les consultations c'est-à-dire tu peux dire tu vas prendre vingt minutes ou vingt-cinq minutes pour un patient et te rattraper sur en une dizaine de minutes sur un autre donc très souvent.

I : Oui on va essayer de rester sur la question, la question et les attentes du métier de médecin généraliste. M5, tu as dit tout à l'heure que le fait que ta maman soit...

- M5 : Ouais.

I : soit donc médecin libéral te faisait peur en fait dans c'que t'allais avoir dans ton métier, si j'ai bien compris.

- M5 : Tout à fait.

I : Qu'est c'qui te faisait peur exactement ? Est c'que tu peux aller plus loin dans c'qui te faisait peur ?

- M5 : La vie, la vie qu'elle mène (rire).

I : Le rythme ?

- M5 : Le rythme de vie qu'elle mène euh, et du coup, peut-être euh, le rythme de vie qu'elle peut avoir elle-même, travailler six jours sur sept, bosser de huit heures à vingt heures. Voilà alors après, c'était allant crescendo dans son activité. Au début c'était pas comme ça, mais actuellement c'est six jours sur sept, et je fin j je connais parce que je la remplace. Et voilà. Et mais ça m'fait... ouais ça m'fait encore peur et après voilà je rejoins M3 quand il parle d'éducation, voilà, de rééducation...je le fais pas parce que c'est pas mon rôle aussi, quand je la remplace, mais effectivement elle a pas du tout éduqué ses patients et c'est du tout va, voilà fin voilà. Et j'ai cinquante patients par jour euh... Bon. Voilà. Donc, oui effectivement p't'être j'ai des mauvais, des mauvaises expériences de remplacement, on peut pas trop aimer la médecine générale...
- M4 : Ah oui mais c'est le rythme, c'est pas la médecine générale en tant que telle, c'est ça qui est dommage.

- M5 : Mais j'le fais autrement, la médecine générale aux urgences.
- M4 : Mais oui, ouais, mais c'est dommage.
- M7 : Et toi M3, comment ça se fait que tu restes longtemps au même endroit ?
- M3 : Parce qu'il est en longue
- M7 : en longue maladie ouais, donc c'est ça.

I : M8, la question de l'appréhension d'être médecin, est-ce que ça t'a ...

- M8 : Oui, enfin ouais au tout début oui mais en même temps j'voulais pas travailler à l'hôpital fin, c'est...dès qu'j'ai fait mes stages, j'me suis dit que j'voulais pas...j'voulais gérer mes trucs, voilà et...tranquille donc ça m'allait très bien et après mes premiers rempla ça s'est bien passé, j'ai pas eu, fin comme toi cinquante patients et tout ça...avec donc ça donc du coup au final ça va j'ai pas eu trop, enfin de ce côté-là en tout cas j'ai pas trop trop...

I : C'est le fait d'être autonome dans ta pratique qui te plaisait ?

- M8 : Ouais et j'ai pas...fin, euh, voilà et que je gère mes trucs et qu'on m'refile pas des dossiers, des trucs pourris ou quoi si, faut qu'j'm'en prenne à quelqu'un, c'est à moi-même et puis voilà, mais après euh, voilà ça me dérange pas d'être toute mais c'est aussi une question de caractère aussi.

I : C'est une image qui est partagée ?

- M2 : C'est vrai que moi j'étais partie de toute façon en médecine pour faire de la médecine générale, j'me suis posée la même question que toi (en s'adressant à M6) je crois par rapport à la pédiatrie. J'avais fait pendant mon externat un stage où on m'avait dit en fait la pédiatrie que tu veux faire c'est de la pédiatrie de médecine générale donc j'suis arrivée à l'internat en disant : « c'est ça qu'je veux euh ». J'pense pas qu'j'ai eu d'appréhension parce que moi mon père est médecin généraliste donc je savais quand même un peu ce que c'était euh j'crois qu'j'savais pas encore au niveau rythme de vie, mais il gère encore pas mal donc euh...j'avais plutôt le côté positif de ben on fait p't'être un p'tit peu c'qu'on veut quand même et puis j'crois qu'j'avais quand même un peu l'impression que en faisant des bons choix de stage pendant mon internat, j'allais en tirer c'que j'voulais et arrivée préparée à la fin. Voilà donc euh...Plus l'appréhension de faire encore trois ans d'hôpital que j'aime pas beaucoup (avec sourire) mais euh...voilà.

(Rires dans le groupe)

- M7 : C'est aussi ça hein, c'est quand même une bonne raison de faire de la médecine générale c'est quand même le côté... fin moi j'sais...
- M4 : Le côté humain

- M7 : que l'hôpital j'pouvais pas blairer quoi.
- M3 : Moi j'le savais dès le départ.
- M4 : tu redécouvres ce que c'est que la vraie vie.
- M7 : « la chambre 502... »
- M1 : Moi le côté hôpital il me plaisait pas pour deux choses, le côté euh que y'ait des supérieurs qui puissent prendre des décisions sur la façon de gérer le patient avec lesquelles je sois pas d'accord. Le libéral ça élimine ça et la deuxième chose c'est le type de contact effectivement avec les gens donc ça c'est plus le fait d'être soit de la médecine générale ouais p't'être le libéral aussi. Le côté qu'il y ait un suivi, qu'on connaisse les gens et que euh c'est pas...ils peuvent pas...j'sais plus y'a une expression pour dire que ils laissent toute leur personnalité à la porte de l'hôpital ben c'est l'inverse quoi...
- M2 : Ça c'est important.

I : J'aimerais que vous me parliez maintenant de ce qui vous attirait pour le métier de médecin généraliste, d'avoir toujours dans l'idée, au moment où vous avez débuté votre internat. Dans ce métier ?

- M5 : C'est pas forcément facile de se projeter trois ans en arrière.
- M4 : En 2007 j'te raconte pas hein.
- M5 : Ouais ouais.
- M1 : Ben c'est c'que j'viens de dire ouais clairement, j'essaie de réfléchir mais je pense que oui à l'époque c'était ça, c'est vrai qu'c'était le côté : l'hôpital : **Non, Donc.** Ça devrait offrir ce que je...
- M2 : J'retrouve pas dans l'hôpital ce qui est ma vision de la médecine. Juste en réaction j'crois
- M6 : Y'a le côté aussi, en médecine générale on est proche, y'a aussi l'éducation, bon c'est vrai que quand on a beaucoup de patients on n'a pas l'temps hein, mais euh...
- M4 : la prévention c'est vachement intéressant.
- M6 : Ouais le fait de discuter par exemple, j'suis très dans le dialogue, j'aime bien discuter même de tout et n'importe quoi, et puis avec les gens on arrive toujours, euh...

I : la proximité de suivi avec les patients

- M6 : Ouais voilà. Et puis même le fait d'aller chez les gens, c'est important les visites tout ça, c'est particulier je trouve, c'est un truc qu'on retrouve pas ailleurs quoi.

- M2 : Et puis on a des rôles qu'on n'a pas à l'hôpital, le dépistage, l'information, l'éducation quand même globalement...
- M4 : Quand j'ai soutenu ma thèse j'ai vu que l'un des premiers rôles de médecine générale c'était le rôle de prévention...on te dit « mais enfin euh Mademoiselle ... **Quoi ?** Quoi ? Mais pourquoi ? » On n'a pas qu'ça à faire, **c'est le soin, c'est le soin, La médecine générale c'est le soin.**
- M7 : La médecine prévenir les effets secondaires.
- M4 : Pour moi c'est pas ça la médecine générale : c'est la prévention.
- M7 : La vraie médecine c'est la prévention.
- M1 : C'est les diagnostics quand même.
- M7 : Eviter les effets secondaires...
- M4 : C'est avoir des patients en bonne santé. En fait c'est ça qui m'attirait beaucoup c'est pas voir que des gens malades, c'est dire : « J'ai mes patients, moi c'que je veux, je préserve leur santé » et ça, c'est beaucoup plus intéressant et sincèrement dans tous les médecins que j'ai remplacés, il y en a un en particulier qui est génial au niveau prévention, et ses patients **sont** en bonne santé.

I : Donc la proximité, le suivi du patient, le côté éducation.

- M4 : Le patient qui fait du sport, qui mange bien, et suive ce qu'il dit à peu près.
- M5 : Alors après j'ai dit que j'aimais pas la médecine générale euh...(Rire) Je dis la médecine actuellement que j'exerce, euh non non je... moi c'que j'aime bien dans la médecine générale, c'est quand même (avec l'accent du sud) le côté humain, c'est qu'il n'y a pas que la médecine quand...enfin actuellement on fait pas que de la médecine en médecine générale, on fait aussi de la médecine sociale, et de plus en plus.
- M4 : Ouais.
- M5 : Euh, ça peut poser des difficultés aussi euh, et ça c'est intéressant aussi, ça permet de voir d'autres choses et d'autres déterminants sur la santé que, que, qu'on, p't'être, prend pas en charge peut être à l'hôpital.
- M3 : Donc on fait de la médecine, parce que ça fait partie de la médecine.
- M5 : Pour moi, la médecine...
- M3 : Comme on nous l'a appris en deuxième cycle.
- M5 : Ah bah nan, on nous a pas appris la bonne médecine.

- M3 : (...)à l'internat mais la médecine c'est médico-bio-psycho-social...en plus on nous l'a répété et on a eu cette chance-là, c'était pas le cas avant, mais c'est vrai vis-à-vis des vieux, des générations supérieures (rires dans le groupe)

I : On va avancer un p'tit peu, on n'a pas mal de questions. On va rester sur l'objectif.

- M3 : Juste. Pouce. J'ai pas donné mon avis et j'trouve ça injuste. C'était quoi la question ? t'as dit euh qu'est ce qui nous a motivés à faire de la médecine générale c'est ça ?

I : Ce qui t'attirait dans le métier du médecin généraliste.

- M3 : Voilà, tout ce qui fallait changer.

I : Ouais.

- M3 : (...) en gros toutes les définitions qu'on nous a inculquées euh, vachement bien par des personnes pas seulement en médecine générale. Nan j'rigole.

(Rire dans le groupe)

- M3 : Nan c'était vraiment bien amené, c'est pour ça que je suis venu sur Lille parce que le département a une bonne réputation.
- M5 : Ah ouais ? ah bah...
- M3 : Par rapport au reste de la France, c'est un bon département. Je viens de Paris, et puis le Cher c'était un bon département aussi mais j'voulais un peu changer de vie. Bref. Tout ça pour dire que j'étais déjà au courant de tout ça, ces organisations, ces changements, la FUMG etcetera...euh la filière universitaire de médecine générale tout simplement tout c'qui s'en suit. Euh et en fait c'était tout ce qui avait à faire derrière qui était intéressant, tout ce qui va arriver dans 10-15 piges.
- Mmh. Mmh (approbation par ?)
- M3 : Et qui nécessite que...
- M4 : Etre **pionnier**.
- M3 : Ah ouais, être pionner, en tout cas suivre la mutation qui est en cours.
- M6 : C'est vrai qu'on a cette impression-là quoi...que la médecine qu'on est actuellement, ça fonctionne pas la médecine, faut dire c'qui est. Les médecins font des burnout, y'en a plein qui sont pas bien mais on sent qu'on est dans un tournant où quoi que y.., ça va changer. Après j'sais pas comment...il faut qu'on s'organise mais on sent qu'on...
- M3 : Mais c'est organisé, faut juste se renseigner mais...

- M6 : En fait y'a trop de médecins effacés et qui s'en sortent pas en fait euh, ouais mais ça...

I : Donc là si je résume un p'tit peu : c'est ce qui va se passer après en fait, c'est l'avenir de la médecine qui t'intéresse

- M3 : Pour ne pas faire de l'entrisme, ça fait Trotskiste, qui dit qu'je rentre dans une structure pour la changer de l'intérieur.

I : D'accord.

- M3 : Mais en fait c'était bien, c'est qu'en fait j'me suis r'trouvé à un moment dans mon cursus, on a discuté avec la secrétaire de Bachelot, pendant la loi HPST et en lui disant, les médecins généralistes pensent comme ça, c'est comme ça qu'il faut faire la loi. Moi, gros connard de base quoi, tu vois. C'est quand même magique à un moment donné, d'influencer les choses au niveau national, mais en fin de compte finalement c'est chiant, maintenant j'suis revenu des nationales pour revenir dans le local et même dans le loco local, c't'à dire qu'en fait c'est intéressant c'est de travailler dans un bassin de vie des patients qu't'as et les collègues que t'as à côté.

I : Donc en fait euh excuse-moi j'te coupe mais le fait d'être un peu précurseur d'un mouvement, p't'être pas précurseur mais euh...

- M3 : De lancer des idées qui sont déjà consensuelles et qui existent en fait. Le problème c'est qu'on les connaît pas assez.
- M6 : On sent que si la médecine va ou doit bouger c'est par là en fait.
- M3 : C'est par là et ça doit bouger dans ce sens-là ou alors ça va aller pas dans le mur mais sur une voie qui, qu'on peut sentir venir, et qui est vraiment inquiétante, pour moi.
- M5 : Moi j'suis d'accord il faut que la médecine change, fin notamment actuellement on peut pas laisser...
- M1 : Mais je sais pas si j'avais conscience de ça avant de...

I : Au moment de l'internat

Dans le groupe deux voix : « Nan nan. »

- M3 : D3 un truc comme ça, mais en D3 j'avais déjà lu des bouquins du CNGE . Donc voilà.
- Ouais d'accord t'étais déjà au courant de
- M7 : T'es en filière universitaire ou pas toi M3 ?
- M3 : Comment ?

- M7 : T'es en filière universitaire ?
- M3 : Non, ça m'fait chier. Mais c'est intéressant et j'les suis. Voilà.
- M7 : Tu suis c'qui s'fait.
- M3 : L'idéal est d'avoir le logiciel métier pour faire le thésaurus classique et avoir la dénomination commune pour aider après et avoir un pool, mais ça ça sera quand je serai installé.
- M1 : Je disais que j'étais pas au courant consciemment mais que quelque part effectivement la formation qu'on a eue à partir du moment où on avait choisi notre spécialité a sans doute favorisé parce que je me rappelle être à la fac dans les cours du CNGE me dire que, me dire « tiens, c'est intéressant, j'aurai bien aimé entendre ça pendant mon externat, ça m'correspond bien euh... ».
- M4 : C'est quoi le CNGE ?
- M1 : Euh c'est le collège national des généralistes enseignants. Après c'était le DMG quoi, le département de médecine générale, j'ai dit CNGE mais j'voulais dire département de médecine générale.
- M3 : Mais j'pense pas qu'on rentre dans une lutte syndicale du tout, (rires dans le groupe) au contraire. J'pensais, j'pensais encore y'a quelques années faire partie des cinq pourcents des gars qui allaient dans le bon sens et que tous les autres vivaient que pour faire des actes et pour faire de la tune, et en fin de compte j'me rend compte qu'y a une grande majorité qui vont dans ce sens-là mais qui savent pas où chercher.

(Approbation dans le groupe)

- M3 : Et en fait plus j'en croise et plus euh, c'est la tâche d'huile continue de se faire, tranquillement quoi. C'est pas si dramatique que ça contrairement à ce qu'on imagine. **Mais...**

I : Sentiment d'un...et vous partagez ça ?

- M3 : Quand on (...), quand on est installé c'est autre chose...vraiment c'qu'ils disent faut faire attention.
- M6 : Est c'que c'est (...)qui devons...manière d'exercer ensemble fin chacun mis ensemble ou est-ce que ça doit venir d'ailleurs ? 'fin par exemple que, fin, par exemple le fait, par exemple moi euh, fin, ça m'intéresserait de m'installer mais pas toute seule, pas avec les inconvénients, pas dans les mêmes conditions que...les anciens que j'vois qui travaillent. Et par contre c'qui fin faut avoir l'courage de s'dire ben voilà faut être à plusieurs faut trouver une autre personne y faut...Et ça franchement on est médecin généraliste on n'est pas...fin...

I : J'me permets, on arrive à c'que justement on devrait arriver mais y a un cheminement qui est assez précis, on reviendra un peu sur ce côté-là, c'est l'but.

- M1 : Bah euh, ça m'a fait penser, c'qu'il disait, que y avait quand même un moment de mon internat qui a joué, c'est le moment où j'allais en SASPAS avec trois médecins différents dont une en particulier et un aussi qui m'ont prouvé que la médecine que je voulais faire était possible. Parce que avant d'faire ça j'étais pas sûre.

I : D'accord et à ce moment-là, l'hésitation s'est transformée en certitude ?

- M1 : C'est ça, exactement.

I : Ok. On va parler de vos premières années en tant que professionnels, donc remplaçant, médecin généraliste remplaçant euh...est ce que vous pouvez me raconter d'une manière succincte un peu comment se sont passés vos débuts ?
Vraiment les débuts.

- M4 : Moi j'étais très stressée, même passé au **rouge**. Y'avait les flics juste à côté mais ils m'ont pas mis de PV, ils ont vu que j'étais très stressée.

(Rires assourdis)

- J'avais peur d'être en retard, et...surtout ça. Maintenant ça va hein, maintenant j'suis en retard je stresse plus.

(Rires dans le groupe)

I : M2 ?

- M2 : Euh ben moi j'avais commencé à faire des gardes en fait, c'était assez progressif, j'faisais des gardes pendant mon internat.

I : D'accord.

- M6 : De médecine générale ?

- M2 : Donc en, que j'fais encore, en maison médicale de garde. Au départ, j'avais peur de pas savoir faire, de tuer des gens et puis, j'pense que j'ai pris confiance par rapport à ça. Après j'ai eu la chance, au début de mon remplacement d'intégrer assez vite un cabinet qui m'a bien plu et où y'avait notamment un médecin généraliste qui est devenu presque un ami et qui travaillait beaucoup mais qui travaillait bien et qui avait une relation en tout cas euh proche avec ses patients donc j'étais la remplaçante régulière dans les trois dernières années donc voilà j'me suis quand même sentie pas mal. Après euh remplaçant j'pense que vous direz comme moi, on s'rend compte que quelque fois, fin, d'abord on n'a pas l'impression d'exister ni aux yeux du conseil de l'ordre ni aux yeux de toutes les instances médicales hein.

- M4 : Ni des patients hein...

- M2 : On n'a pas de papiers 'fin on n'a rien, on n'existe pas, on aurait pas de contrat ça serait la même chose. Pour les patients c'est un peu pareil, on est parfois prié de signer leurs demandes sans surtout rien modifier.

I : Ce manque de reconnaissance, il est unanime ou ce n'est pas forcément quelque chose que vous avez ressenti ?

- M5 : Ça dépend.
- M6 : Qu'on n'est pas reconnu au début. Au tout début.
- M2 : Et puis après les remplacements ponctuels...
- M6 : Quand c'est régulier, après les gens te connaissent et te font confiance, si t'es amené à changer un traitement, ou modifier un truc, si, ils sont moins réticents mais c'est vrai qu'au tout début moi ça m'est arrivé que la pharmacie m'appelle pour me dire, pour me dire : « ah donc vous confirmez bien, vous avez changé ça ? » je dis oui...ben... (D'un air dépité) »

I : D'accord.

- M1 : T'es médecin quand même ! (Rires)
- M3 : Bon d'accord (ironique)

I : Non j'suis pas médecin (avec humour)

- M6 : (...) pas fin...les gens se méfient mais après voilà.
- M2 : Y'a des cabinets où en fait ils avaient leur pool de remplaçants, ils avaient pris le premier qui était là et donc le médecin s'est déjà trompé de nom sur le chèque fin, et on avait l'impression que même pour le médecin, pour les patients, tout ça, on était un torchon. Vraiment intérimaire quoi.
- M7 : Au niveau du cabinet, s'approprier les affaires d'un autre médecin c'est c'est qui est pas évident au départ. Après quand on a l'habitude, on se sent de nouveau médecin mais c'est vrai qu'au départ c'est ...
- M4 : J'ai eu deux grossesses rapprochées, n'est-ce pas, j'étais en arrêt très longtemps. J'remplaçais toute une ribambelle de médecins, j'me suis r'trouvée avec quatre remplacements.
- M7 : ça t'arrive de...j'ai pas compris en fait. Sur une année ?
- M4 : Sur une année ouais, ça m'est arrivé de remplacer quinze mille médecins différents et euh...au départ c'était c'était royal, toi tu dis rien et on t'appelait trois fois par semaine pour te proposer du travail et...mais après...euh, tu, tu, t'es vite oublié quoi. Pas partout hein, ceux qu'j'ai remplacés du début et ceux avec qui j'm'entends

le mieux, et qui travaillaient dans mon sens, eux ils m'ont gardée. Et y'en a eu trois (montre trois avec ses doigts).

- M1 : Moi j'l'ai pas senti très fort ça. Ce côté de pas être euh...
- M4 : Ah bah vas-y (2 claquements de main), mets-toi en arrêt pendant 9 mois tu vas voir comment tu vas dégager !
- M1 : Ouais mais c'est pas...
- M4 : Parce que tu crois peut-être qu'ils t'aiment bien, mais non ! les trois quarts ils en ont rien à foutre hein que ce soit toi qui...
- M1 : C'est pas forcément un manque de reconnaissance c'est que...fin j'sais pas.
- M3 : C'est qu'ils en ont rien à foutre.
- M2 : On est remplaçant on n'est pas installé on n'est pas ...
- M7 : Les patients ils sont quand même attachés.
- M4 : C'est un bon moyen, moi tu sais, j'connais une fille qui...qui devait faire une collaboration. Tout l'monde il était beau tout l'monde il était gentil et puis elle a lâché tous ses remplacements pour cette collaboration là et deux mois avant, ils l'ont lâchée et elle est partie dans le salariat. Et tout l'monde il était beau tout l'monde il était gentil elle était super contente d'aller collaborer là-bas. Donc après tu peux aussi t'faire bien entuber...
- M1 : Ouais mais dans les deux sens, j'ai j'ai, les médecins qui veulent se faire remplacer et à la dernière minute (fait signe de téléphoner) : « j'ai trouvé un remplacement qui m'intéressait mieux, donc j'vous remplace pas » et qui s'est r'trouvé tout seul comme ça.
- M5 : C'est un peu la loose ; les remplacements ouais.
- M4 : 'fin la loi des remplacements... moi, j'ai jamais fait ça, une fois que j'm'engage euh je...
- M1 : Ah oui mais **toi** (rire).
- M3 : C'est du bon sens.
- M4 : On est d'accord.
- M1 : Du côté du médecin et du médecin remplaçant c'est...ça dépend.
- M4 : Tout à fait.

I : M5 tes débuts toi ?

- M5 : Alors mes débuts... Atroce. Moi j'ai commencé à r, j'ai commencé à remplacer au début du quatrième semestre, j'avais pas fait de SASPAS, j'me suis jetée dans la gueule du loup. Pareil, j'étais stressée, c'était atroce, chez ma mère en plus, alors euh c'est(...)(rire) ça t'emballe (ironique). Euh...mmh...après c'est vrai qu'j'avais, j'ai c'te chance en fait d'avoir un de mes parents qui est professionnel de santé donc dès qui...j'appelais en fait et elle était là pour me chapoter un peu...et euh, et puis du coup voilà puis j'ai fait des p'tits remplacements et puis après j'ai fait euh un SASPAS en inter-CHU à Mayotte, j'étais en dispensaire alors là aussi euh... ça allait et tout, en fait j'me suis pas mal fait la main en gros sur mes débuts euh...donc ça a été. Ensuite sur la reconnaissance des patients euh, je dirais que certains en fait sont parfois contents d'avoir des remplaçants.

Mmh (acquiescement)

- M5 : Ils disent en fait : « C'est cool d'avoir dit non », on peut avoir une autre vision et euh, bah parfois on peut (geste de la main) voilà.

I : Essayez de rester sur votre métier à vous hein... vraiment sur ce que vous avez ressenti.

(M1 parle en même temps pour répondre) : Stress. (Elle hoche la tête)

I : D'accord, pas forcément sur un constat général de c'qui peut s'passer pour un début...début d'un médecin. M3 toi tes débuts euh...

- M3 : Prrr (onomatopée)

I (parle en même temps que M3) : Stress ?

- M3 : Déjà j'ai déjà pris huit mois de sabbatique. Dans tout mon internat j'ai eu un internat dur. Euh...j'ai fini en 2007 en même temps que toi et puis j'ai eu des problèmes de santé donc euh...fait chier, j'ai pris huit mois, c'était cool. Sur huit mois j'ai travaillé trois jours c'était s..., en fait c'était chiant au bout d'un moment donc j'ai bossé et après j'bossais chez, j'ai commencé par une prat' dans l'vieux Lille chez qui j'avais été en stage qui m'adorait euh et les patients c'était fastoche parce qu'elle tournait à 10-12 patients par jour. Rien d'inquiétant. C'était beaucoup plus dur de gérer euh les inquiétudes de cadre sup' du vieux Lille qui viennent avec un mon record trente-sept plaintes le même jour chez une jeune de trente ans avocate, ça m'a, c'est un truc qui me marque mais bon. Euh...et qui dit « ben ouais j'vous paye bon bah vous allez tout gérer ». Voilà c'est des trucs qui m'pourrissaient beaucoup plus la vie que le pratique, la pratique ça allait. J'avais pas de...J'ai jamais été inquieté par la pratique en médecine générale euh, même jusqu'à ce soir où j'ai eu une urgence qui fait qu'j'étais en r'tard hein, euh bah avec le SAMU on a réglé, le patient a été hospitalisé on fait la prise en charge en ambu ensemble, c'est conv'nu, j'ai mis un mot, pouf, tout est très carré dans mon dossier, voyez ? euh vous voyez, j'te vouvoie...

(Rires)

I : J't'en prie.

- M3 : Mais globalement, nan ça s'est bien passé, euh...un peu frustré d'avoir trouvé ce remplacement là parce que j'aimerais remplacer vingt personnes en même temps, j'pense que c'est l'erreur de beaucoup de...collègues et moi c 'que j'aimerais, quand j'aurai fini là, c'est remplacer beaucoup d'gens plutôt qu'arriver dans un confort, c'est un vrai confort de remplacer trois fois les mêmes et de se poser, sur c'truc là. Globalement j'ai envie d'me mettre en danger encore pendant quelques années avant de me poser et savoir exactement c'que j'veux faire.
- M4 : Jusqu'à c'que tes enfants soient scolarisés, mais on en reviendra après (sourire).
- M3 : Jusqu'à c'que...
- M2 : J'admire hein, mais, moi j'avais quand même peur de tuer des gens. J'sais pas y'en avait d'autres... (quelqu'un la re-questionne) de tuer des gens mais euh...et puis j'ai **commencé** avec un rempla où j'ai un jeune trente et un ans qui est mort...euh
- M3 : C'est traumatisant, ça c'est autre chose.
- M2 : Où j'me suis demandée pendant un moment si euh voilà si ça avait été quelqu'un de plus expérimenté que moi, si...
- M3 : Est c'que c'était une garde de médecine ?
- M2 : Nan nan c'était...
- M3 : Une vraie garde de médecine générale.
- M2 : Ouais.
- M3 : Ouais ouais rempla de médecine générale.
- M2 : J'l'ai su après, tu vois j'l'ai su après.

I : Si j'comprends bien c'est le, le manque d'expérience qui, qui t'inquiétait dans ce genre de chose.

- M3 : (qui parle en même temps) : Une mauvaise expérience.
- M2 : Bah après coup.
- M1 : L'impression de pas être assez expérimentée pour faire ce que t'étais en train de faire...

I : Ne pas être à la hauteur du médecin que tu remplaçais. C'est ça ?

- M3 : Tu parles plutôt d'encaisser une souffrance alors qu't'as pas le recul pour te dire c'est pas d'ta faute.
- M2 : Nan, au départ c'était plus basique que ça c'était peur d'avoir manqué quelque chose et voilà, d'avoir une perte de chance pour c'patient.
- M5 : Mais moi je jure aussi parfois par le patient.
- M3 : Ouii
- M5 : Quand t'es jeune euh y'a ces jugements qu'on nous envoie, qu'on nous renvoie.
- M2 : Oui mais moi c'était par rapport à moi, c'était pas par rapport au patient.
- M5 (acquiesce) : ouais.
- M2 : Parce qu'en plus le patient fin j'avais su la mère m'avait appelée, quand y'était pas encore **mort**, en disant « il est en réa, merci pour ce que vous avez fait » et puis je...bon.»

I : T'avais peur ?

- M2 : Moi j'avais peur de n'pas être à la hauteur et d'avoir la vie des gens entre, entre les mains.

I : Est-ce que tu avais l'impression de te mettre en danger ? ou de mettre en danger...

- M2 : Non, mettre en danger **les autres**.

I : D'accord. C'est surtout ça qui te...

- M2 : Oui oui oui oui, c'est quelque chose de, que, avec quoi on apprend à vivre je pense.
- M3 (acquiesce) : et qui est assez passionnant, j'avais cette vraie peur là et j'l'ai encore quelque fois hein.
- M1 : Moi j'te rejoins là-dessus.
- M2 : Ouais ouais (continue d'acquiescer pour affirmer son propos).
- M4 : Bo toute façon, tu peux te...certainement qu'on pass- passera à côté de quelque chose au cours de notre carrière.
- M1 : c'est sûr oui.
- M2 : J'pense qu'y'a un moment on aura vraiment (...).

I : Si on devait formuler un peu ce sentiment, ce ressenti vraiment du du début d'activité. Qu'est c'qui vous vient à l'esprit ?

- M7 : Ben qu'on se sent seul justement.

I : Seul ? la solitude ?

(M5 hoche la tête)

- M7 : On peut se sentir seul.
- M5 : Pas armés parfois on a l'impression de pas avoir toutes les armes avec nous puisque on n'a pas été f, fin on fait que, au mieux on fait deux stages en ambulatoire pendant l'internat et...

(M3 hoche la tête)

- M7 : On est inexpérimentés.
- M5 : Et du coup on est inexpérimentés dans le milieu libéral parce que il y a la médecine mais il faut gérer aussi le cabinet donc euh les rendez-vous, les visites...
- M7 : Les ordinateurs qui plantent...
- M5 : **Les ordinateurs qui plantent**, passer la carte vitale là.

I : Donc l'environnement ?

- **M5** : L'environnement oui, rien qu'ça.
- M7 : On n'est pas formés du tout, y'a plein de choses qu'on ne sait pas.
- M5 : Au début ouais : la compta...
- M1 : Et rentrer chez soi avec des choses émotionnelles pas gérées. J'ai expérimenté un peu pendant l'internat mais y'avait des co-internes. C'est vrai qu'au début des remplacements j'rentrais chez moi avec le besoin de débriefer, c'que j'ai pu faire un peu dans le SASPAS avec les médecins par exemple, mes premiers remplacements, alors j'ai connu des remplacements où j'pouvais beaucoup débriefer avec les médecins mais mon premier remplacement c'était pas l'cas c'qui fait que je débrieçais beaucoup avec mon copain, c'que je trouvais...embêtant... Et euh, j'ai trouvé la solution à ça en adhérant à NorAGJIR et en allant aux cafés-débats où là j'me suis dit « Ah chouette ça m'a vraiment

I : (interrompt M1) Discussion ? L'échange ?

- M1 : L'échange, ouais, ça m'a apporté beaucoup et j'ai arrêté d'emmerder mon copain avec ça.

I : Finalement on revient sur ce, si je comprends bien sur l'idée d'être un peu jeté seul, d'avoir ce sentiment de ...

- M4 : Ah oui d'être jeté en pâture.

- M7 : De beaucoup de responsabilités au début alors j'pense.
- M2 : c'que j'te disais : est c'que j'vais réussir à prendre de la distance est ce que j'vais réussir à mener ma vie et laisser ma blouse au cabinet quoi.
- M3 : c'est sûr...c'était...fin moi c'était bien amené dans ma fac, c'truc là, on en parlait dès la deuxième année et c'est des graines de réflexions qu'on n'a pas, fin sur Lille p't'être moins en tout cas, et en gros moi le coup de ma blouse moi c'était réglé mais moi pendant l'internat. En revanche ce qui est bien c'est que pendant l'internat j'ai appris les compétences (fait signe de guillemets avec ses doigts) qu'on nous donne et qui est un peu laissé de côté c'est euh, pas hésiter à coordonner à déléguer des trucs. Faut savoir qu'en fait ce soir j'aurai pu rester comme un con, tout bêtement hein, à rester avec mon potassium qui m'inquiétait alors j'ai appelé le patient, j'ai appelé le régulateur, pas en disant, pas pour verrouiller médico-légalement, pour être sûr de c'que j'fais et j'l'ai rappelé derrière en le rassurant pourtant j'l'ai pourri au téléphone mon patient.
- M4 : Moi j'me sens pas seule.
- M3 : Non ah bah non.
- M3 : Mais dès l'début ça a été fait parce que j'ai appris pendant mon internat mais j'me suis fait tancer pour ça. Mes maîtres de stage ont été bons là-dessus.

I : Justement par rapport à l'internat quelle différence est-ce que tu peux faire par rapport au moment où t'étais en internat et le moment où tu remplaçais, est-ce que tu, tu as eu un changement dans tes, est ce qu'il y a une différence dans tes pratiques professionnelles ou dans le sentiment d'être entre le moment où tu étais en stage...

- M3 : Pas vraiment. Au niveau professionnel pratique médicale pure : non. Mais en revanche c'est vrai que j'vais rajouter une couche, c'qui nous est pas du tout donné et c'est vrai qu'c'est dramatique, c'qui est dramatique c'est qu'on nous apprend pas du tout le côté libéral entrepreneur à la con.
- M4 : Oui.
- M2 : Ouais ouais (acquiesce aussi).
- M3 : Et quand on commence à jouer là-dessus hé ben on se rend compte qu'un peu en rentrant dans l'jeu, j'parlais d'entrisme tout à l'heure pour la médecine, en apprenant à gérer l'URSAFF, gérer l'machin, gérer l'imposition, j'arrive déjà à faire une décroissance de c'que j'gagne pour bien faire mon taff, à pas m'habituer à avoir autant de tunes, c'est des trucs tout bêtes mais c'est le fait là
- M4 : Tout à fait.
- M3 : où le fait d'être médecin remplaçant maintenant et de penser à ses cotisations, ces réalités-là, qu'on n'a pas du tout hein, les deux premières années, et en fait j'les

avais déjà quasiment au bout de trois mois, pendant mon sabbatique j'étais déjà en train de réfléchir à ça, mon organisation pour être fff (souffle pour montrer être détendu) et tu vois garder ce calme et donc quand je rentre le soir, tout est déjà... quand j'débriefe avec ma moeuf c'est un truc qui m'fait rire quoi, ou alors un truc qui était dramatique mais parce que ça faisait, c'était le moment et qu'il fallait, qu'j'avais besoin d'elle mais globalement j'la soulais pas avec des trucs redondants ou qu'j'aurai pu faire sur un Balint ou euh fin bon. Globalement c'est intéressant de pas oublier cet aspect-là, et justement en jouer pour le faire, encore une fois, évoluer.

I : Cette différence entre les années où vous étiez interne en stage là, et le moment où vous démarriez vos remplacements parce que y'a... Comment qualifier cette différence, qu'est c'qui, qu'est c'qui a changé finalement ?

- M6 : Par rapport à notre vécu ?

I : Entre vos stages d'internes et vos remplacements.

- M7 : Ben c'qu'il y a de bien c'est que, la plupart d'entre nous, on a fait un SASPAS, je sais pas si c'est le cas de tout le monde, du coup ça c'est carrément un bon tremplin. Ça permet vraiment d'faire en douceur une bonne transition parce qu'on remplace déjà en tant que SASPAS le médecin, il est pas là vers la fin et du coup ça permet de remplacer après beaucoup plus sereinement.
- M4 : moi c'est pas sur le côté médical que ça m'a gênée au départ c'est sur tout le reste, c'est-à-dire qu'effectivement, on n'a **pas** eu de formation sur le fait qu'être médecin libéral et même remplaçante, c'est quand même gérer une entreprise. Ça reste une entreprise. Alors y a pas énormément de choses à savoir, j'pense qu'en trois, quatre journées de formation sur l'entreprise, ça suffirait largement mais, comment ne pas se faire entuber quoi, par le système mais rentrer dans le système, genre par exemple pour les micro-BNC, maintenant c'est plus le cas c't'année, mais euh, il fallait commencer à faire une journée de remplacement très tôt dans l'année pour pouvoir être en micro-BNC à sa première activité et le rester trois ans ensuite. Ça ça peut être...
- M7 : des choses qu'on ne savait pas.
- M4 : Des choses qu'on ne savait pas, qu'c'est un copain qui m'a dit : « M4, fais une journée de remplacement parce que si tu remplaces en Novembre tu vas passer au-dessus du taux et puis, c'est un peu compliqué, mais du coup tu seras plus en micro pour 2008 et 2009 alors que là tu peux rester en régime micro pour trois ans même si t'as dépassé l'année suivante. C'est plus le cas, en 2015, c'est fini ça. Mais ça, ça personne nous a dit, nous a rien dit là-dessus. Pareil sur c'que tu disais qu'il faut provisionner sur l'URSAFF et sa CARMF.
- M3 : Ah c'est pas c'que j'ai dit, j'disais pas du tout ça, moi j'ai pas du tout eu l'impression d'me faire entuber par le système.

- M4 : Non.
- M3 : Tu vois mais même je fais des erreurs, j'ai fait des erreurs, ouais nan mais j'ai fait plein d'erreurs. Au jour d'aujourd'hui j'suis même pas inscrit à la sécu, j'vais m'faire rattraper par la sécu donc je mets plus d'URSAFF parce que j'suis pas inscrit à la sécu. C'est moi qui m'entube tout seul. Parce que j'ai pas fait les trucs c'est pas dramatique. Ce qui est intéressant c'est que j'utilise ce statut-là, pour me former à des choses qui sont extrêmement intéressantes, mais pas dans un but lucratif uniquement. Effectivement j'pense que c'est intéressant d'être payé en tant que médecin.
- M4 : le but luc...
- M3 : Attends j'finis, mais que, comprendre ça , ça me permet de garder ce confort et cette qualité de pratique et me projeter sur des choses qui sont travailler en groupe, non pas en groupe mais en maison comme on imagine, des maisons de santé qui m'font doucement rire parce que le terme est complètement pourri, mais j'préfère encore travailler tout seul avec un logiciel métier que je connais, que je maîtrise, même avec un secrétariat virtuel que de me mettre avec des gens qui ont pas mon éthique, qui ont pas ma vision du soin.
- M4 : Voilà.
- M3 : et pour avoir cette éthique, cette vision du soin, il faut avoir cette éthique et cette vision de l'entreprise.
- M4 : C'est ça c'que j'voulais dire hein, c'est exactement ça que j'voulais dire. C'est-à-dire qu'il faut provisionner pour gar...
- M3 : Ce côté-là est indispensable pour comprendre et pour faire un montage et avoir une **vraie structure, qui est de l'entreprise, qui** marche et qui peut tendre tout à fait sur un salariat. Finir un médecin cent balles par mois j'suis désolé en travaillant trente-cinq heures par semaine ou quarante heures, nan, y'a des limites quand même, c'est trop de poids sur les épaules. Mais après voilà moi je sais que j'arrive pas à gérer par exemple trente patients par jour. J'pète les plombs, j'me casse. J'me casse pas mais j'ai une diarrhée quoi. (Rires) Mais, c'est des trucs qui faut comprendre, il faut se connaître, il faut savoir juger les autres et se juger soi-même. Et donc ça permet de, quand tu dis, tu en as vingt et y'en a quatre qui sont restés avec toi (en s'adressant à M4), c'est les quatre qui te correspondent tout simplement.
- M4 : Exactement.
- M3 : C'aurait pu être quatre autres avec quelqu'un d'autre.
- M4 : exactement
- M3 : Donc on s'retrouve les uns les autres mais y'a une toile de fond qui manque ou qui est pas assez claire et nette, exprimée. Pour l'instant.

- M5 : C'est vrai qu'c'est une grande rupture entre l'internat et puis là le remplacement.
- M3 : Exactement. C'est des réflexions qui sont profondes, intéressantes quoi.
- M4 : Par contre c'est très intéressant le système du libéral tout compte fait parce que ça te permet de choisir ta patientèle, ça te permet
- M3 : Choisir ta patientèle euh (pas d'accord) c'est c'que faisait ton médecin où tout le monde va bien parce qu'il vire ceux qui lui plaisent pas.
- M4 : Pas les virer. C'est, c'est, c'est, c'est eux qui décident...les patients sont quand même à l'image du médecin qu'il remplace. Ça j'sais pas si t'es d'accord mais
- M3 : (...) on peut la virer en travaillant sur soi et sur les jugements qu'on a. C'est un travail de représentations mais encore une fois c'est autre chose, c'est un autre débat.

I : Après le... SASPAS, c'est comme ça qu'on dit ? Qu'est ce qui a été difficile, on va dire et qui n'était pas forcément réglé pour pour vous, médecin remplaçant ?

- M1 : Euh moi ça a été apprendre à dire non. Avant c'était pas mes patients, j'étais supervisée en SASPAS. Après y'a fallu que à partir du moment où j'ai remplacé, j'estimais que j'devais pas forcément faire comme le médecin que je remplaçais. C'était un peu pareil en SASPAS je sais pas, mais j'avais plus sous ma responsabilité, c'était moi la chef, et euh, et voilà. Pour moi c'était ça vraiment les différences, c'est que c'était **mes** décisions donc quelque part une liberté de commencer à faire les choses un peu comme je voulais, aussi. La responsabilité quoi.
- M4 : Pas le rôle subordonné du médecin qu'il remplace et y'a beaucoup de médecins qui ont tendance à l'oublier ça aussi.
- M1 : T'as le droit de dire non, c'est ça que j'voulais dire.
- M6 : Quand tu remplaces un médecin qui fait, qui dit oui à tout et n'importe quoi, fin au bout du vingtième patient avec qui tu te prends la tête, euh...à un moment donné, j'lâche prise parce que...à un moment donné...c'est vrai qu'c'est la différence entre l' remplaçant et ... après on peut très bien être rigide hein euh, il faut avoir des principes mais euh...quand t'es installé et quand t'es remplaçant, j'suis sûre qu'il y a une grosse différence de pratique quand même parce que...fin...(..)
- M4 : C'est p't'être plus simple, y'a pas de (...) double.

I : Par rapport à (...) toi M2 qui a une expérience plutôt...d'installée. Justement, tes débuts en tant qu'installée ? Est c'que t'es capable de faire cette différence entre les difficultés quand t'as été installée, dans tes débuts et ceux en tant que remplaçante, dans tes débuts ?

- M2 : Euh, oui oui bah euh, d'façon c'qui fait peur à tout l'monde, pendant un temps mais finalement vous êtes presque tous installés, vous avez des remplacements fixes ? Y'a pas grand-chose qui change par rapport à un installé, franchement.
- M6 : euh entre faire une semaine tous les mois et puis...
- M2 : Au niveau du rythme c'est pas pareil, fin, moi la différence au niveau de rythme de vie, pour le coup, j'recherchais un côté plutôt cool posé, donc j'suis très contente de l'avoir mais je sais que ça me correspond. C'est vrai qu'au niveau administratif, on a plus de charges, bon, faut les gérer c'est pas impossible. Après au niveau des patients, euh, j'suis encore euh, ça fait même pas six mois que je suis là-bas, là pour le coup on les gère de A à Z. J'pense que si moi je loupe un truc, y'a pas **grand** monde qui m'rattrapera euh...

I : D'accord. Et ça c'est la différence que tu pourrais faire entre...

- M2 : Oui. Le remplacement, t'es là au pire un mois. Tu sais pas pourquoi il tousse depuis un mois, t'as fait tout c'que tu pouvais, bon ben c'est tout, l'autre y verra un avis différent là-dessus. Là euh, pour l'instant j'n'ai pas de remplaçante. J'veis en parler enfin j'essaie de pas m'isoler, j'fais comme toi, j'apprends à passer des coups de fils, j'm'aperçois que les confrères dans les hôpitaux, ils sont pas dans une tour de verre et ils discutent facilement, et c'est agréable, j'en parle aux collègues du cabinet, mais bon, j'veis dire au bout d'un moment, si j'suis partie sur une idée...Ou alors s'remettre en cause et s'remettre en cause assez vite.
- M7 : Toi M3 tu discutes aussi beaucoup avec les autres...enfin les...
- M3 : Ça dépend, ça dépend des structures, ça dépend des spécialités aussi. Mais en tout cas c'qui est sûr, c'est que pour faire un écho à juste un peu avant quand on était interne encore rassuré de l'entente qu'il y avait entre les autres spécialistes. Y'a qu'on n'était pas vu comme...moi j'étais d'Paris, il y a encore quinze ans, les internes de médecine générale étaient interdits dans les internats.
- M4 : Ah bon.
- M3 : « Interdit aux résidents, interdits aux chiens. ». Ecrit sur l'internat de ma fac, il y a 20 ans. C'est quand même un gros chenil mais pas d'internat. Y'a quatre-vingt cinq
- M4 : Tu comprends que les, certains anciens, certains vieux, avaient les boules vis-à-vis des spécialistes.
- M3 : Oui mais j'comprends aussi certains spécialistes aient les boules vis-à-vis des omnipraticiens qui font soixante actes par jour, qui gagnent la blinde. En ayant une sécurité de l'emploi qui est **majeure**. Tu sais, on sait très bien qu'on serre la main à un patient, on l'appelle par son nom, il nous fera jamais de procès. C'est connu. Il suffit d'être poli, on l'regarde dans les yeux. On l'fait comme ça, on fait merci, bonjour, ah ah ah. Le sourire bonjour au revoir et merci qu'on apprend aux

caissières. Vous faites ça à un patient, vous aurez jamais, jamais de procès, c'est prouvé statistiquement. Faire euh je sais pas...

- M4 : être protégé quand on fait de la médecine générale (...) qu'à l'hôpital c'est ça ?
- M3 : Les risques sont moins importants
- M4 : Au niveau médico-légal
- M3 : Au niveau médico-légal, au niveau risque de procès. Après, on demande pas d'être euh, de faire de la médecine de merde justement pour ça. Mais euh, c'est vrai que les médecins hospitaliers peuvent voir la médecine générale de haut à cause de ça. Et maintenant, ça s'équilibre. En tout cas, J'ai eu l'impression pendant l'internat. Et donc j'avais beaucoup moins de mal à parler avec mon collègue gastro ou euh, quand j'avisais des stages cumulés avec des stages de spécialité quand j'étais en gastro. Ils me demandaient tout le temps des trucs. Comment je fais pour accrocher tel patient parce que euh, ils étaient super bons sur un truc technique mais ils ne savaient pas parler aux gens. Et ça c'est, moi, désolé c'est mon talent, fin c'est pas mon talent, c'est le truc que j'ai bossé tout le temps. Comment parler à n'importe qui qui vient s'asseoir devant moi, qui pète en larmes, qui est énervé, qui m'gueule dessus, alors que j'ai rien fait encore. Alors j'dis bon, c'est tout, et on va voir. Et, ça permet d'avoir ce dialogue-là, cette réassurance, de les appeler, et effectivement, ils ne sont pas dans une tour d'ivoire du tout si on sait se présenter, si on sait leur envoyer un courrier correct. Avec j'pense largement plus une hypothèse diagnostique qu'un dossier rempli avec logiciel métier, bien confraternellement. Ils s'en foutent hein, moi j'leur mets tout le temps tac tac tac. J'pense à ça parce que je suis pas informatisé au CHU mais, j'pense à ça, au merci, mon numéro de portable. Ils m'appellent, on discute. Et en fin de compte ils sont tous super contents. Tous les retours que j'ai de médecins spécialistes c'est : « Merci, ça roule, vous nous envoyez tôt mais justifié. Plutôt qu'en retard aux urgences.

I : Comment t'as travaillé cette communication ?

- M3 : Ouf, comme un bâtard.

(Rires dans le groupe)

I : Avec quoi, grâce à quoi, avec quels éléments ? Avec la fac ? Les livres ?

- M3 : Avec euh, c'est long hein. T'as l'temps ? Synthétiquement, avec la fac, des livres, avec les films, avec les bars, énormément. J'étudiais jamais que dans les bars. Pas les bars « picheux » mais quand je, tous mes après-midis de cours, je m'imposais deux heures à discuter avec des inconnus, débattre de tout et de rien, sans savoir rien et gagner les débats. Ça c'est un exercice qu'on s'était inventé avec un pote. Pour qu'après quand on sera dans une situation où on ne sait pas. Et ben en fait il faut savoir, manier la rhétorique. Et après lire des bouquins alors récemment

les trucs que j'ai dû lire c'était « Langage corporel », ouais le, et puis « Exercices avec les patients ».

I : Qu'est ce qui t'a fait penser que c'était ça qui sera le plus important pour toi dans ta pratique ?

- M3 : Parce que je pense que vu comment j'suis déjà et que j'peux très vite tenir le crachoir.

I : Qu'est ce qui t'a fait penser à ça ? Y'a eu un déclic ?

- M3 : Y a eu un déclic, euh, ffff, peut être mon tout premier patient. J'étais en stage d'aide-soignant, stage d'aide-soignant, qui vient, c'était pour aller faire un euh toucher rectal à un transsexuel sidéen hépatite C, c'est mon tout premier patient. En aide-soignant. Les gars j'leur ai dit, jamais j'ferai un toucher rectal, et en fait c'était une blague, ils m'ont mis dessus, le gars il m'a mis la main sur le truc, il a commencé à remonter, et en fait j'ai dit : Ah on rigole, et en fait dès le début j'ai senti que, il fallait dédramatiser les choses. Et après ça a été que ça que ça que ça. Apprendre à dédramatiser mais en restant dans l'truc.

I : C'est un cheminement très personnel.

- M3 : C'est un cheminement, extrêmement personnel mais que j'peux transmettre maintenant aux internes, par ce que je fais d'ailleurs.

I : Tu as construit toi-même un...

- M3 : Ma méthode.

I : Ta méthode. Est-ce que certains ont aussi trouvé leurs propres outils ?

- M1 : J'voulais justement revenir parce que tout à l'heure j'avais parlé, que mon premier truc c'était d'avoir appris à dire non et justement j'voulais compléter déjà par rapport à ça. Parce que j'ai trouvé qu'au début des remplacements, c'est le moment où j'ai dû me poser la question : Comment je soigne **moi** ? Parce que on remplace différents médecins, y'en a qui acceptent des choses que d'autres n'acceptent pas, et moi c'est quoi ? Est-ce que j'accepte de faire un arrêt de travail entre deux portes, est ce que j'accepte euh, euh...fin je sais pas, comment j'réagis face à mes patients.

I : T'essaie de construire ta personnalité...de médecin, ton caractère de médecin.

- M1 : Voilà exactement. Et ça j'ai dû le faire tout de suite. Pour moi, ça a commencé quand je suis devenue remplaçante, de dire ça ben c'est oui, ça c'est non, moi je soigne comme ça. Ça se discute. Bon y'a des choses faut aller voir un autre médecin pour si on veut être soigné comme ça. Moi c'est pas ce que je fais.
- M4 : Moi j'suis fan de Jaddo, « juste après dresseuse d'ours » Euh...c'est une généraliste, y'a une copine qui a dit : c'est toi qui a écrit le l'bouquin ? Ah non non, c'est pas moi. Et donc pour dire que, je enfin j'me reconnais beaucoup dans c'qu'elle

vit, euh, c'est une nana qui se prend pas le chou et qui explique simplement d'une manière drôle (...) sur un blog et puis elle a fait un bouquin.

I : Elle construit sa personnalité de médecin par ses...

- M4 : Pour revenir à ta tâche d'huile, que voilà c'est que voilà l'interne tout l'monde, la remplaçante tout le monde et qu'elle a juste écrit son ressenti et bon c'est sur internet, sur un blog et que ça fait l'tour quoi.

I : C'est un journal en fait ?

- M3 : C'est un journal, c'est un blog.
- M7 : Jado c'est ça ? J A D O ?
- M1 : C'est « Juste après dresseuse d'ours »
- M4 : C'est beaucoup de blogueurs. C'est l'généraliste avec des couettes.

I : Ce besoin de, ce besoin d'écrire, ce besoin de raconter

- M3 : C'est obligé.

I : Finalement c'est ça qui vous

- M3 : C'est l'portfolio.

I : Qui construit votre personnalité de médecin ?

- M4 : Moi j'écris pas hein.

I : Vous avez ce besoin-là ?

- M6 : De partager en tout cas
- M4 : De pas s sentir seul sur le point de vue que t'as. Et j'en reviens à c'que tu dis, j'pense que la plupart des généralistes euh montrent cette envie de bien faire. Et que, faut pas être pessimiste.
- M7 : c'est clair, pour la plupart
- M1 : on a peut-être une identité commune euh comme Jaddo comme ce type-là qui c'est, qui a demandé un changement de cursus. Le département de médecine générale qui a mis quelque chose d'assez différent des études médicales. A partir du moment on a dû écrire un portfolio, c'est autre chose que des QCM etc. donc y'a une espèce d'identité comme ça.
- M3 : de mémoire, c'était pas des QCM, c'était des mémoires à faire.
- M1 : Ah oui mais j'parle du premier cycle, concours machin. Moi mon premier cycle, et mon deuxième cycle c'était des QCM et dossiers et c'est qu'à partir de l'internat

que c'est, que la façon de, la pédagogie a complètement changé. Et euh...Et euh...Jado c'est un peu le même truc de, d'avoir parlé pour dire ben moi, je vais pas faire semblant d'être le médecin qui sait tout, et qui doit garder cette image, j'la casse et j'pense que les Winckler avant j'pense que c'était ça aussi. Euh qui est v'nu nous voir en P1 à Lille et qui nous a dit : moi dans les années soixante-dix on m'a dit que j'étais un crétin et que j'y arriverai pas, et j'veux vous dire quelque chose de différent et personnellement je pense que ça a joué.

- M4 : J'suis pas complètement d'accord avec Winckler.
- M1 : Ah non, ça veut pas dire que j'suis d'accord avec tout c'qu'il dit, ni Jado d'ailleurs, mais (...)
- M1 : P't'être pas tout le monde, je sais pas si tout le monde se sent concerné
- M3 : au niveau des outils
 - o (...)
- M1 : Mais justement il a dénoncé ça quelque part.
- M7 : Il le met en lumière justement.
- M4 : Déprimant parce qu'il est très faible, le médecin généraliste là-dedans, parce qu'il a la chance de s'trouver une copine par l'opération du saint esprit, dans le truc. Quelqu'un peut être célibataire toute sa vie sans enfant etcetera et qui fait passer ses patients avant sa propre vie. Et moi ça, c'est niet, rien et que dalle. Moi c'est mes deux filles en premier, tu vas voir.
- M3 : ouais on verra
- M4 : Et après, le boulot. Mais clairement. Pour moi ma vie, elle est plus importante que celle de mes patients.

I : On va sortir des lectures, on va essayer de sortir un peu des lectures. Qu'est-ce qui vous a semblé l'plus difficile au début de vos remplacements ?

- M3 : on l'a déjà dit. Ouais
- M6 : C'était la gestion, c'était différent de vous mais c'était la gestion émotionnelle parce que j'suis quelqu'un de hyper stressée et euh, et fin, fallait déjà que j'me gère moi. On est face à des gens, on est tout seul, et la médecine générale, fin franchement y'a des choses qu'on n'apprend pas du tout à la fac, on nous pose toujours des questions bizarres...un bouton (...) et franchement il fallait que je gère ça. Maintenant, je sais pas, j'dis : « j'm'en fous », j'le dis comme je parle, mais c'est vrai que au début, j'me sentais jugée, déjà on est jugé parce qu'on est jeune, qu'on fait jeune, surtout moi. On est une fille et voilà on n'a pas l'expérience et que, ils nous testent et c'est vrai qu'c'était plus la gestion émotionnelle, la gestion du stress et après, c'est vrai qu'une fois que c'était parti, c'était bon mais euh

- M1 : J'pense que c'était ça aussi.

I : Est-ce que vous avez eu une expérience difficile dans le début de vos remplacements et qui vous marque aujourd'hui encore ?

- M4 : Oui. Le premier remplacement, j'l'ai fait sans secrétariat, où le gars, le médecin a prévenu deux de ses copains : « Ouais c'est bon, ma remplaçante elle peut prendre vos patients aussi », donc j'ai remplacé trois médecins sans le savoir, j'l'ai su le premier jour en arrivant. Sans secrétaire. Donc j'ai vu le premier jour quarante et une personne dont neuf visites et donc j'ai un peu pété un câble, sans secrétariat, et tout. Et euh, là-dessus y'a une nana avec une angine. J'lui fais un strepto test négatif, et puis c'était une mononucléose. C'était une jeune de douze ans, la mère m'appelle pour m'incendier : « Ah, vous lui avez pas donné d'antibiotiques, euh en plus vous lui avez pas pris la tension. ». Douze ans, c'est vrai que... (rire sourd) et euh et donc « là vous savez qu'il est aux urgences, par votre faute ». Qu'est-ce tu fais, qu'est-ce j'ai fait qu'est-ce j'ai fait ? Voilà. Deuxième coup de fil juste après : la mère me dit : « ma fille a une allergie aux protéines de lait de vache, attention à ce que vous mettez comme médicament ». Oui, ben non je vais pas mettre de protéine de lait de vache (ironiquement)...Et en fait c'était une intolérance au lactose et sa fille a eu une urticaire et elle m'a appelée, pareil, dans la soirée pour m'incendier pour me dire : « Oui vous vous rendez pas compte elle aurait pu mourir ». Enfin deux fois euh, à une demi-heure d'intervalle, le tout en ayant vu quarante personnes dans la journée. Donc là j'ai fondu en larmes. Et voilà.

I : Un surplus de patients et le sentiment de

- M4 : Les patients et (...) connard. Et après j'ai plus remplacé celui-là. Et après c'était la seule fois où j'étais vraiment embêtée.

I : M8, une histoire difficile ?

- M8 : Au tout début, j'avais un peu la tête dans l'guidon, et j'ai l'impression que maintenant j'suis un peu plus dans l'humain qu'au début. Comme si j'avais plus de recul qu'au début des rempla et puis maintenant, p't'être parce que comme j'ai des rempla plus fixes, les gens je les connais plus, et ça m'affecte plus qu'avant, ce qui peut arriver, bizarrement. Fin j'sais pas si c'est bizarre mais. Mais c'est comme j'le ressens comme ça. Après euh...ouais j'ai eu un truc, mais c'est une dame qui...elle m'avait pas ppppppppayé pardon (bégaiement). Du coup elle devait me payer dans deux jours. J'l'appelle, j'l'attends, et puis au final, elle pouvait p, fin, elle me dit « j'vous mets le chèque dans la boîte aux lettres », j'la rappelle tout ça...Et puis au final elle me dit « ouais mais vous savez, ma fille elle avait pas une otite », en gros elle cherchait un moyen de justifier de pas m'payer, euh, ça c'est un truc qui m'a ...on s'est pris la tête au téléphone et euh...fff.
- M1 : Ce qu'elle te disait que c'est « c'est votre consultation... »
- M8 : Ouais voilà, ouais mais...ça elle me l'a pas dit au départ...

- M7 : Non c'était un moyen pour pas payer.
- M8 : Au début elle disait juste qu'elle mettrait le chèque dans la boîte aux lettres.

I : Qu'est ce qui t'a gênée c'est d'avoir été remise en cause sur ta consultation ou c'est de pas avoir été payée ?

- M8 : Non c'est d'avoir dû quémander mais fin j'allais pas faire ça quoi. J'ai fait confiance, elle avait l'air « bien » entre guillemets, donc j'me suis permis d'attendre, et puis après qu'elle remette en cause fin mon diagnostic, euh, fin, fff.

I : T'as l'impression de t'être fait avoir ?

- M8 : Ouais fin j'ai pas aimé comme elle a fait. C'était pas très sympa de sa part.

I : M7, une expérience difficile ?

- M7 : moi ça va, c'est diagnostique après, c'est comme tout le monde, après on a tous eu des erreurs diagnostiques mais c'était pas une erreur, c'était un ancien toxicomane sous Subutex® qui était venu m'voir, y'était pas bien, mais quand on est au tout début de notre expérience, on reconnaît pas forcément quand quelqu'un va pas bien. Et cette personne-là n'allait pas bien du tout, elle faisait une grosse pneumopathie, donc j'avais vu qu'il faisait une pneumopathie, j'avais mis sous Augmentin®, j'ai fait son bilan biologique en ville. J'avais insisté, j'ai dit qu'il était mieux qu'il aille à l'hôpital, mais il voulait pas, vu son contexte sociologique il voulait pas aller à l'hôpital fin voilà, et du coup j'ai dit : « Vous faites ça, vous faites votre radio, vous faites votre prise de sang », mais comme c'est un toxico, y'en avait plus, y'avait plus de veines, il voulait pas faire sa prise de sang. Du coup il a laissé traîner le truc jusqu'à la semaine d'après, et là, j'ai reçu un compte rendu de radio le mardi, qu'il avait fait quatre-cinq jours après avec pleurésie bilatérale, de ouf, et en fait il est allé à l'hôpital, il est même pas allé en réa, mais il est resté trois semaines à l'hôpital. Et le gros souci, donc ça c'était en SASPAS, et j'ai revu un mois après quand je remplaçais de nouveau le médecin, et après j'ai vu son regard, il était complètement changé, il était clean. Ça avait dû lui donner un déclic cette expérience-là d'hospitalisation de trois semaines...Et, il m'en a voulu ! Il m'a dit : « Vous m'avez prescrit une prise de sang, vous saviez très bien que j'étais toxicomane, vous auriez pas dû, vous auriez dû faire la radio plutôt que la prise de sang en premier », en même temps j'avais donné les deux quoi. La personne qui te rend quelque chose de négatif vis-à-vis de toi et c'est vrai que ça m'a appris par la suite à me déculpabiliser. Des fois la personne elle te renvoie des choses négatives alors que, c'est plutôt eux qui...Mais c'était c'était particulier d'le voir après, parce que dans ces cas-là, on se sent un peu déficient vis-à-vis du patient, on essaie d'en prendre soin du coup, on essaie de prendre du temps avec lui. Fin ça m'avait vraiment...ça a été enrichissant quoi.

I : M3 à part cette expérience de toucher rectal ?

- M3 : c'était pendant ma deuxième année donc là euh ouais...euh si ! Un truc qui m'a... quasiment les premiers remplacements que j'ai faits, je regrette de pas avoir fait un signalement pour un père très propre sur lui, qui avait deux barres de fringues...euh j'veux pas du tout faire de politique mais c'est juste que j'ai commencé par l'vieux Lille et c'était extrêmement traumatisant pour moi qui ai appris dans une fac qui était en quartier très pauvre de région parisienne et en fait ce gars-là était d'une violence inouïe avec son gamin de quatorze mois, donc il le plaquait contre le mur , contre la toise, il l'a pris par la gorge, il l'a éclaté contre le mur, alors j'lui ai pris la main, j'lui ai fait une clé de bras, euh il m'a dit : « Qu'est-ce que vous faites ? » J'lui ai dit « ben, allez-y, on va discuter ensemble », et puis il a rien dit parce que voilà. Et en fait c'est devenu après euh, un concours de mesurage de...pas de mesurage de mmm sur des menaces mais en fait c'était euh, : « Moi je gère deux cent cinquante employés etcetera », « Moi j'gère votre même » et en fait j'aurai du gérer ça autrement (...) et le soir même j'en ai parlé avec un pote en disant si j'le r'trouve j'lui r'f'rai sa caisse, et puis voilà quoi.
- M7 : Tu l'as jamais revu ?
- M3 : Euh nan, mais je sais que j'habite dans le même quartier encore quelques mois, et avec un peu de chance, j'lui ferai sa caisse. J'lui ferai trois pneus quoi. La limite était très tenue, c'était pas d'la violence sexuelle ou quoi que ce soit où là j'aurai pris le même avec moi quoi, j'aurai appelé la police, je serai resté. Là c'était fin, mais ça m'a fait peur sur les années à venir en fait. Et c'est un truc qu'on a en médecine générale, qu'on oublie trop souvent, c'est qu'on a une vision sur ce que les patients vont devenir dans cinq, dix, quinze, vingt ans, qu'ils n'ont pas, qui est dans notre serment d'ailleurs, qui est dit dans notre serment. Et qui de temps en temps est tellement flagrant, tellement « pète aux yeux » que, j'avais pas encore l'expérience pour me dire : « C'est pas ma vie c'est pas grave », et en fait maintenant j'me dis c'est pas ma vie c'est pas grave. Un enfant qui va souffrir avec un père violent un peu con, un peu trop sûr de lui, et j'peux pas faire, ma notion de bien-être là-dessus et de soin, doit savoir s'arrêter, j'ai appris mes limites là-dessus, mais rétrospectivement, presque un an plus tard. J'étais pas sûr que j'avais bien fait les choses, en tout cas en me disant d'être aussi violent que lui sur lui qu'il avait été avec son fils devant moi. Finalement j'avais pas fait si mal que ça, mais en fait sur le coup, tout l'reste de l'après-midi j'avais pas fait caca droit normal quoi, pour la métaphore digestive.

I : M2, pour une expérience difficile ?

- M2 : J'pense que c'était ça, c'était vraiment deuxième semaine de rempla vrai...et puis ça a vraiment été en deux temps quoi que j'ai vu un type de vingt ans gros fumeur asthmatique qui chauffait un peu, qui était un peu tachycarde avec de la fièvre, un peu dyspnéique, j'lui ai dit : « J'pense que c'est une pneumonie faut aller l'hôpital ». « Ah nan nan nan ah bah faites votre radio alors... ». Et puis tout ça dans un contexte que je trouve difficile, j'trouve quand même que la gestion du temps de

prendre sa bagnole, avoir une heure et demi pour faire quatre visites, manger un sandwich, c'est quand même vachement dur. Après, euh, quand on est installé, on gère ça mais quand on est en rempla, et que les gens ils sont malades ils sont malades. (...) t'as moins d'expérience, tu te prends une heure de retard enfin, tout ça n'est pas évident et faut continuer à faire de la médecine et faut continuer à rien louper. Et, fin voilà, c'gamin j'lui ai dit : « Faites la radio » et donc maintenant quand j'fais ça et que je veux voir la radio le soir, j'le note et je rappelle les gens et là j'l'ai pas fait et j'me suis r'trouvée euh samedi quatorze heures en devant être en garde à Dunkerque une heure et demi après avec une radio qui ne disait pas pneumonie mais cardiomégalie et donc j'ai rappelé les gens, j'étais furieuse contre le radiologue qui m'avait pas rappelée. J'leur ai dit « Faut aller à l'hosto ». J'me suis déplacée. Et j'ai su après qu'en fait il avait euh...10 % de fraction d'éjection en arrivant, qu'il était mort quoi et ...voilà. Fin, j'ai dévié. Mais euh bon, ça a été difficile et du coup ça a été tout de suite, ça m'a beaucoup influencé j'crois sur : « Attention, t'as quand même des vies », pas entre tes mains parce que, ceux qui sont malades on les sauvera pas, mais euh, « faut essayer de pas faire de bêtises » quoi et le côté organisation beaucoup.

I : Par rapport à ces expériences et ce vécu, est ce que, quelles connaissances disciplinaires vous faisaient défaut à ce moment-là ?

- M4 : Disciplinaires c'est-à-dire ?
- M3 : Théoriques

I : Ouais c'est ça de formation, à ce moment-là, est ce qu'il y a à un moment donné des savoirs qui vous manquaient pour gérer ce genre de situations euh...ou finalement vous aviez tout en main ?

- M3 : au moment d'une crise ou tous les jours ?

I : Au moment où...

- M3 : Le plus difficile.

I : Donc vraiment au début de ...dans c'début d'activité, les situations difficiles qu'est ce qui...

- M5 : Moi au début j'trouve qu'il nous manque un peu de pratique médicale et du coup, on les cherche...
- M3 : la mise en application des théories
- M5 : Voilà, différentes applications théoriques, et cette logistique qui est différente dans l'hospitalier que dans l'ambulatoire en fait, on leur demande de faire un bilan, une radio sur des sites différents, on sait pas si ça va être fait, il faut avoir une chronologie différente de la façon dont on gère un patient, on est plus, euh, c'est lui

qui est à l'hôpital et on peut revenir deux minutes après si on a oublié un truc. Quand il est parti de la consult' (...)

I : Mais finalement, quand vous avez fait vos stages,

- M5 : On a la théorie mais après
- M6 : C'est pas les mêmes pathologies, à l'hôpital, il a déjà été trié euh. Par exemple quelqu'un peut venir bien et puis finalement on l'examine et y'a un truc qui va pas et fin, y'a une façon d'faire qui est pas pareille par rapport à la pratique

I : C'que j'comprends c'est que secondairement il y a peut-être une facilité à mettre en application des savoirs théoriques dans le milieu hospitalier où finalement y'a ...

- M4 : Le plateau technique
- M8 : A l'hôpital, le patient il reste là pendant plusieurs jours, on a le temps de revenir vers lui, bah chercher des trucs et revenir, tandis que, en libéral le patient il va repartir, on n'a pas la réponse tout de suite, le patient va partir, et bon va ptêtre revenir, bon bah voilà, c'est pas pareil au niveau du suivi euh.
- M5 : Moi j'voulais juste rebondir sur ça, moi la plus grande difficulté que j'avais en, dans mes débuts de remplacements c'est de savoir, des choses assez foireuses, est-ce que je dois le laisser à domicile, est-ce que je l'hospitalise, est-ce que j'ai des critères d'hospitalisation ? Est-ce qu'il va pas mourir dans la nuit ? Et ça m'est arrivé qu'il soit mort dans la nuit, moi aussi j'ai eu l'expérience, alors pas au même âge, quatre-vingt-cinq ans mais effectivement le lendemain on se remet en question, et ce, qu'est-ce qu'on en fait ? Est-ce qu'on le laisse en ambulatoire, on ne sait pas comment ça va évoluer, est-ce qu'on peut faire confiance, est-ce qu'il a de l'entourage tout ça...c'est j'ai trouvé qu'c'était...
- M8 : On n'a pas la réponse tout de suite fin
- M2 : On n'a pas beaucoup de recul quoi, moi au début j'avais tout le temps du mal, tout le temps envie de demander son avis, même à la secrétaire quoi mais euh. Je n'arrivais pas à dire : « je pense que c'est ça, j'évalue la situation comme ça, et j'le fais ». J'me disais : « Qu'aurait fait un autre ? Qu'aurai fait quelqu'un qui avait de l'expérience ? »
- M1 : Je pense qu'il y a deux choses qui nous manquent : d'une part théorique, d'autre part pratique. C'qui nous manque en théorie c'est qu'y' a plein de choses qu'on a pas appris sur le plan social, et même sur le plan médical des situations médicales qu'on voit qu'en ville et qu'on voit pas à l'hôpital et sur le plan pratique euh, la gymnastique intellectuelle, qu'un médecin a, qui mène à son diagnostic et à son traitement n'est pas du tout la même à l'hôpital, donc on l'a pas dans nos stages...il faut être en libéral, pour être familiarisé avec l'organisation du cheminement diagnostique. A l'hôpital, on est habitués, voilà y'a un brancard, le

contexte organisationnel, on est habitué. Combien de temps prend...Puisqu'on y est depuis qu'on est externe, on connaît la gymnastique de l'hôpital. Le patient il arrive là, il est orienté comme ça, on apprend. Celui qui vient de sa maison au cabinet...et c'est ça qui faut gérer parce que c'est ça le plus important, ça on sait pas le faire.

(...)

- M5 : y'a des choses théoriques qu'on sait pas en fait

I : Toi, M3, tu as trouvé (...)

- M3 : j'insiste mais c'est pas ma méthode. C'est que dans l'fond pour répondre avec intelligence et aller dans l'sens de tes deux trucs c'est que moi en théorie j'ai fait ça comme, j'me sens comme une brelle encore, j'ai passé tout mon deuxième cycle à pas apprendre mes trucs. J'me suis fait une mission d'apprendre que trois étiologies par maladie par exemple. Parce qu'en médecine générale on gère toujours quatre-vingt-quinze pourcents des trucs et les cinq pourcents ben j'me dis que c'est le spécialiste qui va les connaître, voilà, c'est quoi la maladie la plus drôle du monde ? Le phéochromocytome ! Tout le monde sait c'que sait, c'est une maladie un sur deux millions, on a tout l'monde un cours là-dessus on sait ça en transsphénoïdal mais j'sais pas pourquoi je sais ça. (...) Lille-Paris. Donc déjà ça, les lacunes, ça m'a jamais inquiété parce que, j'ai comme tu disais, dire non mais aussi dire je sais pas j'allais dire, c'est qu'j'ai tout l'temps, en revanche j'ai les bouquins qu'il me faut, j'ai les bouquins de diagnostics étiologiques, quand j'ai un doute, j'ai un bouquin d'ordonnances classiques, j'les sors et mes patients, ils disent rien. Nan mais je sais bien
- M2 : y'a des situations, qui ressemblent à rien des bouquins, et t'es là t'es au milieu...
- M3 : Ouais mais après tu fais ta popote, c'est le principe de la pathologie émergente qu'on a en médecine générale, les trucs qui ont pas d'étiquette, parce que ça existe pas, qu'il y en a pas assez et qu'tu vas les gérer, par exemple les ongles qui tombent...
- M2 : moi j'ai un mec il a perdu six kilos et il a une VS à cent, je pense qu'il a un truc hein, c'est pas dans sa tête
- M3 : ouais mais j'ai pas dit ça
- M2 : ah ouais mais
- M3 : nan, j'parle des p'tits trucs, des p'tits maux qui sont pas étiquetés.
- M2 : On n'a pas à chaque fois des Dr House à qui t'adresse les patients quand toi tu sais plus.
- M3 : Si y'a Marc Lambert, qui est vachement bien, il est au CHRU.

- M2 : je sais j'l'ai appelé aujourd'hui et j'le rappelle demain.
- M3 : Et après au niveau logistique, moi j'suis d'accord sur les problèmes de logistiques qu'on a au début. C'que j'ai trouvé comme solution c'est que je gère mes remplacements, j'ai dit je prends cinq remplacements, c'est-à-dire que j'fait tout l'temps, cinq consult' d'un quart d'heure, une consult' off, si le gars il tourne à dix minutes, j'refuse si il veut pas aller à mon rythme. J'ai besoin de ce rythme-là pour pouvoir bosser et après je ferai tout ce qu'il fait dans son cabinet, c'est-à-dire que j'm'adapte, le gars qui fait pas d'addicto alors que j'en fais à mort, j'vais pas aller m'ramener des patients d'addicto ou lancer de la tabaco par respect pour lui c'qu'il fait. Euh, quelqu'un qui ne fait pas de gynéco, j'vais pas aller faire de prélèvements. (...) Et quelqu'un qui veut en faire j'lui dis désolé ça se fera la prochaine fois, et j'préviens la secrétaire, qu'elle le fasse. Donc c'est une habitude de politesse avec la personne qu'on remplace et de logistique pour soi. Parce que moi j'ai besoin de ce temps-là et j'impose
- M4 : J'en reviens à ce que toi tu disais : maximum trente par jour, c'est un grand maximum, et en général c'est vingt-cinq par jour et c'que j'fait c'est que j'mets toujours des consultations d'urgence : quinze personnes chroniques ou pas urgentes, dix consultations libres. Normalement ça dépasse pas. Si j'arrive à trente c'est normalement exceptionnel mais c'est plutôt à vingt-cinq en théorie

I : Si on revient en termes de manquements en termes de savoirs à ce moment-là.

- M5 : moi j'trouve que la gestion du social, on n'est pas du tout formé.

I : La communication avec le patient...

- M4, M3, M1 : Non, les problèmes sociaux
- M5 : les problèmes sociaux, l'hébergement, la précarité
- M6 : la précarité
- M5 : chez qui on va envoyer pour gérer ces problèmes ...

I : Les relais

- M5 : euh...après moi j'travailles dans ça donc je connais mais je l'ai appris par d'autres moyens que la faculté en fait et ça on en a de plus en plus je trouve et ...
- M4 : moi j'trouve la gestion du temps, c'est quand même un problème de connaissances
- M3 : j'suis d'accord que dans le social et ça c'est notre devoir quand on commence à réaliser, parce qu'on se marie à la médecine générale, qu'on a les pieds dedans, de se former là-dessus. Donc c'est vrai que c'est prendre du temps pour soi

- M4 : c'est les généralistes libéraux et l'accès aux soins, des patients qu'on voit pas, on les voit pas. On commence à les voir parce qu'on connaît que si c'est l'AME on peut quand même les voir.
- M2 : on a neuf ans d'études on pourrait p't'être prendre une partie là-dessus ;
- M3 : c'est se tenir au courant sur les derniers antidiabétiques oraux, c'est des coups de fils, y'a des tas de réseaux dans une mairie qu'on connaît pas. Il suffit d'appeler dans une mairie, d'aller passer du temps dans une mairie, on prend une après-midi dans une mairie.
- M6 : si t'es remplaçant, qu'tu tournes, c'est vrai que moi j'ai eu le cas, plusieurs fois, une personne âgée que, qui s'occupe de sa femme qui est Alzheimer, tu dois l'hospitaliser, et sa femme, bah t'en fais quoi ? Et sa femme et ça c'est, après c'est que quand on connaît après, on peut essayer de voir, mais l'truc c'est que quand on remplace et que on est à droite à gauche, des fois c'est vite casse...c'est quand même problématique.
- M3 : c'est connaître ses réseaux et connaître ses outils aussi.
- M2 : C'est les outils et ses réseaux et ça quand tu remplaces t'as pas le temps de développer tout euh...
- M1 : on n'a pas nos outils c'est vrai
(Tout le monde parle en même temps ...)
- M4 : quand t'es installé ou qu'tu remplaces depuis longtemps, moi ça fait sept ans que je remplace sur Douai et ... euh le mercredi et le jeudi, normalement les réseaux j'les connais à peu près, c'est encore plus sympa du côté d'Hazebrouck où là j'étais interne alors j'ai encore plus mon réseau c'est royal quoi, tu sais qui appeler tu sais quelle spé il est sympa, tu connais aussi les médecins, c'est royal.

I : Donc si j'arrive à résumer un peu tous ces savoirs, il y a le social, l'environnement matériel mais aussi en termes de relais, des outils etcetera, le cheminement diagnostique du médecin, ce sont des savoirs qui vous manquaient finalement pour gérer vos premières expériences.

- M2 et M3 : oui complètement d'accord

I : Qui manquent même encore maintenant ?

- M3 : ça évolue tout le temps en plus
- M5 : on est tout le temps en formation
- M2 : On est tout l'temps en formation en fait

- M3 : c'est une lutte qu'on continue de lutter, la DRASS depuis qu'elle est passée ARS, il y a eu tellement de changements dans la structure elle-même qu'on en connaît pas le quart du millièm...j'avais un truc à dire mais j'sais plus...

I : On enchaîne sur les difficultés relationnelles, que vous avez pu avoir.

- M3 : ça y est : ce que je voulais dire : pour tout ce qui est difficulté et culpabilité du médecin, et surtout du jeune médecin, il y a la thèse de Lionel Michel qui est phénoménale. C'est un médecin de Strasbourg et qui fait de justement que ce sujet-là et qui explique qu'il faut déculpabiliser, qui donne des méthodes, que faire 25 30 % de consultations d'urgence conseillés par de par de bonnes organisations, c'est que des choses qui sont déjà étudiées, c'est que des outils qui existent. Tous les outils existent déjà comme, tous les réseaux existent déjà mais on fait pas l'effort de les connaître, on se cantonne aux spécialistes et à l'hôpital et fait chier. J'suis désolé parce que les services de santé précarité sont phénoménaux, on les utilise pas assez, on n'oriente pas assez. Pour faire ça, il y a des tas d'associations, quand on va à la maison des associations et effectivement il faut être au même endroit. Si on fait tout le nord de la France c'est difficile. Y'a des endroits qui sont plus dotés que d'autres quand même. Bien sûr la métropole est bien plus dotée que...
- M4 : si on s'éloigne
- M3 : tu trouveras toujours des solutions si tu cherches un chouillat, mais généralement on s'donne pas le temps.
- M5 : Mais ça prend l'temps
- M3 : Voilà ça prend du temps
- M5 : ça prend vachement de temps, c'est chronophage
- M3 : mais faut se sacrifier un peu, ouais on sait, c'est chrono-valorisant.
(Rires dans le groupe)
- M6 : y'a des questions qu'on se pose que quand on y est...Quand on y est, y a des trucs qu'on ne se posait pas, fin j'veux dire on peut pas tout imaginer
- M2 : mais bon le patient vient en urgence et là il faut trouver une solution tout de suite donc là façon euh...
- M3 : Oui mais y'a pas que de l'urgence
- M4 : C'est pour ça qu'il faut aérer ta consult' toi, si c'est trop bourré et si faut que t'accepte entre les deux des gens, alors là au secours, les consultations à rallonge n'existent pas et, t'as besoin de marge, t'as besoin d'un emploi du temps aéré pour pas te sentir bousculé en permanence et si ma foi, il te reste cinq, dix minutes, soit tu vas boire un café, soit tu vas faire pipi.

- M1 : Tu lis la dernière reco HAS...
- M4 : bien sûr, tu dois toujours trouver un p'tit peu de temps... Démarrer en tant que remplaçant avec un patient par quart d'heure, c'est une hérésie à mon sens. Il faut au moins vingt minutes. Un remplaçant, c'est le début début, parce que t'as pas automatisé, moi maintenant apicrypt en haut à droite hop hop hop, donc tout ce qui est euh... passer la carte vitale, payer... tout est automatisé ça fait que je gagne cinq à dix minutes par consult'.
- M1 : Gérer le logiciel patient carte vitale, c'est une routine
- M4 : Oui, **après** c'est automatisé mais au départ je vois pas comment tu peux avoir automatisé ça, c'est pas possible.

I : Donc là on est plus sur de la difficulté...

- M4 : pratique.

I : Organisationnelle.

- M1 : oui mais du début du parcours.
- M3 : il y a exactement la même démarche dans notre travail de pratique, c'est l'truc, que vous savez... initialement on nous demande de faire de l'hypothético-déductif et ensuite avec l'expérience on devient intuitif, et en fait c'est ça qui fait qu'il y a une forme d'automatisme qui vient, en gardant toujours la lanterne rouge de l'urgence, et en fait ça, je suis persuadé qu'avec la qualité de nos études et de notre formation, arriver à la fin de l'internat si on s'est pas pris la tête à faire des DU pendant tout son internat, on arrive en fin d'internat, on est bon, on est déjà dans de l'intuitif. Si on n'est pas là, c'est qu'il y a eu des erreurs de formation avant.
- M2 : mais pas sur de l'intuitif de présentation de la médecine générale
- M6 : ça c'est d'la gymnastique
- M3 : Non mais c'est jamais aussi gravissime, désolé pour ton histoire, t'as pas eu de chance, tout l'monde n'a pas toujours eu une histoire aussi grave que ça, moi, elle va peut-être tomber la semaine prochaine hein, c'est p't'être le patient de ce soir qui va caler, c'est tout mais le truc c'est cette réflexion-là, c'est un peu comme gérer sa logistique, comme quand tu vas dans un cabinet, que tu découvres à droite à gauche comment c'est foutu, c'est aussi ce qu'il fait, comment ça se passe, comment son logiciel passe, et toi de ton côté tu dois déjà être à l'aise sur ça. Et après tu travailles ton relationnel, qui est effectivement ton arme majeure en médecine générale, qui est oubliée, enfin, pas valorisée pendant toutes tes études.
- M1 : le truc c'est que quand on commence à remplacer on n'a pas encore du tout d'automatismes mais on doit quand même se tenir au même emploi du temps que celui qu'on remplace.

- M3 : normalement si t'en as.
- M1 : pas en cabinet. Ta gymnastique diagnostique elle est hospitalière quand t'arrive, (...)

SASPAS(...)

- M3 : tout le but du portfolio pour revenir encore sur le DMG, c'est dire que toutes les situations qu'tu vas avoir en hospitalier, tu peux t'imaginer que tu les retranscris en cabinet de médecine générale et donc t'apprends déjà à faire de la médecine générale.
- M1 : oui, le portfolio il est adapté.
- M3 : il est vachement bien foutu mais il est mal expliqué.
- M6 : Ouais
- M3 : il est mal expliqué et il donne pas envie en plus, parce que c'est pas glam glam, c'est tout. Mais ça c'est tout, c'est vachement mieux fait à Paris Ouest par exemple. En fait, chacun avait un blog et les médecins enseignants aussi. Tout le monde pouvait aller sur le truc du médecin et dire c'est de la merde ce que tu fais, donc ils faisaient leurs démarches aussi, et donc l'intentionnalité n'était pas la même. Mais une fois que tu captés ça, tu peux te faire des récits à toi, ce que je reproche à Jado parce que trop ouvert, y'a des gens qui devraient pas lire ça. Ça devrait rester entre nous, entre guillemets. Et après c'est surtout le faire pour toi. Et en fait c'est ça l'intérêt, c'est ça que t'apprends, quand t'arrives, et que tu as ton diplôme d'enseignement supérieur en médecine générale, tu es déjà presque dans l'intuitif. Après tu vas revoir quelques poso par ci par là, gestaclic, refaire les prescriptions avec la Claude Bernard Horner, là j'sais pas quoi, nan Claude Bernard Horner c'est une maladie, j'crois que c'est la banque Claude Bernard c'est là où tu gagnes du temps. Et faut le faire très tôt.
- M4 : Ce temps-là qui est administratif, tu le gardes à part, comme c'est pas automatique, il faut que tu le gardes à part.
- M1 : moi j'ai fait un SASPAS, où j'avais droit à plus de temps parce que j'étais interne
- M4 : j'ai fait la première journée. Et après j'ai dit « allez-vous faire voir, je ne vois **que** les patients de ce médecin-là ». Mais ça m'a pris une journée pour le faire.
- M3 : Mais au moins tu l'as fait.
- M1 : que j'ai eu un SASPAS avec des consultations, j'avais droit à des consultations à trente minutes au début du stage, parce que elle exigeait que la consultation se déroule bien, que j'avais bien tout fait, mais elle estimait que j'avais besoin de plus de temps pour le faire parce que j'avais pas encore l'habitude, et ça j'ai trouvé ça super, parce que j'ai pu faire ça au début et j'ai pu apprendre des choses qui me sont

restées parce que j'étais pas complètement en panique euh, et ce qu'elle m'a inculqué entre guillemets, c'est bien rentré ça s'est bien passé. Mais tout le monde n'a pas encore accès au SASPAS.

- M5 : Moi mes débuts de rempla, au début j'arrivais pas à dire non, parce que j'avais p't'être besoin de travailler, j'ai pris une dispo, et du coup j'ai accepté tout et n'importe quoi, parce que j'avais besoin de sous en fait, du coup les quarante patients, j'les ai acceptés parce que eh bien, il fallait payer le loyer, fallait s'nourrir, et partir en voyage et euh, mais nan alors après voilà, j'ai eu p't'être des mauvaises expériences pour ça parce que j'ai pas su dire non au début
- M4 : c'est pour ça que j'y reviens, c'est dommage de se dégoûter de la médecine générale pour un problème d'organisation.
- M5 : mais je suis pas encore partie hein. (Rires)
- M3 : On a besoin de toi.
- M4 : C'est un métier fabuleux, je trouve que c'est un des métiers les plus humains et puis je trouve que après si on sait dire non, et que on sait s'organiser, alors après peut être que je me goure...mais à mon avis c'est possible. J'espère !
- M7 : Tu vas t'installer où ?
- M4 : à Bailleul, ouais.

I : Si on se centre sur les difficultés relationnelles que vous avez pu avoir, de communication...de rapports...

- M6 : On en a pas parlé mais euh, j'sais pas si ça rentre dans cette case là, mais c'est l'aspect pécunier. Parce que, moi j'ai du mal avec, parce que on examine un patient, c'est vingt-trois euros, c'est ce prix-là, qu'on ait bien fait, qu'on ait bien fait notre travail, qu'on ait approfondi, qu'on n'ait pas approfondi, et moi j'suis tombé de haut, enfin j'ai fait des rempla dans des endroits assez pauvres et là, on s'f', « ah c'est vingt-trois euros, vous avez pas fait grand-chose, c'est juste un certificat », et là des fois on se retrouve euh, à négocier les consultations, si ils arrivent à trois, et je trouve c'est gênant quoi de, on fait de la médecine, et puis on est un peu, pas à la boulangerie quoi, mais des fois, ils veulent quelque chose ou ils paient et veulent avoir quelque chose et que c'est un droit et l'histoire du tiers payant généralisé, euh, donc, ils avanceraient pas du tout les frais, ça me gêne encore parce que, on doit rester médecin, on doit rester maître de notre consultation, maître de ce qu'on va dire, de ce qu'on va fournir à la personne. Et là on va rentrer dans une relation, j'te paye et tu m'donnes c'que tu veux quoi. J'sais pas si vous êtes...fin moi l'histoire de l'argent, ça me gêne beaucoup quoi, j'préférerai un système où, oui on est rémunéré mais pas comme ça.
- M4 : pas directement par le patient

- M5 : moi j'te rejoins à ça. J'avais du mal au début avec le rapport d'argent. Et J'ai pu remplacer à la Réunion. Où c'était les secrétaires, en fait qui géraient tout ce côté pécunier, et ben moi ça m'enlevait vachement de, de... (met la main sur son cœur)
- M4 : qui passent les cartes vitales des gens qui ne viennent pas. C'est ça qui est formidable à la Réunion. (Ironique) A la Réunion ou dans les DOM TOM aussi.
- M5 : nous ils vérifient.
- M4 : ah pas partout
- M3 : Mais c'est elle qui gère ce truc-là, c'est pas à elle de le faire.
- M2 : Ça t'enlevait quelque chose...
- M5 : Ben moi, j'avais le côté euh que la consultation à gérer.
- M4 : ça tu le sais pas, dans quand même beaucoup de cabinets, à la Réunion, c'est une copine qui avait travaillé là-bas.
- M5 : Après y'en a beaucoup qui sont en tiers payant aussi là-bas. Bon, 'fin.
- M1 : c'est par rapport à la relation.
- M5 : La relation avant j'avais pas besoin de rendre les deux euros, qu'on m'donne les trois euros... On croirait parfois qu'on est chez la marchande et
- M3 : le commerçant
- M6 : du coup, la relation n'est plus la même j'trouve.

I : Justement, la relation n'est plus la même

- M6 : Non

I : Avec le cl...est ce qu'il y a d'autres difficultés de relation ? Avec le patient,

- M1 : avec le médecin qu'on remplace. Il peut y avoir, quand on n'a pas les mêmes envies, les mêmes pratiques ou qu'est pas d'accord avec la façon dont le médecin qu'on remplace fait, on peut vite être dans un dilemme, moi j'vais pas faire comme lui parce que j'suis pas d'accord, en même temps c'est ses patients, c'est pas les miens. Il faut aussi que je respecte son cabinet dans lequel je travaille et euh, et on se pose quand même pas mal de questions sur quelles relations avoir avec le médecin que je remplace, est-ce qu'on partage des choses sur les patients ou pas, j'dis pas que c'est un problème forcément mais ça rentre en jeu quoi

I : Tes difficultés.

- M5 : en fait, je rajoute juste : la relation avec les secrétaires parfois. Elles sont pas si facile que ça parce qu'on sait que, alors quand elles sont là c'est très bien, elles sont

là aussi un peu pour nous juger, c'est elles qui disent ben « oui elle était bien, elle était pas bien, elle était pénible » et donc du coup la relation avec les secrétaires euh, il va falloir ...

- M3 : j'suis entièrement d'accord
- M6 : « t'as une visite, t'as deux heures pour les faire » (donne un exemple de remarque de secrétaire)
- M3 : mais c'est un bon outil la secrétaire.

I : Quand vous avez démarré vos remplacements, j'aimerais que vous puissiez me dire si vous sentiez, finalement expérimenté, ou complètement novice dans le domaine, est-ce que vous sentiez que vous aviez les armes... Novice ?
Expérimenté ?

- M2 : novice
- M4 : Moi expérimentée plutôt, mais novice sur l'organisation,
- M7 : novice sur l'organisation mais expérimentée sur le métier quoi
- M4 : sur le métier voilà, t'es pas en bout de chaîne, si jamais ça va pas, t'as toujours quelqu'un derrière, t'as le SAMU, t'as les spé... Moi c'est qui m'aurait gêné d'être en bout de chaîne, parce que là j'suis en début de chaîne donc bon si j'sais pas j'demande hein, y'a pas de problème, mais pas de problème, si j'sais pas j'demande, si j'ai un doute, j'envoie. Après au début, j'envoyais trop, tant pis hein, c'est pas très grave. « Ah j'ai encore envoyé trois urgences aujourd'hui !! » (Exemple qu'elle donne et elle claque des mains) Rires. « J'ai encore appelé le SAMUuu... » et c'est tout, j'ai un copain, il a appelé le SAMU pour un gars de trente-trois ans avec une douleur tho atypique, c'était un infarctus tri tronculaire euh, voilà, quelque part aussi euh, j'ai un médecin que je remplace, qui est très bien et qui était urgentiste et qui disait : « dans le doute t'envoie, tant pis si on t'envoie chier en face ». La semaine dernière j'ai appelé le SAMU pour une douleur tho, et euh le gars du SAMU me dit : « ben pourquoi vous avez appelé ? Vous pensiez à quoi ? Vous pensez à quoi ? » Ben j'sais pas douleur tho et dyspnée d'apparition brutale, tu penses à quoi toi (ironique) ? Ben, j'sais pas embolie pulmonaire par exemple ? « Ben ouais mais son ECG est normal... » Vous pourriez faire des D-dimères quand même s'il vous plaît ? Je sais pas si c'était ça ou pas, je m'en fous, le fait est que, c'est pas pour assurer mes arrières ou quoi. Moi douleur tho et dyspnée d'apparition brutale j'crois aux D-dimères, merde et c'est tout, faut pas me faire chier c'est comme ça. Et après, donc bon, quelque part, c'est pas pour assurer ses arrières, parce que ça sert à rien. Certes quatre-vingt-quinze pourcents c'était pas ça, mais pour les cinq pourcents qu'il reste euh.
- M6 : les gens ils nous en veulent pas d'avoir trop fait

- M4 : ils nous en veulent pas d'avoir trop fait ! moi j'en ai diagnostiqué deux des EP, une pré éclampsie en m'disant « oh putain j'envoie encore pour rien fait chier quoi », hé ben non, et puis ce coup-là c'était ça.
- M1 : moi j'dirai je me sentais novice mais prête quand même, j'ai l'impression d'avoir commencé mes remplacements au moment où c'était bien, parce que j'avais fait un SASPAS avant et tout ça.
- M4 : ouais voilà. J'pense que le SASPAS ça change tout hein.
- M7 : c'est clair.
- M3 : moi j'ai pas fait de SASPAS et j'me sentais compétent, pas expert, mais compétent dans pas mal de choses.

I : Prêt

- M3 : compétent, pas prêt, c'est vraiment les termes qu'on nous demande d'apprendre, je reste carré là-dessus

I : Mm mm (acquiesce)

- M3 : parce que je suis chiant, mais c'est vraiment un truc, la compétence c'est un truc qui est un peu oublié, on est compétent, dans pas tant de domaines que ça, mais les compétences qu'on a, on les maîtrise, en fait beaucoup plus qu'on ne le croit, après toutes les études font, qu'on est cassé, sapé dans ce qu'on sait faire, qu'on ne valorise pas assez, et ça après c'est à toi d'le faire j'pense et garder la foi et discuter entre nous....

I : On avait parlé des difficultés relationnelles, M8, est-ce que tu as eu finalement des difficultés relationnelles avec euh des patients ou...

- M8 : euh...un exemple tu veux ? Euh...au tout début, la dame dont j'vous ai parlé tout à l'heure...au tout début euh...c'est vrai que moi pareil, au tout début c'était la logistique, ça me stressait, du coup j'arrivais super à l'avance pour des trucs à la con et, c'est là que le côté médical, ça ça me posait moins problème.

I : M3 ?

- M3 : J'avais un souci, c'est le relationnel avec ma famille, ça a vraiment switché quand j'suis arrivé médecin. Déjà quand j'étais interne ça commençait. Maintenant j'ai trouvé mes limites, j'ai dû cadrer vraiment. Mais en fait le truc le plus traumatisant c'était ça, j'ai géré en vacances, la fin de vie et le décès de la cousine de ma mère que je préférais. Donc elle est arrivée, on m'a dit, « ouais elle est un peu malade, elle a un cancer », elle était déjà en insuffisance respiratoire, elle marchait cinq mètres, elle faisait plus rien. J'avais rien à part mon stéthoscope, et...mes clopes. Parce que j'avais fumé mes clopes pour déstresser. Et elle est morte le dernier jour de mes vacances où j'partais en syndicat d'ISNAR pour préparer un CA d'une semaine et

demie. C'était donc l'enfer qu'ils m'imposent ça, et heureusement c'est l'urgentiste de l'hôpital qui m'a calmé qui m'a dit, « t'as bien fait ton boulot, t'as fait c'que t'as pu ». J'l'avais mise sous antibiotiques et j'l'ai auscultée deux fois par jour, mais qu'on m'ait collé ça sur le coin du nez, ça m'permet vraiment de dire à tout le monde : « j'vous donne un avis, j'vous oriente mais (fait signe stop de la main). »

- M4 : Tu leur dis non.
- M3 : C'est pas un non...c'est un non catégorique dans le sens où j'leur donne pas de conduite à tenir, ça c'était vraiment un truc relativement difficile, presque aussi dur j'pense que c'que t'as vécu avec ton patient (M2) parce que en plus, c'est quelqu'un que j'adorais.
- M1 : c'est marrant parce que moi j'aurai tendance à dire l'inverse que j'aimerai pas être responsable du diagnostic, mais qu'après j'peux donner un avis sur la conduite à tenir.
- M3 : je préfère le donner avant qu'il y ait l'avis euh ben ça m'est arrivé tout récemment, une petite cousine, euh son père à la con, il va encore voir quelqu'un d'autre, « arrête de voir les deuxième troisième avis, va revoir le médecin qu't'as vu, ta fille elle a quinze piges, elle est d'accord », en plus elle est d'accord « elle a quinze ans donc arrête de faire euh...Stop. Et ne me demande pas à moi, j'suis médecin généraliste ». Une opération du Sacrum. « Calme toi, gère tes angoisses ». Et j'me suis concentrée sur la patiente qui est ma cousine, qui est déjà tout réfléchi donc j'étais euh, bien, mais au début c'était pas évident.
- M1 : Mais moi j'aurai peur de me planter dans un diagnostic parce que je sais pas, c'est ma mère ou mon père. Tu sais quand on te demande : «Tu veux pas euh, ton père il tousse, tu veux pas euh... ». Donc on est bien, pas seulement pour la conduite à tenir. C'est même faire le diagnostic.
- M4 : J'ai magnifiquement fait une appendicite avec péritonite
- M1 : une appendicite ? Ah c'est marrant, moi aussi c'est mon médecin qui me l'a diagnostiquée : « oh ça fait une semaine que je fais de la fièvre, j'ai mal au ventre qu'est-ce que ça pourrait être ? (Sur un ton humoristique) c'est mon généraliste qui m'a diagnostiquée.
- M4 : J'y pense, j'ai diagnostiqué une GEU chez ma sœur

I : M7 ? toi tu as des euh ?

- M7 : Bah...la famille ? Au niveau de la famille...

I : Non pas forcément, au niveau relationnel

- M7 : Non, relationnel franchement pas spécialement

I : Non ce n'est pas quelque chose qui te...

- M7 : à part euh quand on discute avec des patients on en a parfois, des petits soucis qui ... mais sinon après ça se règle par la parole et on l'apprend.
- M2 : Et puis globalement on aime **bien** la relation avec les patients. Quand on arrive à exercer en remplacement, ça y'est, on y était, fin moi c'était c'que j'voulais faire et j'y étais donc c'était plutôt sympa

I : Toi ton statut d'installée, est-ce que y'a une facilité relationnelle que t'as eu...que t'as par rapport au moment où t'étais remplaçante ?

- M2 : le suivi du patient et puis j'suis **leur** médecin fin, s'ils ont un souci, ils viennent me voir, même si ça commence à se tisser. Je suis là où je voulais donc c'est parfait. Après bon, la patiente qui a son néo du pancréas, c'est moi qui l'ai trouvé. Va falloir déléguer, s'entourer et tout ça mais globalement je vais lui tenir la main jusqu'à sa mort et ça c'est pas évident. On va déléguer on va essayer d'prendre la place de...
- M3 : ça fait partie du taf, ça a des tas de coutures mais c'est un tabou génial !
- M1 : mais ça change par rapport au statut de remplaçante c'est un nouveau truc.
- M3 : c'est vachement frustrant d'être remplaçant.
- M2 : Mais bon j'ai quand même la responsabilité que ça se passe bien.
- M3 : moi j'dis ça, j'ai pas de souci psychologique hein mais j'ai une angoisse de la mort donc euh euh c'est c'est...
- M3 : moi j'pense que c'est un tabou en médecine générale mais y'a plusieurs tabous qui sont complètement mis de côté, tout ce qui est sexe, psycho-psychiatrie, mort, souffrance douleur, c'est des trucs qu'on met de côté. On gère pas, on gère avec des traitements, mais on n'y pense pas. Et l'truc c'est que effectivement, j'ai vu cette année, j'ai eu deux patients dont un j'lui ai vraiment tenu la main, il est mort devant moi, et ben, la famille était contente, le deuil était préparé, le fils était prévenu. Pour l'autre famille, c'était la même chose. Dès le premier jour où j'ai parlé de cancer, il avait un **cancer on** le voyait (fait signe d'une grosse boule dans la joue). J'ai dit « cancer, j'suis désolé de le dire, on va en r'parler, on va s'revoir dans deux jours, dans trois jours », j'l'ai vu plein de fois. Et en fait, c'est des consultations qui pourraient coûter cher mais qui en fait sont, rapportent énormément derrière.
- M2 : j'pense que quand ça se passe bien, ça peut être une satisfaction.
- M3 : ça fait partie du taf, on voit les gens de moins neuf mois, jusqu'au décès, c'est ça le médecine générale
- M2 : mais si ça se passe mal...
- M2 : quand t'as une logique de prévention, t'as l'impression qu'tu vas leur éviter.
- M3 : ah ouais mais nan
- M2 : tu peux pas leur éviter

I : M5 ?

- M5 : Ouais : sur les annonces de mauvais diagnostic tout ça on peut être, enfin j'en fais quand j'suis remplaçante et ça c'est encore plus dur je trouve. On est pris devant le fait accompli et ...ben on a les résultats devant les yeux, on peut pas aller leur dire : « ben revenez la semaine prochaine » quoi, ils vont savoir quoi. « Ben voilà vous avez un cancer ». Et ça c'est super dur quand t'es pas le médecin.
- M3 : peut-être parce que tu le fais, tu te lances dedans. Certains vont dire, vont l'faire vite fait et dire vous verrez avec votre médecin la semaine prochaine.
- M5 : Mais par contre je les laisse pas seuls, et à chaque fois, je vais trouver la solution pour le coordonner mais après j'vais pas plus loin
- M1 : être le remplaçant pour dire un truc grave sans avoir vu la personne avant, sans la revoir après, c'est un peu
- M7 : Ouais si t'es remplaçant ponctuel, si tu l'connais bon.
- M4 : J'ai dû annoncer un cancer la semaine dernière euh à une secrétaire que j'ai vue plusieurs fois, et j'ai trouvé ça bien plus dur. Parce que je la connaissais, j'ai cauchemardé la nuit, ça fait que j'l'ai suivie, et après elle a quarante et un an et...j'me suis un peu identifiée aussi mais euh voilà c'était aussi dur pour ça, j'pense que, j'l'aurai connu, qu'elle ait eu quatre-vingt-cinq ans, ça m'aurait moins gênée. Mais voilà, j'ai une angoisse de la mort, j'annonce la mort à quelqu'un euh, parce que c'est une pêche de sept centimètres dans le cerveau et que ça a une sale gueule, et fin j'lai pas dit comme ça hein on n'sait jamais, on sait pas encore c'que c'est. Et mais, donc euh, euh. Mais mais j'ai trouvé ça dur. J'ai mal dormi la nuit suivante. Vraiment. Je sais pas... Si t'as une solution à me proposer pour ce genre de truc, parce que sincèrement je suis une peureuse hein
- M3 : Ouais, j'vois un psychiatre. Très régulièrement j'vois un psychiatre pour discuter de ça avec lui. J'vais en privé, j'paie quatre-vingt balles par consult' et euh si nécessaire si j'ai besoin pour mon boulot, j'ai vu une psychologue de travail que j'ai vu trois quatre fois dans mon internat dans des situations de merde, pour établir des stratégies, avec quelqu'un de l'extérieur qui est pas de ma famille.
- M4 : ce qui m'avait fait beaucoup de bien, c'est d'en parler avec la médecin que je remplace, que je remplace depuis sept ans, et avec un autre copain qui la connaît aussi, et que, qu'on se remplace tous ensemble.
- M3 : c'est des gens proches. Mais c'est pas quelqu'un d'extérieur, ça permet d'expunier cette rage qui est là...

I : On se recentre un peu, on reste dans le...

- M1 : du coup ça me fait penser à la relation de couple que ...des fois on est en couple avec un médecin des fois non, mais dans tous les cas, fin mes amis, que mon compagnon soit médecin ou pas, y'a toujours tendance à avoir besoin de faire un débriefing, j'sais pas comment ça se dit en Français.

I : Un retour

- M1 : un retour voilà. Euh et que on a tous besoin de faire ça, alors effectivement avec un psychiatre ou quoi, mais que dans le couple, ça peut facilement se ressentir, et

moi mon compagnon est médecin en soins palliatifs, et à un moment j'lui dis euh pourquoi il y a que moi qui fait des retours sur toi, et toi tu fais pas ? Et il dit : « parce que moi c'est inclus dans mon boulot. ». Y'a des psychologues qui viennent voir l'équipe tout le temps. C'est con, nous. D'où après aussi, aller à NorAGJIR...

- M5 : C'est vrai que je me dis souvent dans la journée qu'on est des éponges, ils s'en rendent pas compte ils nous balancent des trucs. Ils nous laissent les trucs et puis nous on est là, et puis on finit la consultation et on fait pff. Et en fait ils se rendent pas compte de tout c'qu'on peut recevoir.
- M4 : ça par contre, j'ai vu la psychologue du COL pour ça il y a un moment, et le fait de pas tout absorber parce que j'pense qu'on est un peu tous hyper sensibles, fin beaucoup de ceux qui ont choisi médecine générale sont hyper sensibles. Les gens se pointent dans leur cabinet, ils sortent tout de suite leurs souffrances leurs bonheurs etcetera, par le langage non verbal. Parce que l'hyper sensibilité à mon avis c'est ça, c'est de, c'est de ressentir les émotions des autres par le non verbal, c'est comme ça que j'le décris en tout cas, j'sais pas si c'est comme ça que c'est en vrai et euh, tu peux être hyper sensible et ressentir des choses, mais sans les absorber par contre et ça c'est un travail super intéressant
- M5 : j'pense qu'au début c'était plutôt comme ça et maintenant j'arrive à m'faire plus de barrières.
- M4 : nan mais sans s'faire de barrière non plus parce que c'est pas se rendre insensible.
- M5 : c'est pas me rendre insensible, mais j'ai appris.
- M2 : ça te rend un peu efficace, de mettre de la distance
- M5 : j'ai appris à mettre de la distance, je suis dans l'empathie mais j'ai d'la distance et euh
- M1 : c'est pas parce qu'on met une distance qu'on est pas empathique
- M6 : la différence par exemple c'est quand t'as envie d'pleurer avec la personne. Parce que le gars qui est en train de pleurer, on a envie de pleurer avec lui.
- M3 : trop génial
(Rires)
- M6 : Et après dire, bon ben il pleure, j'suis pas là pour rien, j'vais le consoler.
- M1 : On a aussi nos propres émotions parce qu'on s'identifie et tout et il faut aussi qu'on les prenne en compte. Il faut pas qu'on soit toujours personnellement impliqué dans la douleur de la personne mais ça nous provoque chez nous des émotions qu'il faut qu'on prenne en compte et qui retentissent pas sur le patient en plus.

I : M3 ?

- M3 : Moi j'utilise beaucoup les patients. Par exemple, l'exemple typique, c'est un gars qui vient qui te gueule dessus et qui est un connard fini
- M4 : ah bah ouais pour se décharger ça c'est bien tu peux lui gueuler dessus. (Rires)
- M3 : Nan, mais nan j'vais jamais lui r'gueuler dessus mais en revanche les deux trois patients qui va y avoir derrière, je saute un patient pour pas que celui qui est juste après ne fasse le lien, et j'me dis si j'le connais, alors en général les Sénégalais ils

sont tous super cools, j'leur dis « putain j'viens d'voir un trou du cul) » (en se prenant la tête).

(Rires dans le groupe)

- « Ah Docteur c'est pas grave (en se tapant les cuisses, il imite son patient) » et puis on s'marre on refait le truc. Et puis **je gère sa phlébite ! D'accord ?** Et on fait **quand même** le boulot.
- M4 : c'est très drôle.
- M3 : oh effectivement, ça aussi ça aide aussi énormément, on peut utiliser les patients, c'est une forme de lâcher qui attend pas, moi c'que j'fais, mon p'tit suivi à moi, c'que j'pense c'est pour ma propre « santé » parce que je pense pas être une éponge, mais j'pense que ma blouse elle est crado, une blouse euh, symbolique. On m'crache des trucs dessus. J'l'enlève le soir, mais j'la remets, et elle reste crado toujours. Mais j'ai cette aura-là de : « on peut venir me parler ». Après, j'me gère des plages aussi.

I : Finalement s'il fallait définir, votre début d'activité professionnelle, quels mots vous utiliserez ?

- M1 : les caractéristiques ?
- M3 : c'est quoi le début ?

I : Première année, deuxième année, le début, au moment où vous commencez à remplacer ou à vous installer ; c'est justement vous qui allez définir : qu'est c'que...pour vous, c'est quoi débiter, c'est quels critères qui font que on n'est plus débutant ?

I : A quel moment vous allez-vous dire « finalement, ben euh, j'suis plus en début d'activité ? » Est c'que vous allez vous le dire un jour, est c'que vous savez sur quels critères vous allez-vous vous baser ?

- M4 : Ben ça c'est c'que j'disais, c'est la question la plus compliquée du questionnaire, c'est qu'est-ce que c'est le début d'activité : pp (prout dans la bouche).
- M1 : Etudiant depuis dix ans et puis là on est arrivé là
- M4 : On est toujours étudiant

I : Est c'que c'est pas finalement...

- Ça dépend c'que tu fais quand même
- M2 : moi j'voulais pas rester remplaçante tout le temps, donc j'ai l'impression que les débuts c'était ce remplacement, où on bosse beaucoup, on part en vacances
- M4 : moi c'que j'ai aussi beaucoup de mal au début, c'est que j'ai eu énormément de mal de faire. Moi ça me plaisait pas du tout, fin ça m'a plu pendant six mois, et après j'me suis fait **chier**. Euh et c'est pour ça que j'ai bien aimé après faire deux jours par semaine parce que de revoir les gens, tu as le suivi, tu t'entends bien tu travailles comme tu veux, t'organises les plages horaires comme tu veux
- M7 : parce que t'es en collaboration aussi
- M4 : Nan, j'faisais des remplacements réguliers, parce que j'faisais quand même des semaines complètes, fin j'sais pas trop l'histoire de la collaboration, mais euh, et puis

j'voulais pas m'installer avec elle parce qu'elle est de Douai, Bailleul ça fait un peu loin. J'ai toujours dit, que je ne m'installerai pas avec elle et elle m'a dit « ben tu fais ça tant que t'as envie et on verra bien ». Voilà.

- M1 : Moi j'définirai débutant comme : « pas encore à l'aise » pour une définition, et après être expérimenté c'est autre chose. Et d't'façon, comme tu disais tout à l'heure : être expérimenté, on l'devient de plus en plus, mais il y aura toujours, il faudra toujours réactiver le truc, mais on peut pas tout réactualiser. Mais euh, y'a le fait dans sa pratique d'être un peu expérimenté mais d'être **à l'aise**. Et d'avoir acquis les automatismes qui font que c'est euh, on va au boulot en disant ok c'est bon, c'est bon, c'est plus « oh là là je sais pas », c'est « bon ben ça va ».
- M4 : C'est pas faire caca mou avant d'aller bosser.
- M1 : c'est genre je vais bosser, à l'aise

I : On est sur quoi donc, sur une sensation, sur un ressenti ?

- M4 : ouais l'angoisse de partir au boulot.
- M5 : ouais moi j'te rejoins M1, c'est être à l'aise, après on sera tout le temps en formation sur des choses, la médecine évolue et tout mais c'est ça ouais, enfin...
- M4 : l'angoisse de partir au boulot.
- M5 : Ouais l'angoisse, de pas dormir, moi j'dormais pas la nuit parfois
- M1 : Après y'aura toujours des moments où...on peut arriver dans une journée bien, et avoir une consultation «Merde là je sais pas quoi faire ». Et ça c'est normal mais par contre c'est pas systématiquement, là je bosse, j'me sens pas, fin...
- M2 : en remplacements, j'étais à l'aise sur les dernières années, mais c'était pas encore ma pratique.
- M4 : ouais moi je, vraiment l'angoisse de partir au boulot vraiment c'est vraiment ça j'dirai.

I : Toi, M2, tu te sens plus au début finalement.

- M2 : Ben j'trouve que j'avais une idée assez précise de la manière dont je voulais travailler, je l'ai affinée au fur et à mesure, j'ai fait mon internat avec dans chaque stage je prenais ce qui allait me servir. Maintenant j'mets tout ça en application, c'est toujours agréable
- M1 : ta définition ça serait : « j'ai ma pratique ».
- M2 : c'est la mienne ouais.

I : M8 ?

- M8 : Bah pareil, c'est d'être à l'aise, c'est pas un truc de palpable fin c'est euh...

I : On va revenir sur la question du début maintenant qu'on a déjà un peu étoffé le sujet : quand vous réfléchissez à vos premières années, c'est quoi le ressenti : c'est bien, ce n'est pas bien, c'est frustrant, c'est motivant, c'est...

- M1 : stressant mais excitant, dans un sens positif.

I : Le ressenti juste au moment où ouais vous débutez les remplacements, où on est plus stagiaires, on n'est plus étudiant, mais ça y'est on a un numéro de licence de remplacement, un numéro SIRET, et on est tout seul.

- M6 : ben c'est un aboutissement déjà parce que déjà neuf ans, fin c'est long quoi, et puis on y est et puis c'est de la médecine générale.
- M7 : c'est ce qu'on veut.
- M4 : Passer ma thèse je pensais que ça me ferait rien du tout, j'étais très émotionnée (avec humour), j'ai trouvé que j'étais devenue une grande fille, euh j'ai eu l'impression de passer à l'âge adulte, à vingt-sept ans c'était bien mais voilà
- M5 : Même si c'était effectivement stressant et moi j'étais contente de m'dire, « bah ça y'est », **d'me dire qu' « enfin** , tu vas pouvoir..», ouais c'est un aboutissement, « enfin je vais pouvoir être seule en plus et aller de A à Z », t'as pas le chef qui te dit, comme à l'hôpital, parce que qu'est-ce que je m'ennuyais aussi là, dans les stages de prat' assise sur une chaise, c'était atroce et là j'me dis ben ouf en fait. Voilà

I : M7 ?

- M7 : Ah bah on a tout résumé.

I : Que c'est excitant et le fait de pouvoir faire, pratiquer.

I : J'vais essayer de cerner une dernière question : Si vous deviez définir des objectifs de stage qui vous auraient été utiles dans votre pratique en début d'activité, de stage pratique de stage d'interne ? Dans la formation finalement

- M3 : On lui fait sa discussion là ?

I : Dans la formation

(Rires)

- M2 : des mises en pratique ça serait pas mal en fait, tu sais, les fois où tout bêtement y en a un qui joue l'patient, y en a un qui joue l'médecin, pourquoi pas faire ça à la consultation du diabétique, (...) la pilule, écoute c'est vachement utile
- M5 : Ouais et j'sais qu'au Canada, ça se fait ça, on est filmé et avec un retour après, des réactions, sur la relation, rien qu'la façon des comporter avec le patient
- M3 : ça se fait en France, dans certaines facs
- M6 : nous on l'fait hein, fin moi j'viens d'la catho et dans le stage de médecine générale de la catho, y a des trucs comme ça où. On l'fait pas tout l'temps mais.
- M2 : Ya quand même un éventail de situations type qui est pas énorme, on pourrait faire
- M1 : C'est le Canada qui me fait penser à ça, je sais qu'ils font pas mal ça là-bas, peut être en France ailleurs, je sais pas, mais c'est avoir des retours sur sa façon de communiquer, c'est pour ça à la base, ça m'impressionne, c'était dans un congrès, un reportage où c'était genre, « où malheureusement seuls soixante-dix pourcents des étudiants ont eu un retour sur la communication pendant leurs stages, comment faire » euh, nous les Français on r'gardait, 70 pourcents c'est pas mal en fait
- M7 : Communication par rapport au patient ou par rapport à sa façon d'être
- M1 : en tant que maître de stage, t'es à l'hôpital t'es en stage, t'es médecin, t'évalue tes capacités et aussi ta façon d'être

- M1 : Voilà, le problème c'est qu'ils peuvent pas le faire parce qu'ils savent pas le faire pour eux-mêmes.
- M4 : moi j'aurai bien aimé avoir des consultations en médecine libérale chez les spécialistes : chez le dermato, un mois chez le pédiatre, un mois chez le gynéco, un mois chez le machin, j'aurai trouvé ça super cool
- M3 : chez les paraméd aussi
- M4 : y'a plein de trucs que tu sais pas : Des séances de kiné, l'infirmière
- M7 : par contre je sais pas si les spécialistes ils ont le droit de faire des stages libéraux fin
- M4 : ça n'existe pas mais
- M4 : faut rajouter aussi que, normalement au niveau « monter son entreprise », avoir des bases...
- M1 : ça existe un peu, y a eu des journées d'installation, moi l'truc sur les impôts et tout ça m'a bien aidée quand même, j'avais quasiment tout ce dont j'avais besoin.
- M4 : moi j'adhère à Média Santé si vous connaissez je sais pas si c'est très très bien hein mais
- M1 : moi ils m'énervent parce qu'ils me contactent alors que j leur ai pas demandé
- M4 ouais, d'un autre côté sincèrement,
- M7 : c'est quoi en fait
- M4 : c'est un organisme euh, qui peut s'organiser, qui qui, de conseil patrimonial et juridique et financier. C'est surtout Pascal Lamperti qui s'est spécialisé là-dedans, dans la comptabilité des libéraux et euh dans le conseil juridique et financier : comment gérer ton fric. **Pour** pouvoir préserver ta qualité de vie à côté

I : Est-ce que vous pouvez définir chacun, un objectif, de stage ?

- M3 : de stage global ?

I : Pas forcément, un objectif que vous trouveriez important à donner aux internes qui commencent la médecine générale, à développer au cours de leur internat, parce que finalement un objectif de stage, ça ne s'acquière pas en deux mois, trois mois ou en six mois de stage, une compétence à développer, ça s'acquière au moins sur les trois ans.

- M1 : un objectif de l'internat quoi ?

I : Qu'est-ce qui vous paraîtrait important, que vous auriez aimé qu'on vous dise au début de l'internat de médecine générale « ben ça ça serait bien de travailler »

- M3 : par stage ?

I : Non non, alors c'est une vision globale alors, pensez aux stages de médecine générale mais après on peut essayer de développer cette compétence dans les autres stages

- M3 : moi y a un truc que j'aurai voulu faire

I : Ou des objectifs précis : qu'est-ce qui vous, vous aurait aidé ?

- M3 : exploration du mode de fonctionnement de service le premier mois et avec le chef de service pour comprendre comment fonctionne un service , les réseaux avec

les dif..., et c'est un truc qui pourrait permettre d'avoir un genre de guidelines très simple des, pas d'avoir un annuaire global de l'hôpital, mais savoir avec qui on bosse, comment on bosse, et faire un p'tit mot, moi j'l'ai fait dans deux trois stages et c'était super rentable parce qu'en fait mes objectifs de stage je les ai faits à un mois , je les ai pas faits au début du stage. En sachant exactement, ce qui allait m'intéresser, ce qui allait me faire chier euh, et ce qui est adapté à la médecine générale ou non.

- M1 : Je sais pas si c'est vraiment utile. J'ai le souvenir de mon premier stage d'internat où mon chef de service qui était pneumologue, quand j'lui ai dit que j'voulais faire médecine générale en ville, il m'a dit : les gens ont besoin de pédiatrie, les gens ont besoin que les généralistes fassent de la pédiatrie parce qu'il y en a plus ailleurs. Et j'le savais mais ça m'a permis d'me dire « oui c'est vrai, c'est important » et j'vais y être confrontée quand je serai généraliste, j'aurai de la demande en pédiatrie. Je ne sais pas dans quelle mesure ça m'a aidée et après si j'avais un conseil à donner, mais c'est plus par rapport à l'organisation actuelle : c'est : « attention dans tes stages, pense à aller chercher **toi**, tes objectifs, pour ta pratique future ».
- M2 : ouais c'est sûr
- M1 : Parce que moi, c'est la gynéco, j'suis arrivée dans un stage de gynéco où les internes de spé avaient boudé le stage parce que ça s'était mal passé avant, donc il manquait de spé, donc, forcément nous, on était en gynéco mais t'es pas une interne de médecine générale, j'étais soit une externe, soit une interne de spé, mais ils avaient pas compris c'que c'était l'truc entre les deux. Moi, j'venais chercher comment poser des stérilets, comment poser et retirer des implants, comment faire un suivi de grossesse, tout ça, et ça, j'l'ai grappillé, mais on m'envoyait faire des césariennes, enfin des cés...aller au bloc pour des césariennes, gérer tout plein de trucs, faire des échographies euh...
- M7 : T'étais à St Vincent ?
- M1 : Oui (rires)
- M7 : on a eu la même expérience

I : Donc là M1 tu as dit cinq objectifs de stage pour la médecine générale, poser un stérilet, retirer un implant. Voilà, alors c'est ce style, pour construire la grille

- M2 : Ah d'accord
- Donc c'est l'ensemble de nos réponses...
- M7 : vraiment spécifiques à la médecine générale...
- M1 : Savoir remplir des trucs CERFA. Savoir remplir un arrêt de travail, une feuille de soins
- M3 : savoir faire un accouchement
- M2 : oh c'est ton objectif euh ?
- M3 ; euh pour un médecin
- M7 : t'as dû le faire ou quoi ?
- M2 : en médecine générale ?
- M2 : chacun sa sensibilité, moi je n'en ai rien à faire

- M3 : autant que gérer un arrêt cardiaque
- M5 : moi c'est la psychiatrie, j'suis pas passée en stage de psychiatrie et en fait les CMP ils sont complètement débordés et en fait c'est la médecine générale, j'sais pas y'a pas d'internes là, et du coup, on demande au médecin généraliste de
- M4 : ah non, ça n'est pas de notre formation
- M5 : Ouais mais (...) psychologue (...) c'est l'médecin traitant.
- M4 : Qu'ils attendent d'avoir leur place au CMP parce que toi, tu pourras pas résoudre
- M7 : Moi j'envoie facilement au CMP
- M3 : faire un tampon jusqu'à ce qu'elle ait rendez-vous...

I : On revient sur les objectifs, M2

- M2 : c'est juste un p'tit truc mais gérer la contraception, faut vraiment le faire quoi, c'est essentiel
- M6 : qu'est-ce qu'on apprend pas...(réfléchit)
- M1 : l'utilisation des antibiotiques en ville, c'est pas la même flore qu'à l'hôpital
- M4 : ouais très bien
- M7 : la dermato, y a des trucs qu'on voit chez les gens
- M1 : ce qu'on a fait avec NorAGJIR le développement du nourrisson mais pas, pas. On a fait une formation sur le développement du nourrisson mais qui était pas le truc habituel qui nous sert à rien, qui était juste : si vous voyez ça, vous devez l'envoyer, attention, voilà. Ça ça m'est utile, voilà
- M7 : les petits gestes de dermato
- M1 : chez un prématuré, « il fait pas tels mouvements c'est pas normal... »,
- M6 : et dans les gestes techniques d'ablation de molluscum ou de fin j'sais pas c'est des trucs cons, mais si on l'a jamais fait, on va pas s'amuser à le faire. Y'a plein de médecins généralistes qui le font et du coup leurs patients viennent et il faut qu'on leur enlève quoi.
- M7 : Faire les infiltrations, voilà un objectif
- M1 : Non non moi j'veux pas
- M6 : oh si parce que du coup
- M3 : on n'a que trois ans pour apprendre à faire de la médecine générale. Après on peut le faire en diplôme annexe
- M5 : après chacun fait sa médecine
- M3 : mais pour le module général
- M6 : nan mais en fait, un molluscum pour moi, c'est pas un truc grave donc on peut l'faire en cabinet, parce que les trucs bizarres on préfère envoyer chez l'dermato pour qu'il vérifie, franchement y a des trucs euh
- M3 : ouais mais dermato, tu leur en parles, ils sont contents d'faire des molluscums, c'est un acte rapide euh et efficace
- M2 : ça lui ferait un acte rapide des fois qui change, elle aimerait bien aussi
- M7 : ça se vend des dermatoscopes pour les médecins généralistes, ça se vend ? Et après, fin, faut savoir regarder dedans

- M1 : soins palliatifs, parce que ça se développe en ville et donc il faudrait qu'on soit plus à même de...
- M5 : l'éducation thérapeutique, j'trouve que connaître les outils qu'on peut utiliser en médecine générale pour faire de l'éducation thérapeutique
- M1 : genre l'entretien motivationnel
- M6 : ouais c'est pas mal, c'est vrai on l'apprend pas ça
- M1 : j'ai la notion, je sais que ça serait bien que je sache faire ça, mais je sais pas le faire. Je sais que ça existe : « entretien motivationnel », j'l'ai pas encore appris, faudrait que je le fasse

I : On va s'arrêter

- M4 : Est-ce que je peux rajouter juste une toute petite chose : je sais pas si ça rentre dans le thème mais : qu'est-ce que c'est merdique pour les bonnes femmes ! Qu'est-ce que c'est merdique pour les grossesses, voilà. Faudrait apprendre. On est la majorité de femmes. Surtout assurez-vous, prenez une prévoyance, voilà. Parce que si votre grossesse se passe mal, vous êtes dans la merde, donc prenez une prévoyance. Voilà. Juste ça. J'ai que ça à dire.

II. Verbatim de l'entretien collectif n°2 (N1-N7)

I : Vous avez tous eu un cheminement vers le métier de médecin généraliste. Est-ce que vous pouvez me raconter comment vous êtes arrivés à être médecin généraliste ? Qu'est ce qui a fait que, aujourd'hui, vous êtes médecin ?

- N1 : grosso modo, donc euh pour tout le monde la spécialité (se gratte la tête) est déterminée par le résultat au concours de l'internat. Euh...
- N2 : Je ne suis pas d'accord.
- N1 : Après Moi...non non mais non non mais pas pour tout l'monde, pas pour tout le monde. Et puis c'est pas forcément un choix par défaut, c'est parce que j'ai pas particulièrement travaillé pour ce concours de l'internat parce que je... (dit-il tout bas) voulais faire de la médecine générale. 'Fin, la médecine générale... y'avait pas d'autre, pas d'autre spécialité qui me donnait envie de bosser pour l'internat. La médecine générale je ne savais pas si je voulais en faire parce que...euh...euh...en externat à Lille an tout cas, on en... on n'sait pas c'que c'est que la médecine générale, parce qu'il n'y pas de stages en médecine générale avant l'internat. Donc voilà. C'est à la fois un choix par défaut mais euh à la fois un choix...un choix.

I : D'accord. Quelqu'un d'autre ?

- N3 : Moi, c'était un choix par défaut

I : N3 oui ?

- N3 : Un choix par défaut... (prend son inspiration) Effectivement c'est déterminé par les résultats au concours de l'internat, en tout cas, pour moi (sourit, les bras croisés) hein. Donc mon classement ne me permettait pas d'avoir ce que j'aurai aimé avoir, donc c'est un choix par défaut. Et puis ensuite, on commence l'internat de médecine générale sans savoir ce que c'est que de la médecine générale puisqu'effectivement moi, je n'suis pas originaire de Lille, j'ai fait mon externat dans la région parisienne et on n'a absolument aucun stage également, on a une journée chez un médecin généraliste. En revanche, c'était c'est marrant quoi, voilà. Mais ça apporte pas grand-chose. Clairement une journée, ça ne permet pas de voir ce que c'est que la médecine générale. Donc on commence l'internat, on fait tous nos semestres. D'ailleurs très peu en médecine générale puisque on a un vrai stage enfin un stage de découverte. Et puis un deuxième stage où on est en autonomie mais c'est un choix personnel et c'est en fonction du nombre de places disponibles. Et euh, moi je n'l'ai pas fait et c'est vrai qu'une fois qu'on a fini l'internat, là on découvre vraiment (sourit) ce que c'est que la médecine générale qu'une fois qu'on commence à travailler en libéral, tout seul.

I : D'accord. Un autre cheminement peut être ? N2

- N2 : Alors moi c'était volontaire de faire de la médecine générale euh...

I : Par conviction

- N2 : Par conviction oui, en tout cas, c'était la spécialité qui m'intéressait, ouais. Euh effectivement j'ai peut-être pas autant bûché que d'autres qui cherchaient une spécialité pour l'internat mais j'étais pas trop mal classée. J'aurai pu faire d'autres spécialités avec mon classement mais c'était vraiment la médecine générale qui m'intéressait. Le classement correct m'a permis euh, comme le choix des stages est aussi conditionné par le classement à l'internat finalement ça m'a quand même permis au niveau des stages de bien choisir quand je devais choisir mes stages donc ça, ça permettait un intérêt. Par contre, effectivement, j'suis bien d'accord sur le fait que, pareil j'avais dû faire faire une journée, j'avais fait l'option de médecine générale, donc en tant qu'externe j'avais dû faire deux demi-journées, voilà, donc en fait on a rien vu. Euh et après pendant l'internat j'ai fait le N1 et aussi un SASPAS. Donc là c'est vraiment plus euh. Le N1 déjà un p'tit peu permettait de découvrir, le premier stage chez le généraliste permettait de découvrir un peu (explique le N1). Et après c'est vraiment le SASPAS où là, on se lance, beaucoup plus déjà, vu qu'on est en autonomie donc euh on est supervisé, on passe la journée tout seul et le soir on débriefe avec le médecin. Donc là ça permettait vraiment de se lancer. Ce qui a permis derrière d'enchaîner les remplacements, fin j'ai pas eu peur au moment de faire des remplacements. C'est vraiment dans la continuité du SASPAS quoi.

I : Si j'ai bien compris c'est un choix au départ, tu avais envie de le faire

- N2 : La médecine générale ?

I : la médecine générale ?

- N2 : Pas en P1 mais à l'internat, en fin d'externat ouais.

I : Qu'est-ce que tu aimais dans ce métier ?

- N2 : euh le...la diversité des choses qu'on voit, on touche un peu à tout. Euh le suivi au long cours, de... suivre les patients sur la durée, et puis euh, et que même si on touche à tout, on peut quand même avoir ses p'tits domaines de prédilection donc ça, ça laisse...même aussi bien dans c'qu'on fait que dans le type d'exercice, c'est vachement ouvert parce que on peut aussi bien travailler en libéral comme la plupart des médecins généralistes, mais aussi être salarié si on veut fin, moi j'suis installée et puis j'fais aussi PMI et j'travaille dans un planning familial enfin j'fais plein de modèles différents d'exercice donc euh c'est aussi cette, cette ouverture-là qui me plaisait, qui m'a fait faire ce choix.

I : Et alors cette représentation, euh tu parles de diversité de pratiques, est-ce que c'était une représentation du métier que tu avais avant d'exercer ?

- N2 : Nan nan, c'est vrai que, c'est arrivé au fur et à mesure euh...Oui fur et à mesure.

I : Toi M4 ?

- N4 : Euh moi c'est un peu le même profil que toi. C'était un choix. Fin moi j'ai fait médecine pour faire de la médecine générale et euh comme tout l'monde avec les stages j'me suis laissé tenter par médecine à l'hôpital, j'me disais « ça serait pt'être bien » Mais j'suis restée Et...Et...C'est pareil j'avais pas du tout cette vision avant de la polyvalence de la médecine générale, fin au niveau des...d'associer différentes activités. (Tout bas) Finalement c'est quelque chose qui me plaît aussi. Et...c'est plus maintenant pt'être que j'me pose des questions parce que...fin ... j'trouve ça hyper intéressant la médecine générale, j'regrette pas du tout, c'est vraiment c'que j'voulais faire ; mais au niveau... 'fin j'trouve ça quand même difficile d'exercer de concilier vie familiale et vie professionnelle. Régulièrement j'me dis : « et si j'avais fait gynéco méd...je sais pas, ça serait peut-être beaucoup plus simple pour moi m'organiser.

I : Qu'est ce qui pour toi change aujourd'hui change un peu la représentation du métier... ?

- N4 : C'est l'exercice libéral.
- N3 : J'rebondis un p'tit peu mais c'est, j'crois qu'c'est, ce qu'on n' imagine pas, même pendant notre internat c'est tout ce qu'il y a autour. C'est-à-dire que déjà un, c'est très prenant en temps, beaucoup d'appels, des journées des fois ont du mal à se terminer euh on n'hésite pas quand quelqu'un nous appelle, on s'dit peut-être c'est pas très important mais d'un autre côté de pas y aller dans la journée, si je tombe sur le cas qui euh, qui est un p'tit peu foireux donc euh ben, on y va quand même, surtout quand on est jeune, je pense. Et puis ensuite il y a tous les papiers hein. Déjà tous les papiers administratifs. Euh l'URSSAF, les impôts, la CARMF, et j'en passe et des meilleures. Et puis des papiers médicaux. A savoir la comptabilité, euh, les dossiers euh,
- N2 : les biologies
- N4 : les ALD, les biologies, ouais parce que il y pas que les consultations quand même le soir, y'a tous les courriers à voir, les résultats de bilan de sang. Il faut appeler les gens qui ont, des fois souvent c'est pour les dosages sanguins, mais y faut les appeler, en leur disant : « j'aimerais bien vous voir ». C'est vrai que tout ce qui est autour, c'est quelque chose qu'on n'appréhende pas, et pour moi personnellement qui n'ai fait que, qu'un stage, obligatoire, le N1, je trouve que ça même en N1, moi personnellement je l'ai pas appréhendé, c'est-à-dire que, c'est un peu, on a quelqu'un à côté de nous, bon voilà, on tapote sur l' ordinateur, on discute avec les gens c'est marrant, y'a pas grand-chose de grave, c'est pas très, pas trop stressant mais les papiers on les fait pas, donc on s'en rend pas compte. Je pense d'ailleurs que quand on est remplaçant, fin dixit un médecin installé, que quand on est remplaçant on ne se rend pas encore compte de la ...
- N2 : Ouais.
- N5 : Parfaitement.

- N3 : de la réalité (dit-il avec un grand sourire narquois) de ce qui nous attend (bras croisés, souriant) plus tard.

I : Apparemment les paramètres extérieurs ou logistiques ?

- N3 : La gestion du cabinet quand on est remplaçant (interrompu)
- N2 : Devoir se faire informaticien, devoir se faire comptable et tout ...c'est pas ce qu'on a choisi, on n'a pas choisi c'est pour ça mais, en médecine générale on est obligé d'le faire.
- N1 : En plus, on n'a pas spécialement de formation dans les études quoi, c'est pas du tout euh abordé, quasiment pas.
- N5 : Il faut une demi-heure à une heure tous les soirs 'fin hors patientèle, hors temps patient, pour, une demi-heure à une heure par jour.
- N2 : Facile ouais
- N3 : Facile

I : Toi M5, qu'est-ce qui te...ton point de départ ?

- N5 : Moi, moi j'suis rentrée en médecine pour faire pédiatrie, j'voulais m'occuper d'enfants tout ça et puis j'ai fait des stages dans des CHU parisiens, où en pédiatrie c'est des enfants très malades et moi au départ c'était plus pédiatrie de ville qui m'attirait mais on m'a dit : « la pédiatrie de ville ça va disparaître ». Et puis j'trouvais qu'c'était trop toujours la même chose, donc j'voulais un exercice plus varié et en soignant des adultes, j'me suis rendue compte que c'était quand même sympa de soigner aussi des adultes, donc le seul truc qui m'permettait de tout faire c'était la médecine générale, pareil j'ai pas eu de découverte, j'ai eu zéro journée de médecine générale avant mon internat. J'ai pas, moyennement bûché mon internat vu que j'voulais faire médecine générale, et j'ai eu médecine gé, et mon stage, mon premier stage chez le généraliste d'internat, ça m'a complètement confirmé que c'était ça que je voulais faire, j'ai fait des zones très variées pendant mes premiers stages donc ça m'a fait voir que c'était le milieu rural qui me plaisait le plus. Donc j'ai fait après un stage SASPAS en milieu rural. Et j'ai bien accroché avec le médecin où j'étais en stage chez l'un des deux. Donc j'ai eu l'internat, le lendemain j'étais chez eux en remplacement et ça fait deux ans que j'fais les remplacements là-bas majoritairement.

I : Finalement ton expérience, ton expérience de pédiatrie t'a confirmé l'idée d'être médecin généraliste.

- N5 : Mon expérience de CHU en général, médecine spécialisée, hyper spécialisée euh c'était pas...j'voulais d'la variété voilà, c'était l'aspect diversité de la médecine générale qui, qui m'attirait.

I : N6 ?

- N6 : Euh moi j'ai un profil un peu différent, moi j'ai plongé dedans quand j'étais p'tit. Mon père est généraliste. Le cabinet est dans la maison. Donc euh voilà, j'avais 6-7 ans, j'viens couper les fils quand y'a une suture euh, j'coupe des plâtres

(Rires)

- N6 : Bon après euh pendant l'adolescence j'suis un peu parti ailleurs, j'voulais faire d'autres études, d'ingénieur des choses comme ça. Et puis, j'suis revenu certainement pour m'opposer à mon père qui disait : « Ne fais surtout pas ça. »

(Rires)

- N6 : Et, nan après par contre, moi c'était plus concret parce que j'suis tombée dans une année facile à Lille, on avait un stage en externat, qui nous permettait de faire un mois entier. Et j'suis tombé sur un des profs de Lille et deux autres très bons praticiens. J'ai fait que de l'urbain, mais bon ça a confirmé ce que je voulais. Euh j'suis un peu pareil que N4. Et euh, j'avais pas forcément envie de faire médecine générale j'voulais m'dire : « j'trouverai p't'être une spécialité ». Finalement le fonctionnement de l'hôpital ne m'a pas vraiment convenu euh, j'voulais être beaucoup plus multidisciplinaire, et puis j'ai l'impression qu'on a un peu un rôle de... l'acte intellectuel est, je trouve, plus poussé en médecine générale, on a un rôle de filtre un peu, faut être bon, on voit les pathologies à un stade de début, c'qui n'est pas du tout la façon dont on apprend. On apprend des pathologies constituées avec le tableau entier et là on aura... j'trouve qu'on doit avoir un peu plus de flair, c'est plus stimulant et, après le côté rural moi néanmoins m'attire, j'suis j'ai toujours été dans le rural ; j'ai confirmé après l'internat, dans mes stages de N1 j'ai eu trois maîtres de stage qui étaient en milieu rural. Par contre, y'a eu un biais, y'a un peu un biais dans le fait qu'on prend pas du tout compte... en c ... aucune idée de l'administratif, c'est que la plupart des profs, ceux qui... les, les maîtres de stage sont forcément très organisés, ont souvent, ont très souvent une secrétaire donc tout c'qui est administratif en fait, on y touche pas, absolument pas et euh, j'ai eu la chance d'avoir mon père qui pour le coup nous a fait... depuis un an avant l'internat, c'est moi qui gère les ALD, c'est moi qui gère les renouvellements de, les renouvellements des PIRES fin tout ça, on fait un roulement c'est moi qui gère, ça m'a un peu refroidi j'crois d'un côté, mais bon une fois qu'c'est bien fait, on gagne pas mal de temps et euh en fait moi j'exerce sur un... j'suis remplaçant, j'ai pas encore ma thèse, j'vais m'installer a priori avec mon père qui a soixante-dix ans qui continue parce que j'suis là en fait, j'ai un remplacement exclusif chez lui en fait . J'ai rien fait d'autre à part du rural.

I : Si on doit déterminer le moment où tu t'es dit

- N6 : ça a confirmé

I : J'ai envie de dire c'est assez précoce finalement, le fait d'être baigné dedans dans ton enfance tu t'es dit euh assez vite, « j's'rai médecin, je f'rai ça »

- N6 : Tout à fait ouais. Avant l'âge de dix ans je pense

I : Est-ce que d'autres pourraient déterminer le moment où finalement vous vous êtes dit « c'est ça ». Si j'ai bien compris N5 (en se tournant vers N5) donc c'était certainement c'était après tes stages en CHU.

- N5 : Ouais c'était deuxième ou troisième année d'externat où j'me suis dit ça. Pédiatrie c'était à l'adolescence, vers j'sais pas quatorze quinze ans et médecine générale c'était oui plutôt au moins deuxième moitié d'externat
- N1 : Le moment où on a décidé d'être médecin ou médecin généraliste ?

I : Médecin généraliste.

- N1 : Non médecin généraliste, nan mais bon, c'est , c'est, (fait un signe de ça fait longtemps) c'est un cheminement...non sérieusement, personnellement pourquoi j'ai choisi médecin généraliste, pour garder des éventualités quoi, c'est-à-dire que moi c'que j'me disais si j'deviens, j'en sais rien neuro, même si j'avais pas forcément envie d'faire neuro, j'vais m'retrouver à faire des AVC Sylvien toute la journée ou devenir spécialiste des formes de, de sclérose en plaques et ça, ça me (fait un signe de « non, c'est pas possible »)
- N4 : Alors qu'en médecine générale tu pourras travailler dans un service de soins pal', tu pourras faire de la PMI, tu pourras travailler en prison...
- N1 : C'est l'potentiel parce que en fait euh après, voilà, voilà après tu rentres dans le truc, tu as ton cabinet et puis tu...moi la famille... fin un oncle qui est médecin généraliste, à un an d'être arrivé à la retraite il était à bout de souffle.

I : N5 comme M1 ?

- N5 : Euh nan, moi c'était dans l'adolescence tout ça, j'me suis dit : « Euh médecine, médecine » mais moi c'était pour faire de la médecine générale que j'ai fait médecine...y'a pas eu un fait qui m'a dit « ouah c'est ça que j'veux faire ». Par contre moi j'ai eu le stage euh, c'était la première année où ils instauraient des stages euh...d'externat en médecine générale, c'était la première fois...et puis le stage d'externe, ça m'a carrément confirmé dans mon choix quoi. Souvent les médecins qui font tuteurs de stage, c'est vraiment...un choix qu'ils ont fait, ils sont passionnés, ils aiment ce qu'ils font...

I : Ça c'est le stage d'externat.

- N4 : Le stage d'externat ouais. En fait j'me suis rendue compte que j'avais aucune idée avant de c'que c'était vraiment la médecine générale quoi. Ouais. Fin des détails quoi...Parce que quand on est p'tit, qu'on va chez l'médecin quand on a un rhume, et ben on croit que les médecins généralistes ils voient des rhumes toute la journée et que...

(Rires)

- N3 : Juste pour rebondir sur c'que tu dis, moi j'me souviens juste, le fait de se servir de l'otoscope, et ben je sais pas si, quand vous étiez externe vous saviez c'que c'était qu'un otoscope et c'que c'était qu'un tympan, parce que sincèrement...
- N1 : J'commence à peine à savoir m'débrouiller...et encore.
- N3 : Ouais oui et euh, juste, c'est un truc tout bête parce que de ce fait finalement vous êtes généraliste, c'est le truc que vous avez à portée de main, tout le temps, et vous r'gardez l'oreille de tout le monde, même des gens qui vont bien.

(Rires)

- N3 : C'est vrai Hein ?

(Affirmations)

- N5 : des enfants
- N3 : Et des enfants oui, mais alors c'est quelque chose qui est complètement inconnu. Et même dans vos cours d'ORL à la limite, quand vous faites les otites, il va vous sortir la liste de toutes les pathologies ORL qui donnent des douleurs.
- N2 : C'est un cours fait par un ORL. Rien avoir avec...
- N3 : Mais alors un tympan, ça c'est quelque chose qui est inconnu.
- N5 : Ben ils nous montrent des photos mais avec un otoscope d'ORL super zoomé, c'est pas...la médecine générale, c'est pas. (Fait un signe de main que non)
- N3 : Et et, prendre la tension. Bah c'est p't'être un peu bête mais, juste, moi j'me souviens du premier jour, il dit : « Bon, ben tu vas prendre la tension. Avec le brassard ». Et là j'me dis bah...Elle est où l'infirmière ?

(Rires)

- N5 : Moi là j'dis merci à mon stage de sémio où mon pr' avait fait sortir par les infirmières le vrai brassard et qui nous avait vraiment fait prendre la tension.
- N3 : J'avais eu aussi l'occasion mais ça v'nait des infirmières dans les services, et qui disent : « Ben il faut qu't'apprenne à prendre la tension », et qui nous faisaient prendre la tension au brassard, mais globalement c'est des choses que vous n'faites jamais.

I : On va enchaîner. Bienvenue (à N7, arrivée en retard). On abordait justement, comment on arrivait à être...

- N7 : A faire de la médecine générale ?

I : Voilà, à être médecin : qu'est-ce qui vous a motivés au départ ; à quel moment vous vous êtes déterminés à...à quel moment tu t'es dit « j's'rai médecin général » ?

- N7 : Alors euh...ben la médecine générale j'pense que ça m'est v'nu vraiment en D4, hein, pas avant. Euh, j'pense que j'ai été, déjà influencé par une tante, par ma marraine qui est médecin généraliste et qui m'a toujours dit que, que... elle était super contente même quand elle rentrait de vacances, 'fin voilà d'faire son boulot tout ça, et c'est quelqu'un de très humain et donc voilà... c'est p't'être un peu caricatural, je sais pas du tout c'que vous avez tous répondu mais euh, c'était en fait, j'pense que le côté hyper spécialiste des études, fin pas des études on fait aussi des études en médecine générale hein attention (autodérision) mais voilà le côté médecine euh scientifique très poussé, ça m'a moins parlé que le côté relationnel voilà, et puis finalement il faut avouer qu'y'avait aucune spécialité qui me plaisait plus qu'une autre. Peut-être que si j'avais eu une spécialité qui m'avait branché, j'l'aurai fait mais là non. C'est à peu près ça.

I : On va essayer de se faire un p'tit retour en arrière dans votre, dans votre vie à vous ...vous avez terminé vos études d'internes en médecine générale, et vous commencez votre activité professionnelle : un premier remplacement, et un second. **Voilà racontez-moi, vous vous souvenez de quoi ? Comment ça se passe ? Vos débuts ? Qu'est c'qui vous arrive à ce moment-là ?**

- N4 : Mon premier jour de rempla j'étais encore interne mais euh j'avais pris une dispo, et j'ai eu l'impression de, qu'on m'filmait et qu'j'faisais une pièce de théâtre, « faut que je joue au docteur » : « Bonjour Madame qu'est-ce qui vous amène » ...fin première consult fin c'était vraiment super drôle. Mais bon après naturellement on est plus spontané, mais euh.

I : Cette impression d'être filmé

- N4 : C'est cette impression. Là j'ai pas bossé pendant plusieurs mois...et j'suis r'tombée sur Nice ben ça m'a fait pareil. C'était bizarre. Mais...voilà, je jouais au docteur.

I : **Si tu devais formuler cette expérience par un sentiment, un ressenti, tu utiliserais quoi comme mot ?**

- N4 : Peur peut être. Nan mais j'étais stressée

I : **Stress ?**

- N4 : Ouais. (Reste un peu dubitative)

- N1 : Moi je, honnêtement, mon premier mois de remplacement, j'ai eu l'impression d'apprendre dix fois plus de choses qu'en, en trois années d'internat (se tape sur les genoux). Ça c'est vrai. Alors d'ailleurs, à y réfléchir, j'apprenais pas forcément des choses euh forcément très...très bien puisque en fait j'reprenais des prises en charge, des médecins que j'remplaçais et qui parfois étaient juste de la tambouille quoi. Mais, effectivement, les premiers mois de remplacements c'est l'impression d'arriver, qu'on arrive avec une vague expérience mais qu'on va pouvoir foutre à la poubelle, fin j'exagère un peu mais c'est l'impression qu'on a, c'est l'impression qu'on a, c'est-à-dire qu'avant l'internat, c'est pas du tout la même chose euh même pendant l'internat c'est

pas du tout la même chose, la même réalité que le remplacement, fin ce qu'on fait ultérieurement.

I : Parce que tu es confronté à des situations nouvelles ?

- N1 : Ouais euh ffffffff, alors, c'est l'mot qu'on dit toujours : oui on est confronté à la réalité euh, oui c'est un peu rapide de dire ça, qu'est-ce qui différencie euh, fin déjà, (désigne M6), tu disais les pathologies pas encore pas encore constituées, c'est vrai qu'à l'hôpital la plupart du temps on arrive on a une pathologie déjà constituée, les gens viennent aux urgences montent dans les services, euh et puis la réalité des gens c'est-à-dire que, une mamie de quatre-vingt-dix ans qui a euh...une pneumonie euh...à domicile, tu l'hospitalises, dans les livres (fait signe d'un livre ouvert), tu l'hospitalises. En médecine générale c'est pas tout le temps vrai. Et heureusement d'ailleurs. C'est à dire que tu te retrouves face à quelqu'un qui te dit « ah nan, pas l'hôpital, vous êtes bien gentil » ...et elle a raison d'ailleurs, Euh... « Vous êtes bien gentil mais j'veux pas y aller. » Et toi t'es là, alors tu négocies avec le patient et tu, ton ...ton statut baisse un p'tit 'fin, (fait signe de descendre d'un niveau) fin tu baisses un p'tit peu d'statut, tu descends de ton pied d'espale en tout cas c'est-à-dire que tu t'rends compte que c'est pas toi, c'est pas toi qui décide tout seul.

I : T'as un exemple assez précis dessus ?

- N1 : « Oh bah, des mamies qui veulent pas aller à l'hôpital, bah ça j'en ai (siffle, fait signe des bras qu'il en a plein).

I : Celle qui t'a vraiment marqué ?

- N1 : euh nan, j'pourrai pas te dire, j'pourrai pas te dire (en regardant en l'air) euh fff, nan après c'est pas tout à fait la même chose mais effectivement y'a un moment où j'me suis dit « tiens j'commence à apprendre le métier » c'est quand j'ai été capable de gérer, justement, une dame de quatre-vingt-dix ans...attends fin pas quatre-vingt-dix ans mais enfin une dame vraiment très âgée avec une pneumonie, une démence tout ça mais qui était entourée et donc j'me suis démerdé pour appeler la pharmacienne avoir l'équipe de machin, faire passer le, faire passer l'infirmière fin, faire passer la kiné, fin bon des trucs très basiques mais qui...noon, on ne sait pas l'faire quand on sort de l'internat. Et donc oui ça, ça m'a marqué, j'me suis dit bon voilà, là tout est niquel, ok, j'ai pas d'angoisses, euh, j'ai pas d'angoisses après d'être passé là, et puis, et voilà j'ai bien fait, j'avais l'impression de bien faire mon métier. Tout en sachant que techniquement j'avais pas respecté scrupuleusement les recommandations fin en tout cas, je sais pas si elles sont toujours les mêmes mais...

I : Tu aurais pu être angoissé euh... ?

- N1 : Bah ouais.

I : Pourquoi ?

- N1 : Ouais ben fff (fait signe de tête qu'évidemment). Ben parce que ...Alors alors, il y a l'angoisse de, de mal faire, de faire du mal à ses patients, ça c'est c'est, c'est vachement...Après y'a une angoisse à mon avis qui est due à la culture euh médicale ambiante qui est la peur des poursuites judiciaires, je...d'où...c'est c'est...peut être vrai que y'a de plus en plus de judiciarisation des problèmes médicaux, c'est possible, mais moi j'ai l'impression que toute la, pendant toute la faculté on nous a dit : « si vous ne faites pas ça, si vous vous gourez là, vous allez en prison. Vraiment euh...Et du coup, on a un peu ce rapport là avec les gens : « euh faut que je fasse gaffe parce que lui si j'commence à déconner avec sa mère euh...il va m'attaquer en justice et tout euh... » Alors que la plupart des gens, ils pensent pas à nous attaquer en justice, si ils ont un proche qui ne va pas bien, euh ils veulent juste qu'il aille mieux quoi. Et puis en général en plus, je pense que les gens la plupart des gens, ils savent pertinemment qu'on ne sait pas tout et qu'on fait ce qu'on peut. Voilà. Mais euh, ça oui, ça c'est un truc qu'on apprend par exemple le fait que les gens savent qu'on ne sait pas tout et qu'on fait ce qu'on peut, ça c'est un truc qu'on apprend en médecine générale quand on commence à pratiquer, à faire des remplacements quoi.

I : Avant on ne s'imagine pas ça

- N1 : on ne s'imagine pas ça je trouve

I : N1, première expérience ?

- N1 : Première expérience de remplacement, c'est ça ?

I : Oui première expérience, première ou deuxième, fin au début de ton activité, quand tu t'es mis à remplacer, finalement qu'est-ce que tu, tu te souviens de quoi à ce moment-là ?

- N1 : Euh, j'suis assez d'accord avec N4, finalement c'était un peu cette impression de jouer, de jouer au docteur, de s'dire : « oh punaise c'est moi le docteur », (rires) « là faut y aller », donc euh de l'angoisse et ouais j'ai un peu eu effectivement les premiers jours l'impression de me regarder faire les consultations, de pas être là mais tellement j'étais à un niveau de stress que j'étais pas dedans quoi, j'étais pas concentrée parce que j'étais en stress, en panique. Euh ...

I : Stress de... ?

- N1 : En stress de bah de n'pas bien faire quoi, de n'pas y arriver, de n'pas trouver ce qui n'allait pas...de n'pas, voilà de n'pas répondre à la demande quoi. Euh...après j'pense comme j'ai eu la chance de faire un SASPAS, c'était p't'être plus sur mes premiers... mes premiers, mes premières journées de stage en autonomie là, parce que du coup euh...c'était là les premières fois où j'étais lancée dans l'grand bain donc. Les remplacements en eux-mêmes, surtout que j'ai fait mes remplacements quasi exclusivement, euh pas quasi j'crois, exclusivement chez des, chez des maîtres de stage en fait, chez des anciens maîtres de stage, donc je connaissais le cabinet, je connaissais euh...euh...ouais je connaissais les cabinets. Et d'ailleurs ce qui me

stressait parfois plus c'était c'était plus l'aspect euh : l'ordinateur, l'alarme du cabinet, euh le machin que les gens ils vont m'voir (tout bas) : bon c'est bon le rhume là ça va aller, l'otite ça va aller... Y avait aussi beaucoup cet aspect-là : « Merde faut pas que j'fasse sonner l'alarme, alors il faut que j'récupère ça, il faut que j'fasse ça. » Beaucoup l'aspect logistique que de..., où ça s'trouve ça... il faut que j'fasse tout ça voilà. Il y avait aussi ça finalement surtout dans certains rempla quand j'connaissais pas bien. C'est ça qui me stressait plus parfois que que que tout l'temps les mêmes quoi. Voilà. Sur les premiers remplacements, c'était un peu ça quoi. L'angoisse, pas que, finalement pas que de l'aspect patient mais aussi de la logistique.

I : D'autres débuts ?

- N4 : Euh...Y'a aussi d'autres choses, je me demandais ce que les patients allaient penser de moi parce qu'ils me disaient toujours « hein, vous avez quel âge ? Vous avez l'air jeune » (rires) donc on peut me poser cette question mais du coup on se sent, on a peur qu'ils nous fassent pas confiance en fait, c'est hyper important l'image qu'ils ont de leur médecin c'est euh...
- N3 : légitime.
- N4 : voilà c'est se sentir...Est-ce qu'ils vont nous trouver...croire en c'qu'on dit, croire en c'qu'on fait et nous faire confiance. Et euh...aussi l'impression de devoir, d'être débrouillarde parce que euh...comme si la formation que j'avais eue, c'était pas exactement c'que j'faisais (air un peu ironique) donc j'allais essayer quand même de m'en sortir, avec euh plein de motifs de consultation qu'on avait appris, plein de... la bobologie tout ça qu'on sait pas forcément gérer. Et tout... comme tu dis, le côté annexe le dossier médical, tout ce qui est à côté dont on n'a pas l'habitude, c'est là où faut te débrouiller quoi. Faut être débrouillarde et ouais (tout bas :) ce qu'on a appris dans nos études ça nous a servi à r... (se rattrape) ça m'a servi forcément mais c'était qu'une petite partie de la journée
- N7 : J'voulais rajouter juste, ce qui va exactement dans la suite de c'que tu dis c'est le fameux traitement symptomatique.

I : Tu peux aller plus loin ?

- N7 : Ben j'sais pas, un rhume, j'sais pas, une bronchite, une petite toux depuis une semaine, fièvre machin machin
- N3 : Comment elle fait pour ne pas leur donner d'antitussifs, d'antibiotiques
- N7 : traitement symptomatique, moi j'ai l'impression d'avoir entendu que ça à l'internat et quand t'arrive en vrai tu fais : « c'est quoi l'traitement symptomatique ? »
- N5 : Quel sirop je donne, quel produit pour le nez qui coule ou qui est bouché je donne
- N7 : c'est ça

- Donnez-moi un sirop
- N7 : quel truc dans l'nez, quelle pastille euh...tout c'que les gens ils réclament : « Docteur, il lui faut un sirop pour la toux, il a toussé toute la nuit. Bon le motif c'est un sirop pour la toux donc si je conclue la consultation sans sirop pour la toux il va dire que j'suis nulle. Des sirops t'en trouve partout.
- N7 : Ouais mais nan, même si la personne est capable d'entendre qu'il faut pas de sirop, finalement t'es là : « Bon qu'est-ce que je donne ? » 'Fin, faut pas d'antitussifs, ben nan
- N6 : c'est plus facile de prescrire que de n'pas prescrire.
- N2 : Oh que oui
- N3 : Moi j'trouve que ça c'est intéressant parce que en fait, on a l'impression que les gens ils viennent pour avoir quelque chose. Et quand tu commences, tu te dis « il vient pour ça il faut que j'lui donne quelque chose » Mais tu t'dis « il pourrait ne rien avoir » mais t'as l'impression que tu lui es redevable d'un service. Le patient qui sort sans ordonnance, ce n'est pas possible surtout quand tu commences. Donc effectivement tu dis : le gars il vient pour un sirop contre la toux. Alors par exemple, t'as un enfant de moins de deux ans, t'es super content parce que tu dis : « non, j'vous donne pas c'est interdit euh... » (sourires approbateurs, rires)
- N4 : C'est génial oui (confirme le soulagement)
- N3 : L'enfant de cinq ans à qui tu veux pas donner le sirop contre la toux. Et la maman elle « Ben oui mais il arrête pas de tousser ! ». Et là vous dites : « Comment j'fais ? » Si j'lui donne pas, si j'lui donne pas quelque chose, même de la poudre de perlimpinpin ! Euh...ça peut être euh
- N2 : Oui ben alors c'est ça, pas pas...

I : Euh

- N2 : Pardon (empêche l'interviewer de parler, donc s'excuse)

I : Si je comprends bien, on a envie de satisfaire le patient

- N3 : Oui. (Avec un signe approbatif de la tête)
- N2 : Ouais, ah bah oui. C'est ça que j'voulais dire

I : Qu'est ce qui est vraiment difficile c'est de n'pas prescrire ou de n'pas savoir les noms euh de traitements symptomatiques, qu'est ce qui est vraiment important finalement ?

- N1 : Bah...

- N3 : J'trouve que du temps où on était au début des remplacements, au début, en fait de n'pas connaître les noms, ça a un côté en fait paniquant de se dire mince je sais pas, j'ai qu'un quart d'heure, il va falloir que je regarde sur mon petit guide de la thérapeutique pour connaître le nom de tel truc, et en plus, ça l'fait pas devant la personne. A la limite vaut mieux sortir son VIDAL mais comme vous connaissez pas le nom, vous savez pas. Et euh...Donc y a ça, y a l'angoisse de pas connaître le nom du médicament

I : Pourquoi « ça l'fait pas devant la personne » ?

- N3 : Ben, moi c'est mon avis personnel mais, j'ai un l'impression qu'il va se dire « mais si il regarde dans son livre c'est qu'il ne sait pas ». « Il ne sait pas ! »
- N1 : Tu perds du pouvoir symbolique
- N3 » : Ouais. J'ai l'impression que, on perd notre côté euh on va dire...

I : Crédibilité peut-être ?

- N3 : Ouais : la crédibilité, et « le médecin il sait ».
- N1 : Alors moi j'ai une astuce, j'ai pas la mémoire des chiffres, j'retiens pas... j'ai du mal à retenir les posologies, j'dis qu', j'prétends connaître les médicaments
- N2 : Maintenant avec l'ordinateur

I : On enchaîne parce que là on sort du sujet... **On va essayer de déterminer vos craintes, les craintes que vous aviez, s'il fallait les définir, quelles seraient elles, quelles seraient, est-ce qu'il y a des craintes qui persistent, qui sont encore là dans votre activité à vous qui avez déjà plus d'expérience par rapport aux tous premiers remplacements, comment on définit ces craintes ?**

- N2 : Si j'peux m'permettre, ça va rebondir là-dessus, sur ce que disait N3, ça c'est quelque chose que moi j'apprends en étant installée depuis bientôt deux ans c'est qu'on n'est pas là pour plaire aux patients et donc euh si euh, et ça c'est dur au début parce que on se dit, il attend il vient pour quelque chose, il attend quelque chose, je dois répondre à sa demande. Et ben non. Il vient pour son sirop, et ben non, s'il n'y a pas d'indication à un sirop, je lui donnerai pas son sirop, il est pas content, il ira voir ailleurs et c'est pas grave, mais moi j'aurai fait c'que j'estime être de la bonne médecine ou en tout cas ma médecine et ça c'est hyper dur au début.

I : Et ça c'est une crainte que tu avais au début et que finalement maintenant

- N2 : C'est une crainte que j'avais et que petit à petit j'apprends à à à à 'fin, à passer, voilà à surpasser. Et alors j'y arrive pas toujours, mais que de plus en plus c'était c'est, c'est que je ne suis pas là pour le satisfaire, je suis là pour le soigner. Et si le

soigner c'est pas ce qu'il attendait et ben tant pis. Et si il va voir ailleurs, tant pis. Mais voilà, c'est pas simple

- N3 : Alors qu'au tout début des remplacements, fin j'ai l'impression, quand on arrive au tout début on a l'impression qu'en fait on veut satisfaire la personne, on veut qu'elle soit contente et finalement on a l'impression de bien faire notre travail si la personne est contente, mais des fois ça va complètement à l'encontre de ce que l'on pense, alors effectivement l'antitussif c'est le c'est le c'est l'exemple le plus banal mais c'est vrai qu'après au fur et à mesure avec le temps finalement on est plus satisfait de s'dire « ah la personne ressort en ayant compris pourquoi j'lui donne pas de sirop contre la toux » que d's'dire « ben j'ai dû lui donner un sirop contre la toux »
- N2 : Et une dernière remarque et puis après j'arrête et je laisse la parole c'est que quand on remplace, euh fin je sais que mes premiers remplacements, je copiais collais la démarche fin c'que faisait mon remplacé donc euh ça c'est aussi l'avantage d'être installé c'est qu'on fait sa propre sauce mais quand on remplace on a tendance à copier-coller c'que fait le remplacé même si c'est pas forcément c'que nous, on aurait fait. Et c'est ça aussi qui est difficile c'est que en tant que remplaçant on reçoit les patients, euh si on leur dit quelque chose... (fait la voix du patient) :« Oui mais Docteur machin l'docteur remplacé il fait pas ça ». Là c'est compliqué aussi comme situation souvent. C'est ça qui est pas forcément évident en tant que remplaçant à gérer. Donc soit faut trouver des remplacés qui ont la même attitude que soi, soit il faut prendre sur soi et fin voilà. C'est un truc mais pas évident à gérer quoi.
- N3 : Ce qui à terme arrive quoi.
- N2 : Oui tout à fait.
- N3 : Au début tu remplaces tout l'monde mais après tu remplaces des gens
- N2 : qui te ressemblent.
- N3 : Voilà parce que, parce que tu aimes bien travailler avec eux. Mais ou sinon...

I : D'autres types de craintes ?

- N3 : Crainte, la crainte c'est de, plus t'es là c'est de pas avoir d'arrêt
- N5 : c'est de louper une urgence , d'avoir quelqu'un qui arrive par exemple, l'œdème de jambe et de passer à côté de la fois ou c'est la vraie phlébite qui va emboliser et que, 'fin voilà le truc qui se présente banalement comme...et qui dans quatre-vingt-dix pourcents des cas on donne un traitement symptomatique justement et tout va aller très bien et y'a euh une fois de temps en temps, ben en fait la fièvre du gamin c'est une grosse pneumopathie, la jambe gonflée c'est une vraie phlébite qui peut emboliser et de passer à côté de cette fois là où c'est pas euh, c'qu'on voit à longueur de journées ...

I : C'est une crainte unanime ? ça ?

- Oui unanime
- N4 : louper quelque chose.
- N7 : ça je sais pas si c'est spécifique du début des remplacements 'fin j'imagine que...
- N5 : Ben c'est une crainte initiale que, bah pour avoir réussi à détecter une phlébite de la cuisse qui a été envoyé à l'hôpital par la phlébologue qui l'a vue deux heures après, euh voilà, j'me dis, j'ai quand même réussi à, plusieurs fois à pas passer à côté donc j'suis quand même pas si... débutante ou euh...fin voilà donc j'ai pris confiance en moi de ce côté-là même si bah voilà ça reste quand même la...'fin c'est plus une crainte aussi présente quoi c'est juste...une préoccupation euh...normale parce que c'est notre boulot de pas passer à côté de l'urgence la fois où ça en est une.

I : Cette crainte-là, j'reviens à ma question, c'est un peu c'que...c'est assez unanime, c'est quelque chose que vous aviez ou finalement il y a des craintes plus...différentes ?

- N7 : ça je pense que c'est vraiment une crainte très importante, après
- N3 : C'est une crainte qui reste.
- N7 : Ouais
- N3 : C'est pas qu'au début. La peur de passer à côté du diagnostic, qu'il soit grave ou pas grave d'ailleurs. Se dire « mince j'ai raté ça ». C'est une crainte j pense que tout le monde a et, et ça c'est une crainte qui reste même si vous prenez en confiance. D'ailleurs quelqu'un disait que l'expérience c'est la capacité de reproduire toujours les mêmes erreurs mais avec de plus en plus d'assurance.

(Rire)

- N3 : La crainte de passer à côté de quelque chose même par habitude, je pense que, 'fin je pense qu'en tout cas, il faut qu'elle reste. Se remettre en cause.

I : N7, tu voulais dire quelque chose ?

- N7 : Non j'voulais dire après il y a une crainte quand je repense vraiment au début, par rapport à ça, ça n'a rien à', 'fin le niveau de crainte n'est pas le même ! Mais ce que je voulais dire c'est que, moi, j'ai pas tant l'impression d'être un p'tit acteur à me regarder, mais j'avais l'impression que le médecin que je remplaçais me regardait toujours. Et j'avais toujours l'impression d'être, plutôt la crainte de décevoir le médecin, alors évidemment de décevoir le patient mais ça on l'a déjà dit. Pas forcément parce qu'on est en contradiction avec lui mais c'est vrai que ça m'arrivait toujours, ça m'arrive encore d'ailleurs, de dire voilà, si il y a un problème avec le patient, pas hésiter à m'le dire tout ça. Et voilà j'avais toujours peur, et j'l'ai encore d'ailleurs quand c'est des médecins que j'ai moins l'habitude de remplacer

I : La peur d'être redevable ?

- N4 : de mauvais retours ?
- N7 : Non, oui de mauvais retours des patients ou un mauvais retour du médecin remplacé qui...fin voilà si l'médecin, fin, bon après c'est p't'être une peur encore parce que ça fait que un an que je remplace mais voilà la peur du médecin qui voit le dossier et qui dit : « ah, pourquoi elle a fait ça » (en levant les mains au ciel) ou « pourquoi ma remplaçante elle a fait ça ? »
- N4 : c'est un peu l'approbation que le contraire qu'on recherche euh...

I : N1 ?

- N1 : Non, non j'approuve complètement
- N4 : Mais cette peur elle s'en va quand t'as remplacé des médecins qui font...
- N1 : (dit la suite de la phrase) n'importe quoi.
- N4 : qui font vraiment n'importe quoi. Et j'trouve que du coup tu relativises, tu t'dis
- N2 : « Y'a toujours pire que soi » (Rires)
- N1 : Mais par contre en revanche y'a des médecins, pas qu't'admires, y'a pas de mecs que j'ai remplacés que j'admire mais y'a des médecins pour qui j'ai beaucoup d'estime et euh...et c'est vrai que...alors ça stimule en même temps. Ça stimule, moi quand j'bosse chez eux, j'suis euh vraiment j'essaie d'être bon quoi, 'fin c'est paradoxal parce que finalement il faudrait être bon tout le temps et euh...
- N4 : T'as plus de pression p't'être.
- N1 : Voilà, t'as plus de pression mais c'est vrai que oui des fois on dit « merde » comme toi tu disais.

I : N6, ta crainte au départ ?

- N6 : J'avais la même c'est-à-dire rater un gros diagnostic, d'autant plus comme on voit beaucoup de choses qui sont pas graves, on peut s'laisser endormir. On a peur de s'laisser endormir. C'qui m'a un peu désamorcé cette crainte-là, c'est de...pouvoir enfin gérer mon temps. On est interne, on est dans un service, on est le Stakhanoviste de l'AVC pendant 6 mois et puis de toute façon il y aura deux trois autres pathologies qui vont arriver, on va être lancés et puis c'est tout on va désamorcer. Moi c'qui me faisait un peu peur c'est la gestion du temps en fait. Parce que d'une certaine manière quand on est interne notre journée elle est super organisée. Le tour c'est comme ça, après c'est les familles, après c'est les examens, après c'est...On n'a pas de, on a jamais à vraiment gérer son temps. D'un côté c'est rassurant parce que on peut se dire : « Bon là si j'ai un doute c'est pas grave j'irai le revoir dans trois heures, si j'ai un doute j'irai le revoir demain matin ça a un côté rassurant mais ça a un côté est ce que j'avais avoir le

temps de voir tout le monde ? Parce qu'à l'hôpital, le service est plein, le service est plein, y'a six entrées y'a six entrées c'est pas grave, on finit à sept heures point. Là on a toujours peur de s'dire ben ouais mais si j'suis parti sur l'OAP et y'a un autre, qu't'as une suture qui arrive au cabinet et que après y'a Mamie qui est pas bien, j'suis tout seul quoi, j'peux pas téléphoner aux urgences à dire : « nan vous m'la faites entrer dans deux heures. »

I : D'être seul.

- N6 : Le fait d'être seul et d'avoir la notion du temps à gérer, on apprend pas du tout, on apprend pas du tout à gérer une journée de médecine générale
- N2 : Déjà la consult d'un quart d'heure...
- N4 : Voilà : l'immédiateté quoi, d'avoir forcément une réponse à donner tout de suite

I : La consult' d'un quart d'heure, c'est-à-dire ?

- N2 : Ben la plupart des médecins mettent un créneau d'un quart d'heure par consultation donc en un quart d'heure, il faut faire le point, euh examiner euh, envisager les hypothèses diagnostiques et donner le traitement, faire les examens, prescrire éventuellement les examens, faire le traitement, tout ça en un quart d'heure, c'est, c'est...
- N6 : ça avec un logiciel qu'on connaît pas forcément,
- N2 : Voilà avec derrière parfois la logistique euh
- N6 : les ordonnances pré-faites qu'il faut modifier, qu'on connaît pas
- N2 : tout ça effectivement avec la pression du temps
- N6 : la pression du temps...en visite, plus en visite. A la rigueur si la personne est au cabinet, si ça va pas, elle passe devant. C'est vraiment la pression des visites quoi.

I : D'accord, donc cette...

- N6 : La gestion du temps qui est inconnue, qui nous est inconnue et...on a aucune notion de combien de problèmes on va être capable de gérer, combien de vrais problèmes on va être capable de gérer sans faire prendre de risque aux patients en passant trois quart d'heure plus tard...

I : Qu'est-ce qui dans cette consultation d'un quart d'heure vous fait dire, euh, j'aurai pas l'temps ? Dans cette consultation d'un quart d'heure, vous avez peur de pas avoir le temps, le temps de quoi faire ?

- N3 : Nan c'est...fin j'rebondis mais, vous avez toute une matinée de consultation, vous voyez une personne toutes les quinze minutes et en fait le but c'est essayer de

caser tout ce qu'il veut dans les quinze minutes. D'accord parce que sinon après les patients ils s'entassent dans la salle d'attente ou en visite et ça c'est un p'tit peu, un p'tit peu angoissant. Si vous tombez sur quelque chose qui prend un peu plus de temps : type l'urgence ou une histoire clinique un p'tit peu plus compliquée où ça va prendre plus de quinze minutes donc ça va décaler tout votre planning et cette gestion du temps, " ah ouais mais j'ai pas envie d'avoir dix patients dans la salle d'attente, d'avoir deux heure et demi de retard "

- N6 : et de rater la visite qui là c'était une urgence...
- N3 : oui de rater éventuellement, mais c'est cette gestion du temps que je trouve un p'tit peu, un p'tit peu angoissante

I : Vas-y N7 ?

- N7 : Euh moi j'disais j'suis un peu déculpabilisée parce que, moi clairement en quinze minutes c'est pas possible. 'Fin...pour quinze minutes si c'est un p'tit truc... (et en se tournant vers N3 et N6 qui marmonnent) pardon ? Non mais c'est possible hein, pour vous c'est possible hein après c'est moi qui est p't'être plutôt lente fin je sais pas 'fin...
- N3 : Nan nan mais on avait tendance à confirmer ce que tu disais.
- N7 : 'Fin voilà quelqu'un qui arrive, bon il a juste une angine il va bien tout ça très bien, mais généralement c'est quand même pas la majeure partie du temps et surtout quand on est remplaçant, j pense qu'il y a quelque chose qui est ; en plus, en plus de devoir s'adapter au logiciel et tout ça, c'est qu'on connaît pas l patient, si il revient nous voir : " Docteur j'ai toujours mal à la hanche ". " Alors attendez, toujours, qu'est-ce que ça veut dire ? ". Et voilà, et y'a deux mois, et y'a une semaine et si et ça, déjà on a fait ça, déjà il y a dix minutes. Alors voilà. Et là j'remplace des médecins (pouffe de rire une fois), ça m'avait totalement sciée, mais les premiers patients m'ont dit : " Ah ben c'est bien parce que, avec le Docteur untel, on attend toujours deux heures ", j'étais là : " oui mais deux heures, pas deux heures ? " " Si, deux heures " " Dis donc le Docteur untel prend vachement de temps " Bon j'dis pas que là j'ai deux heures de retard (revient sur son arrivée en retard au focus group). Mais c'que j'me suis dit finalement, alors... c'est... très paradoxal c'est-à-dire qu'en même temps j'comprends que les gens on leur donne des rendez-vous à une heure (montre d'un geste de la main que c'est une heure fixée) et voilà, moi aussi quand j'ai un rendez-vous j'y suis, j'calcule mon temps, j'me dis " une demi-heure après j'suis sortie ", et finalement c'que j'me suis dit c'est que l'important c'est de bien faire son boulot 'fin...voilà bien faire son... j'trouve que le fait d'avoir bien fait son boulot, d'avoir su détecter comme on disait les urgences, les choses graves, de n'pas passer à côté de quelque chose, avoir pu, voilà euh, ben c'est plus important finalement que d'avoir du retard, après deux heures ça fait beaucoup quand même.

I : Avoir du retard donc euh ?

- N1 : avec le retard un peu à la fois les gens disparaissent.
- N7 : Oui (rire)... Mais figure-toi qu'il y en a encore beaucoup qui restent.
- N2 : Et alors y'en a qui vont penser qu'un médecin qui a deux heures de retard, c'est un bon médecin aussi
- N7 : Oui aussi
- N2 : ça peut avoir cette image là aussi mais voilà.

I : Par rapport aux débuts apparemment la gestion du temps, c'était une crainte et puis le fait surtout d'organiser la journée si j'ai bien compris ?

- N3 : c'est une difficulté aussi

I : C'est surtout ça c'est pas l'intérieur des consultations c'est d'avoir la possibilité d'urgences, et comment après euh ?

- N1 : c'est plus relax ...au bout d'un moment 'fin, dans l'évolution quand même de ton, au bout de trois ans de remplacements, c'est plus relax quoi, t'es moins stressé

I : C'est là où c'est intéressant qu'est-ce que vous avez mis en place pour...par rapport à cette gestion du temps ?

- N1 : Parce qu'on se rend compte que c'est...Nan, parce qu'on s'en rend compte que, ben quand on a deux heures de retard, la terre ne s'arrête pas de tourner, les gens qui sont pas contents ils s'en vont.
- N3 : Nan mais, au début de tes remplacements, en tout cas pour moi, c'est vrai que la gestion du " quinze minutes de consultation " c'était difficile, c'est-à-dire c'était compliqué de faire toute une consultation en quinze minutes et , avec le temps, je trouve qu'en fait tu gères de mieux en mieux ta consultation et j'pense que ça c'est simplement parce que t'apprends en fait, t'apprends plus à connaître les gens, en général hein pas la personne que t'as devant toi mais, y'a certaines réactions, tu vois des gens qui, t'es pas à l'hôpital, t'appréhendes une autre façon de leur parler, de les appréhender et avec l'expérience, au fur et à mesure des remplacements, en fait tu connais mieux les gens et tu sais mieux réagir à certaines situations et ta gestion du temps dans certaines situations, elle est plus efficace. Tu gagnes en efficacité.

I : D'autres ont mis en place des stratégies pour essayer d'optimiser votre, cette gestion du temps ?

- N5 : Moi en fait
- N1 : Tu prends la carte vitale et schlak (en faisant semblant de passer la carte vitale) (rire)

- N5 : J'ai fait un SASPAS avant de commencer à remplacer, 'fin un stage de niveau deux, et, j'étais la première SASPAS dans ce trio de médecins là, donc ils m'ont dit : comment tu veux qu'on organise les choses et j'ai dit : " ben moi faire toute une consultation en un quart d'heure ça me paraît impossible, est ce qu'on pourrait mettre les créneaux toutes les vingt minutes ? " Et c'est ce qui a été fait. Et donc au début effectivement, les vingt minutes j'les remplissais bien parce que je prenais le temps de regarder le dossier les antécédents de...voilà et en vingt minutes j'arrivais la plupart du temps à tout faire mais il me fallait les vingt minutes. Et en fin de stage les vingt minutes me paraissaient longues parce que ben en fait j'étais en avance, et donc le jour où j'suis arrivée en remplacements avec un quart d'heure j'me suis dit ben c'est nickel, un quart d'heure c'est juste ce qu'il me faut, et effectivement de temps en temps y'a une consultation qui déborde. Et puis de temps en temps y'a une consultation qu'on arrive à boucler en dix minutes parce que c'est un p'tit truc, un certificat de sport ou je ne sais quoi et ça va beaucoup plus vite et puis bah au final on finit toujours en retard parce que on arrive jamais à rester à l'heure, mais c'est comme ça et comme j'suis plutôt moins en retard que les médecins que je remplace ben voilà donc euh...

I : Alors qu'est ce qui a changé concrètement entre le stage que tu as passé et maintenant ?

- N5 : Ben c'est la gym du cerveau de réussir à lire les antécédents pendant que le patient il commence à expliquer pourquoi il vient, au début je disais : " ben attendez je lis vos antécédents " et après je lui demandais pourquoi il vient ; maintenant j'dis : " Pourquoi vous venez ? " et en même temps je regarde la colonne « antécédents » et euh et le traitement de la fois d'avant et fin j'arrive à faire plusieurs choses à la fois dans la consultation que je n'arrivais pas du tout à faire au début de...

I : Le fait de lire le dossier médical du patient tout en lui posant les questions

- N5 : Voilà, d'être multitâches en fait, au début si j'avais un coup de fil qui interrompait ma consultation, il m'fallait, après le coup de fil il me fallait deux minutes pour que j'en revienne au point où j'en étais avant le coup de fil. Maintenant le coup de fil me coupe, je r'prends pile là où j'en étais ou ben une question avant parce que mais voilà je perds beaucoup moins de temps parce que, 'fin la gym du cerveau fait que, on s'habitue à faire plusieurs choses ou à jongler entre le coup de fil et la consultation et euh voilà on est plus complèt', et puis on est, comme les logiciels on les connaît mieux, ben, c'qui prenait aussi du temps parce que on devait réfléchir à ce qu'on faisait sur le logiciel médical donc euh voilà fallait alterner que là voilà ça s'fait automatiquement la partie logiciel où j'peux continuer la conversation avec les gens, des fois les gens, j'passe la carte vitale, ils se rendent même pas compte que je l'ai passée, ils disent " bah et la carte vitale Docteur ? " " Ben j'l'ai passée ". Que, au début, ben il fallait que je prenne une minute juste pour passer la carte vitale en me concentrant sur c'que j'faisais pour pas faire d'erreur. C'est tous des p'tits détails comme ça qui font que au final ben...

I : Finalement là on a des stratégies liées à l'expérience accumulée.

- N5 : Voilà c'est ça
- N7 : Voilà c'est ça.
- N5 : Et plus on va dans les mêmes cabinets pour remplacer et plus c'est facile quoi, y'a un cabinet où j'allais moins souvent que l'autre, bah c'est clair qu'je reperdais un peu plus de temps le premier jour de remplacement à chaque fois, déjà le deuxième jour de remplacement ça allait mieux 'fin j'étais rev'nue normal alors que la première fois que j'ai remplacé dans ce cabinet là j'étais...
- N1 : ça dépend beaucoup aussi du type que tu remplaces, après de la manière...les patients sont à l'image des médecins
- N5 : des médecins.

I : C'est pas du tout lié à un manque de formation où finalement il y a que l'expérience qui peut améliorer les choses, ou vous avez l'impression que vous auriez pu anticiper?

- N1 : Nan...
- N5 : C'est du pratico-pratique.
- N1 : Et puis y'a un moment on peut pas tout apprendre aussi, y'a des choses que tu dois apprendre toi-même tu peux pas
- N5 : et puis chaque logiciel médical on peut pas... 'fin faudrait qu'il y ait un logiciel médical unique quoi.
- N1 : Ce qui est intéressant quand t'es remplaçant c'est qu'tu vois la diversité des types de prise en charge c'est-à-dire que, moi j'ai j'ai des médecins qui font une demi-heure, qui parlent à leurs patients pendant euh... 'fin qui font de la psychologie...et puis et puis y'a d'autres médecins qui font dix minutes. Et les médecins qui font dix minutes ils sont pas forcément moins bons que les médecins qui font une demi-heure quoi, j'pense que cette gestion du temps elle fait aussi partie de euh...de ton « (fait signe de guillemets) identité de...médicale » quoi si j'ose dire
- N3 : Oui mais

I : Est-ce que un jour vous vous êtes dit : « faut que je gagne du temps, parce que là ça devient plus... ? »

(N3 voulait parler en même temps, l'interviewer lui donne la parole)

- N3 : Ouais non j'voulais dire parce que tu...parlais de la formation, euh...N2 et N5, vous avez tous les deux fait un SASPAS donc un stage en autonomie supervisé mais vous avez bien dit qu'au début du SASPAS c'était compliqué mais qu'à la fin du SASPAS c'était plus simple de gérer son temps en consultation et j'pense que, moi qui

n'ai pas fait de SASPAS, j pense que c' que vous avez ressenti au début, j'ai ressenti aux débuts des remplacements, c'est à dire que cette expérience vous l'avez eue avec la formation et donc si, il y a une question de formation qui quelque part qui est importante c'est-à-dire que l'internat de médecine générale on passe au minimum deux ans sur trois à l'hôpital donc à faire des choses qui nous apprennent pas du tout à gérer une consultation en libéral et au cabinet de médecine générale et on passe au mieux un an dans un cabinet de médecin généraliste et au pire six mois et effectivement, les six mois d'autonomie je pense, sont d'une grande valeur pour (fait le moulin avec ses mains).

I : Alors comment on peut justement optimiser ce problème de temps on parle là d'une expérience, le SASPAS, le stage ?

- N1 : ce qu'il faut c'est généraliser le SASPAS

(Approbations)

- N1 : tout le monde est d'accord

- N6 : Rendre un stage obligatoire d'externat aussi

- N7 : Oui voilà aussi

- N3 : Ce qui serait bien c'est que l'internat de médecine générale ça soit de la médecine générale et qu'on soit pas les larbins à partir au fin fond du trou du cul, d'être des larbins dans des hôpitaux périphériques qui n'ont pas de, qui n'ont personne pour apprendre des choses qui, de toute manière ne nous servent à rien, en tout cas, pas à gérer notre future profession. Hein, en général hein. Mais euh c'est pas du tout utile, on est médecin généraliste, le médecin généraliste en général il est dans un cabinet, il est en ville ou en rural. Il est dehors. Il est pas coincé entre quatre murs dans un hôpitaux...hôpital. Le reste, les deux autres années de l'internat c'est simplement d'la, on est juste des... des employés des hôpitaux et c'est tout. On n'est pas là pour être formés vraiment.

I : Qu'est ce qui est différent ?

- N6 : En périphérie moi je ne...

- N1 : Ça dépend des lieux de stage aussi.

- N7 : Moi pareil, je veux dire il y a quand même quelque stages et j pense et que c'est aussi important qu'il y ait quelques stages en hôpitaux en même temps parce que au moins, après tu vas me dire on a passé six ans à voir comment ça se passe mais...

- N4 : On va travailler avec eux

- N7 : Voilà oui c'est ça. 'Fin nan j pense qu'il y a des choses quand même assez intéressantes quoi

- N2 : La gynéco...
- N3 : Deux ans sur trois, deux ans et demi, ça fait beaucoup

I : Je reviens sur la problématique de la gestion du temps quoi. Finalement c'est quelque chose qu'on peut acquérir par l'expérience dans le cabinet... ?

- N4 : y'a pas que ça.
- N7 : Ben oui j'pense que comme tu dis, il n'y a pas de cours pour nous apprendre ça. Par exemple moi je disais, j'pensais à un mini truc, au fur et à mesure qu'tu fais des consultations tu te rends compte que les gens ils viennent pour un truc, tu les examines, puis ils reviennent (mime le déplacement dans le cabinet), et puis en fait y'a ça, tu r'tournes là-bas et bon « Est ce qu'il y avait pas autre chose ? » « Ah bah si tant qu'on est pas rev'nu... ». 'Fin c'est un mini truc auquel je pense, je sais pas si... (en se tournant vers les autres pour rechercher l'approbation) si ça parle à d'autres quoi. J'en ai ras le bol de, tu commences à faire l'ordonnance et la personne dit « ah et puis y'avait aussi mon pied » et alors, fin (en laissant désespérément tomber ses mains sur ses genoux). Le genre de truc dans lequel j'me sentais euh (mouline avec ses mains) empêtrée au début et puis maintenant bon allez j'leur dis tout de suite « vous venez pour combien de nombre de choses ? » (En riant).
- N4 : Je pense que ce qui m'angoissait aussi en démarrant c'était de devoir dire aux patients que je ne savais pas, surtout que c'est des motifs de consult parfois on n'a pas de diagnostic à donner et ça ça m'angoissait, j'me disais « qu'est-ce que je vais leur dire ? ». Ça c'est pareil petit à petit on apprend déjà à dire qu'on ne sait pas, ou à expliquer « j'pense à ça, j'pense à ça, on va faire tel examen fiche », à... à reporter, fin voilà c'est pas urgent, on va prendre le temps de réfléchir, on verra à la consultation d'après. Et... 'fin ça on peut pas l'apprendre non plus à l'hôpital si on sait pas, ben on examine le patient et on dit « ah bah à tout à l'heure, on va regarder sur internet, sur le Vidal, on en parle avec d'autres et puis après on vient les revoir et puis on est spécialiste d'un truc, si il a mal au bid pendant un moment on s'en fiche donc euh... Avoir forcément une réponse même si on ne sait pas, on n'a pas le diagnostic ou quoi, mais faut savoir le rassurer, lui expliquer et puis voilà. Et puis après différer... Et puis ça c'est que par la pratique j'pense aussi en médecine générale que ça peut s'apprendre.

I : On va enchaîner, N6 ?

- N6 : J'ai pas le même ressenti vis-à-vis du temps mais j'pense que c'est à cause de l'organisation, moi j'ai...on est pas du tout sur rendez-vous.
- N3 : C'est parce que toi tu fais des consultations depuis que tu as six ans...

(Rires)

- N6 : Nan nan nan, on n'est pas sur rendez-vous en fait,
- N7 : C'est en rural que t'es ?

- N6 : Ouais. On n'est pas, on n'est pas sur rendez-vous. Ça n'existe pas. C'est de huit à dix ou huit à onze et puis c'est seize à dix-neuf ou on fait seize à vingt 'fin peu importe mais les gens ont l'habitude d'attendre, en général euh « Ah bah écoutez votre petit il est pas bien, ben passez », hein machin 'fin voilà ça se passe comme ça chez moi. Donc moi c'était plus vis-à-vis, vis-à-vis de la surveillance que j'étais capable de fournir à mes patients, parce que à l'hôpital, quelqu'un qui va pas bien, il est déjà à l'hôpital. Si il fait un malaise, il y aura bien quelqu'un qui va le voir, tout va se passer, ça va être alerté, j'ai pas besoin d'être efficace, voilà j'ai pas besoin d'être efficace dans les cinq minutes.

- N3 : On n'a pas été dans les mêmes hôpitaux hein (ironiquement)

(Rires)

- N6 : Disons qu'on a, on a le temps de voir venir, et on est une équipe et tout le monde et s'il est au rez-de-chaussée et que moi j'suis au quatrième, ben c'est pas grave, j'prends l'ascenseur, j'y suis. Moi je... Comme j'avais pas le problème des quinze minutes avec les rendez-vous à tenir, ça c'était pas une angoisse, c'était d'avoir quelqu'un qui m'appelle à dix heures, ils essaient d'appeler tôt, et d'me dire (en se prenant la tête dans les mains) «putain, j'vais jamais arriver à y aller avant treize heures, il m'a dit qu'il avait une jambe rouge, il a p't'être une phlébite, p't'être qu'il va marcher parce qu'il va se dire « faut que je marche » et il va emboliser et que, il habite tout seul et enfin, c'était vraiment c'était, et en plus, il est à quatorze kilomètres et mes deux visites c'est dans l'autre sens, c'est...et en fait on se rend compte que euh...ça c'est pareil c'est de l'expérience, c'est impossible à apprendre, j'pense que si on avait vu un médecin faire des visites, si on avait vu comment ça se passe, on arrive on sait toujours que finalement ben il y a la voisine qui vient voir si ça va qui, c'est elle qui rappelle le médecin et qui dit « ben nan ça va pas, faut que vous veniez, et ça c'est des choses que, quand on arrive, on ne sait pas, on ne sait pas qu'il peut y avoir une surveillance autre que du, que du médical. Quand on est en interne, on sait que de toute façon, tout ce qui rentre dans l'hôpital c'est du médical ou du paramédical, il y a de la surveillance, y'a de l'entraide et y'a du machin. T'arrive le matin à huit heures, t'as un appel à dix heures tu t'dis « oui mais il est tout seul ce monsieur, j'vais pas pouvoir y aller avant quatorze heures, qu'est-ce qu'il va se passer ? » Et c'est ça qui moi faisait monter très fort mon niveau de stress. En fait il est descendu tout seul, juste par la pratique, en se disant finalement si ça va pas, à onze heure il va me rappeler.

I : Toi, le fait d'être en consultations libres par rapport aux autres, finalement le problème du temps reste sur la gestion de l'imprévu, de l'accident ?

- N6 : l'efficacité de faire le quinze minutes, l'efficacité de pas passer dix minutes à retrouver la bonne ordonnance, nan finalement on arrive toujours aux mêmes choses. Quinze minutes peu importe ou quarante-cinq. C'était plus le territoire à couvrir et le délai de réaction sans surveillance.

- N3 : Et juste au niveau expérience, toujours penser à faire le plein avant de commencer sa journée, sinon ça peut être très galère.

(Rires)

- N3 : Merde j'ai pas le temps d'aller passer à la station-service, elle est pas dans le même sens que...

I : On va revenir sur vos stages, vos stages d'interne, qu'est-ce qui vous a semblé vraiment différent entre vos stages d'interne, et votre pratique à vous du début, du début d'activité donc euh médecin remplaçant ?

- N4 : de stage d'interne N1 en médecine générale ou n'importe quel stage, tous les autres

I : Voilà N1 et les autres, d'une part hospitalière ?

- N1 : Alors j' dirai que c'est le colloque singulier...

(Rires)

- N3 : Ouais c'est le fait d'être tout seul
- N1 : Ouais c'est d'être seul face à ton patient en fait. Bah, bah, quand t'es en internat t'as toujours un chef, et tu fais, ta pratique, elle se fait en fonction de ton patient ce qui est pas mal mais surtout en fonction de ton chef, c'est-à-dire que t'as pas envie de te faire engueuler. Pour faire court. Et euh et là ce qui change vraiment, ce que j'ai trouvé vraiment qui changeait, ce que je disais tout à l'heure sur les mamies de quatre-vingt-dix ans c'est que la prise en charge tu vas la discuter avec le patient ou le plus possible en tout cas, et euh ça ça change oui, beaucoup de choses.

I : Le fait d'être tout seul.

- N1 : Le fait d'être tout seul, le fait d'être seul face à tes responsabilités et face à ton patient. Un peu au début tu as l'impression d'être face aussi au médecin que tu remplaces ça ça m'a euh...comme tu disais, ça ça dure six mois et puis après.
- N3 : C'est comme un funambule à qui on enlève le filet en fait, y'a plus de chef, C'est parti. Vous allez être tout seul et maintenant c'est votre responsabilité, 'fin même si on a des responsabilités avant. Mais vous êtes tout seul et puis c'est tout quoi. C'est ça la grande différence, et c'est aussi la grande différence avec le N1, 'fin avec le premier stage de...moi j'ai vécu ça comme des vacances quoi, tu sais pas : tu te retournes et tu dis « j'fais quoi ? ».

(Rires)

- N3 : Voilà, et il te le dit quoi.
- N5 : Nan, moi j'en ai eu un qui m'disait « ben débrouille toi » et même à la fin, il m'a laissée toute seule.

I : C'était mieux ?

- N5 : Oui parce que, moi j'suis allée en stage N1 à mon deuxième stage d'internat, le premier stage j'ai juste découvert le boulot d'interne, c'est-à-dire que j'étais plus la dernière roue du carrosse qui range les bio, il fallait que je commence à essayer de prendre des décisions, à diriger des externes moi-même, et à gérer euh voilà un secteur de dix lits euh...Bon. En étant très bien encadrée par des chefs. Et puis le N1 ben, c'était...ils ont dû me pousser à m'autonomiser parce que j'étais pas du tout autonome et en fin de N1 j'ai commencé à être autonome et j'ai pu remplir sur le stage d'urgences en réussissant à bien réagir, fin à réussir à gérer parce que le chef pour les urgences, on l'a...surtout en garde, pour l'avoir, bon euh, on sait tous ce que c'est, c'est-à-dire que des fois il faut deux heures avant d'être devant le chef donc faut quand même gérer les choses en attendant et voilà, ça a beaucoup autonomisé les choses le N1, et le SASPAS a permis de finir cette autonomisation et c'est qui fait que je ne me suis pas sentie complètement perdue en tant que remplaçante.

I : Toi tu te sens autonome aujourd'hui ?

- N5 : Oui. Ben après l'avantage c'est qu'j'ai beaucoup remplacé dans un cabinet où ils sont que deux. Avec une secrétaire qui connaît très bien la patientèle. Parce qu'elle a une dizaine d'année d'ancienneté et donc euh, j'avais quand même toujours cette possibilité d'un référent, pas dans l'immédiat mais d'avoir toujours cette possibilité de « ben untel, il faudra p't'être le revoir ou... » « est-ce qu'il fait tou,...'fin... comment il est d'habitude ? » ou bien quelqu'un qu'il faut voir en visite, « Ben c'est quelqu'un qui appelle tout le temps pour rien ou « c'est quelqu'un... » 'fin la secrétaire me donnait aussi sa connaissance des patients, ce qui m'a aidée aussi à pas trop être perdue et noyée dans mes remplacements.

I : Toi N2, en tant que médecin installé, finalement est-ce que tu ressens une différence entre le moment où tu t'installes et le moment où tu remplaces, comment tu définis cette différence-là ?

- N2 : Entre remplaçante et maintenant installée ?

I : Oui

- N2 : C'est un peu c'que j'disais tout à l'heure, le fait de pouvoir faire à ma sauce, ne plus forcément suivre euh un peu les habitudes des médecins que je remplaçais en tant que remplaçante. Euh...donc là c'est sûr qu'il y a une grosse différence là-dessus. Mais en même temps euh... des fois c'est sympa aussi d'être remplaçante, d'être là pour une semaine et puis de gérer un peu le truc en disant « c'est bon, si il revient la semaine prochaine, c'est plus moi qui l'ait quoi ».

(Rires)

- N2 : Euh là, la semaine prochaine ce sera toujours moi. Donc ça bon ben y'a un moment voilà, il faut prendre ses responsabilités. Euh donc euh c'est bien et c'est pas bien, ça a un peu les deux côtés.

I : Tu as un sentiment de responsabilité ...supplémentaire ?

- N2 : Oui encore plus, oui voilà, encore plus, parce que ils viennent me voir moi et c'est moi qu'ils viennent voir alors après, on est deux médecins généralistes au cabinet et donc, on on, les gens peuvent aussi aller voir l'un ou l'autre, on partage les fichiers, 'fin les dossiers, 'fin voilà voilà on partage les dossiers donc euh, donc bon. Et puis 'fin, sur vraiment des situations par exemple compliquées ou autres, ben ça m'arrive en fin de journée de lui dire j'ai vu telle personne, y'a ça ça, 'fin qu'est-ce t'en penses ? 'Fin d'en discuter aussi avec mon collègue. Moi je saurai pas travailler en cabinet toute seule par exemple. J'ai besoin aussi d'avoir un cabinet de groupe.

I : Tu es rassurée ?

- N2 : Voilà, moi ça me rassure de pouvoir, de pouvoir échanger, de pouvoir discuter de certaines situations, avec les collègues.

I : **Quels aspects de votre exercice professionnel vous ont le plus interpellés, au début ? Qu'est-ce qui vous fait dire « ça c'est un fait marquant »**

- N7 : On a parlé de la singularité du fait d'être seul, c'est sûr. Je dirais la relation avec les patients qui est absolument pas du tout la même. Ça c'est sûr

I : Qu'est ce qui change ?

- N7 : (sourire amusé) Bah, tout
- N1 : Ouais nan, c'est pas comparable, par rapport à l'hôpital.
- N7 : J'ai vraiment encore un souvenir de l'hôpital : tu fais le tour, t'es dix, tu vois ton patient de haut, sous sa blouse, pas franchement très à son aise, alors que là en (fait des gestes avec les mains de dynamisme) cabinet, c'est le patient qui décide s'il vient te voir ou pas, et puis après il arrive, il a ses vêtements, 'fin il est comme toi et moi, le médecin il a pas de blouse, 'fin c'est vraiment plus un rapport...d'égal à égal
- N3 : Ce qui change c'est une relation d'égalité
- N7 : Mais pas tout à fait d'égal à égal mais quasiment, 'fin...
- N4 : le fait de connaître son environnement, de soigner des familles entières, sur des générations, les cousins, les voisins...euh libres de leur vie comme ça, fin ça j'trouve ça extraordinaire quoi.
- N3 : Ouais mais quand t'es remplaçant, ça tu le vois pas.
- N4 : 'fin après quand tu remplaces régulièrement. Tu connais un peu les familles. Généralement les gens ils arrivent, ils déballent leur vie, tu t'y attends pas.
- N3 : Ça c'est chiant.

(Rires)

- N4 : Ben nan mais moi j'aime bien cet aspect-là quoi. Connaître les gens.
- N1 : C'est chiant mais ça peut être très pratique.
- N3 : Ça peut être très drôle.

I : ça ça t'a marqué ?

- N4 : Ouais j'aime vraiment ça dans ce métier.
- N4 : Alors des fois c'est dur à gérer parce que on est pas des sauveurs 'fin, j'sais pas des gens qui sont en déprime, parce que ils sont au chômage, parce qu'ils sont en burnout, 'fin y'a des situations où on est pas, 'fin en tout cas moi j'me sens pas bien formée, pas bien compétente pour les gérer, alors que ça fait partie de notre métier mais...c'est intéressant, mais des fois ça permet aussi j'trouve de partir dans la futilité, on peut parler d'autres choses, 'fin vraiment le côté relationnel

I : N6 qu'est ce qui t'a marqué ?

- N6 : Moi c'est le fait qu'on passe d'une équipe euh...On est, notre équipe c'est notre infirmière qui fait le tour, notre externe qui nous aide, le chef qui est soit chiant, soit nous aide, soit est attentif, soit insupportable, et là l'équipe c'est nous et le patient. C'est assez rigolo, c'est que il n'y a plus d'équipe paramédicale. L'équipe, faut qu'on la fasse avec le patient sinon...y'a pas d'équipe. Et...j'trouve c'est assez, c'est assez stimulant avec certains patients, de s'dire bon celui-là, il va falloir que, bon, d't'façon j'dois faire avec lui et d't'façon, c'est p't'être moi le capitaine mais c'est lui l'équipier, et si on fonctionne pas à deux, ça va être le bordel. C'est quand même agréable, c'est d'avoir une équipe, c'est quand même très standardisé à l'hôpital, d't'façon...alors si certains stages se passent mal, il y a toujours une équipe très soudée au niveau...on traverse à peu près tous les mêmes périodes, les externes sont solidaires des internes, les internes n'embêtent pas trop les externes parce que ils savent ce que c'était 'fin, l'entente est assez évidente, c'est entre les mêmes personnes, des personnes qui se comprennent, et qui parlent le même langage. Là euh l'équipier c'est le patient et on est, il faut l'prendre de n'importe quelle manière, mais faut qu'ça marche, c'est assez stimulant.
- N6 : L'autre fait marquant c'est que, on ne sait pas ce qui arrive devant nous. Alors en stage, en dehors des urgences et encore on commence à être hyper indiqué : avec l'infirmière d'accueil, le machin, bon ben alors la douleur abdo. Là euh... Voilà : « Bonjour, ça va ? » « Nan ça va pas. ». « Ah bon, qu'est-ce qu'il ne va pas ? » Et puis, on doit faire tout le champ, (en faisant signe de balayer d'un coin à l'autre de la pièce) et ça c'est un exercice qu'on fait pas trop à l'hôpital. Fin c'est assez standardisé, 'fin moi j'ai fait beaucoup de périph, j'sais pas si c'est pire au CHU ou en périph, mais en périph c'est, les services spécialisés c'est d'abattage quoi. La neuro c'est AVC, syndrome confusionnel, AVC, syndrome confusionnel, AVC. Dire euh, 'fin ...en cardio c'est pareil, c'est « ah tiens coro, ah tiens FA, ah tiens décompensation ah tiens coro ah tiens FA, 'fin j'veux dire, on n'a presque pas besoin de réfléchir, on regarde le dossier en une ligne terminé euh il y a plus à réfléchir, on applique et point. C'est plus intéressant d'être

devant le patient et de dire : « Bon ben où est ce qu'on va ? » Faut prendre le mec qui est devant nous avec nous.

I : Et dans cette situation où tu remplaces et tu es seul, et où tu as plus cette équipe, est ce que t'as une expérience difficile qui t'est arrivée au départ et tu t'es...

- N6 : Non, ça s'est bien passé, pas eu de...
- N3 : Tu t'es fait agresser par une femme très moche, très grosse (rires) ou par un homme peut être ?
- N6 : Non, non...non...

I : Vous pouvez me racontez vos expériences où vous avez été mis en difficulté, les expériences où... ?

- N6 : pas eu d'expérience traumatisante côté équipe
- N3 : Moi j'ai un mec qui s'est foutu à poil dans mon cabinet, j'ai pas su pourquoi et j'ai pas osé lui dire. Dire : « Vous savez vous pouvez garder votre slip parce que... ». Voilà.

(Rires)

- N3 : Et J'me suis r'trouvé un peu bête.
- N7 : Faut s'inquiéter du médecin remplacé euh... (en riant)
- N3 : Sinon moi ce qui m'a marqué, 'fin j'suis d'accord avec vous, le fait d'être tout seul, le fait de pas savoir sur quoi on tombe. Mais aussi le truc vraiment marquant quand on commence, c'est d'aller chez les gens
- N6 : La clé elle est cachée sous le volet (en faisant signe de l'attraper)
- N2 : Voir comment ils vivent.
- N3 : C'est d'aller chez eux.

I : Ça c'est quelque chose qui te gênait ?

- N3 : qui m'a marqué, ah nan pas qui me gêne, c'est vraiment, j'trouve que c'est quelque chose qui, qui m'a marqué
- N5 : Des fois on découvre des maisons euh
- N1 : Tu découvres tout ; tu découvres que t'as le tiers monde, que t'as le tiers monde euh, en France quoi. Y'a pas que ça.
- N5 : Y'en a une de temps en temps où
- N1 : T'as des trucs mais dingues quoi.

I : Qu'est-ce que t'as vu ?

- N5 : Euh j'ai vu euh...alors là, c'était une maison où y'avait les parents handicapés mental adultes qui collectionnaient les postes de radios, mais la pièce était blindée de postes de radios quoi, on pouvait plus circuler, il y avait trois chaises de libre autour c'est tout et les chaises, on avait pas tellement envie de s'y assoir parce que y'avait des chiens qui se baladaient là, et qui visiblement y'a des poils de chien sur l'truc de la chaise 'fin...on voulait même pas s'assoir mais ils disaient « Mais si asseyez-vous Docteur ». « Oui mais non, j'ai pas besoin ça va, j'ai pas besoin de rester assis ». 'Fin à un moment, tu dois t'assoir pour faire l'ordonnance tu le fais.

- N5 : Y'en a une de temps en temps où...

I : Alors comment t'as su, comment t'as fait ?

- N5 : Bah j'ai fait ma consultation sans trop laisser paraître que j'étais euh un peu gênée par l'environnement quoi. En essayant de me concentrer sur ce pourquoi j'étais là. Pas trop voilà.

- N6 : Séance d'apnée

- N5 : Ben j'ai, ça après j'ai la capacité de au bout d'une minute de faire abstraction des odeurs donc bon jusque-là ça va. Après j'ai eu celle où ben, on ouvre le portail et on se retrouve dans la basse-cour avec euh des oies des dindons et des poules et et et l'oie elle a pas l'air contente qu'on passe, et une oie en colère c'est pas cool,

- N1 : Moi ça m'fout la trouille ça.

- N5 : donc bah on r'ferme vite la porte pour pas que la bassecour se r'trouve sur la rue quand même et puis on traverse bien droit en regardant bien la dindette pour protéger le mollet du côté où il y a l'oie et on rentre chez la dame

- N1 : Ou le chien qui gueule

- N5 : et, bon les poules ne rentrent pas chez la dame mais bon c'est pas, voilà, c'est une dame âgé seule à la campagne, c'est pas d'une propreté non plus impeccable quoi. Des fois limite on aurait envie de dire : « Mais donnez-moi une éponge pour que j'essuie avant de poser l'ordonnancier parce que ça va coller ! (En riant) ». Bon et voilà, après il y en a quelques autres dans ce style-là.

- N7 : Moi j'en avais une dans ce style, du coup j'étais obligée de, j'ai fait mon ordonnance sur mes genoux (en riant), y'avait, ouais comme tu dis, trente centimètres carrés quand tu rentres : « Ah, ah bon le studio est totalement rempli ». Et j'me souviens j'étais avec mon prat' en N1 et puis (remonte son col sur son nez pour ne pas être incommodé par l'odeur en faisant semblant de rédiger l'ordonnance) après l'odeur de la moule, j'peux te dire que le patient diabétique, j'suis pas sûre que c'était sa meilleure prise en charge hein mais bon. 'Fin voilà c'était juste pour...

- N4 : Tu l'as pas déshabillé (de façon ironiquement interrogative ?)

- N7 : Ah non pas vraiment (en riant)
- N1 : C'est des histoires de chasse

I : Vous avez d'autres prises en charge qui au départ, que vous avez ressenties comme vraiment difficile parce que vous vous êtes dits « bah qu'est-ce que je fais ici et comment j'veis m'en sortir... » ?

- N1 : L'impression, l'impression de servir à rien aussi quand t'arrives. Tu vois on rentre dans un truc dégueulasse avec une dame j'en sais rien ou un monsieur alité euh (fait des grands gestes avec ses bras) diabétique euh avec des boîtes de médicaments partout, tu sais pas, tu sais pas si il les prend ou si il les prend pas euh...
- N4 : A quoi ça sert ?
- N1 : tu demandes si il y a une infirmière qui passe euh, le mec il sait pas... Alors c'est des situations où t'es remplaçant, donc de toute façon tu vas pas commencer à refaire toute la prise en charge euh...fff (souffle de pénibilité) ...euh là oui là là là oui voilà. Tu fais l'ordonnance tu prends à peu près les boîtes, tu fais l'ordonnance et puis tu passes la carte, et puis tu te barres, là t'as un peu le sentiment d'être d'être un ... et il est en ALD donc t'es payé par la sécurité sociale, là t'as un peu le sentiment d'être un, pas insolent mais ouais de profiter un peu du système quoi.
- N5 : Un recopieur d'ordonnances
- N3 : ça des fois, fin moi c'est l'impression que j'ai eue en commençant les remplacements, c'est que des fois j'ai l'impression d'être un peu... gratte papiers quoi, des fois tu te dis. On m'a toujours appris : « Oui... faut revoir les médicaments » ...T'es tellement pris par le temps aussi, que y'a certains patients tu dis « ça va ? » « Oui ça va » tu prends la tension, la fréquence cardiaque euh, tu écoutes son cœur, tu fais semblant et puis tu te dis bon ben ok, j'y vais.
- N5 : Il est bien comme ça, j'veis pas changer...
- N3 : Et là tu ressors et tu te dis mais, à quoi je sers ? et ça c'est...j'sais pas comment dire c'est
- N1 : irritant.
- N3 : c'est frustrant, c'est irritant, parce que t'aimerais pouvoir faire quelque part plus ; enfin, mieux ton métier en fait parce que là tu le fais pas du tout hein...j'veux dire recopier l'ordonnance euh
- N1 : Ouais voilà ouais
- N7 : C'est plutôt l'ordinateur...

I : On est sur des problèmes avec des patients, sur des problèmes de la manière dont il vit, sur des problèmes qu'on va déterminer comme sociaux, comment on peut gérer ces problèmes sociaux ?

- N2 : C'est difficile. 'Fin, pour euh, personnellement j'suis installée à Lille Sud qui est pas le quartier le plus facile de Lille. Euh, vous avez, 'fin j'ai peu de visites mais euh, j'ai des souvenirs d'un monsieur qui était quasiment alité. Euh, avec une femme débile légère, une fille à peu près pareille, qui n'ont plus le gaz parce qu'ils n'ont pas payé donc euh, il se fait livrer les repas de la mairie mais il les mange pas ou il les mange froid donc il ne mange pas grand-chose enfin, et euh, quand on est chez quelqu'un comme ça fin euh 'fin, comment effectivement optimiser la prise en charge quoi ? Comment...ben il a fini par mourir hein ce monsieur mais euh, parce que parce que clairement à la maison c'était pas possible, qu'il allait de temps en temps à l'hôpital mais que l'hôpital au bout d'un moment, il le renvoyait à la maison et que, comment vous voulez gérer un mec même si il avait l'infirmier deux fois par jour voire trois fois par jour, les r'pas de la mairie euh, et euh, et j'sais pas quoi d'autre, au bout d'un moment euh fin, la situation sociale fait que c'est pas possible quoi.
- N3 : D'ailleurs tu te demandes enfin, quel est ton rôle en fait parce que c'est même plus vraiment médical là.
- N2 : Nan voilà. Y'a des fois on est...t'es assistante sociale quoi
- N3 : Qu'est-ce qu'il faut faire ? Parce que là c'est une prise en charge sociale. Ça c'est une difficulté quand tu vas chez les gens, plus que quand ils sont en cabinet, c'est de dire « ben qu'est-ce que j'fais ? ».

I : Ça c'est quoi, c'est un aspect finalement qui... ?

- N3 : Ben est-ce que, est-ce que ça, est-ce que c'est de notre ressort ? Quelque part oui.
- N2 : Ouais c'est ça des fois c'est difficile de faire la part des choses entre ce qui est vraiment de ton ressort ou pas
- N1 : De faire le rappel de la famille de faire le rappel de
- N2 : de la prise en charge sociale quoi.
- N1 : de la prise en charge sociale. Tu te dis c'est le rôle d'une assistante sociale, et en même temps tu vois les assistantes sociales, elles ont des trucs encore plus...dingues à gérer.
- N3 : Après quand t'es remplaçant, c'est quelque chose que tu fais pas.
- N5 : Nan parce que on est là pour une semaine, on va pas commencer à...
- M3 : Mais tu te poses la question quand même.

I : Tu parlais d'être impuissant face à ce problème là N4. Qu'est-ce qui te fait dire que tu seras impuissant pour gérer un problème ?

- M4 : Ben déjà on sait pas forcément avec qui s'adresser. On est pas au courant de ce qui existe dans le social. 'Fin sauf quand on travaille en PMI quelque chose comme ça ça nous, ça, ben du coup on découvre un peu tout ce qui peut exister autour de la médecine générale, toutes les choses comme ça mais j'pense qu'il y a des choses qu'on sait pas forcément exploiter quand on est médecin généraliste

I : Ouais donc un réseau euh

- N7 : Ouais j'rajouterai vraiment une ignorance, 'fin ça c'est vraiment une difficulté, tu parlais difficulté mais ignorance du réseau, ignorance du... je sais pas par exemple t'as une dame qui a , ben là j'ai vu une dame qui a un souci d'alcool, elle en a jamais parlé avec une autre personne que toi ben parce que toi clairement elle te voit depuis huit mois mais finalement voilà quoi, t'as beau avoir le médecin, t'as jamais personne qui a calqué que ça faisait huit mois qu'elle avait un problème avec l'alcool parce qu'elle a des tas de souffrances. Et puis en fait elle habitait pas dans la ville où j'remplaçais donc j'connaisais pas non plus les structures de la ville. Ben j'ai dû passer trois quatre coups de fil avant de finalement savoir. Et ben... voilà la dame en face de toi bah, fin voilà je sais pas si j'ai bien agi et une chose aussi, ou alors c'est parce que je culpabilise trop mais le nombre de fois où j'rentre et où j'me dis : « mais est-ce que j'ai bien fait ou pas. ». Et le nombre de patients qui te réveillent mais ça ça me rassure parce que j'en ai discuté avec mes prat' à minuit ou à une heure du mat... (en simulant d'être dans le brouillard)

(Rires)

- N7 : Mais ça c'est une autre histoire. Mais voilà, j'trouve qu'on a vraiment une ignorance par rapport, un peu aux réseaux et aux moyens et en fait la dame qui m'dit « ben dis donc c'était si difficile que ça pour avoir un rendez-vous d'addicto, vous avez passé quatre coups de fil ! » « Ah, j'dis, ouais mais » j'dis « là c'est la première fois que vous m'en parlez euh », c'est la première fois qu'elle en parlait à quelqu'un fin, j'avais pas envie de laisser tomber le truc quoi. J'sais pas si...
- N4 : Ouais ouais
- N1 : Oui oui bien sûr
- N7 : Je lui dis : « Bon faudrait diminuer ». Elle me dit : « J'y arriverai pas toute seule ». J'avais pas envie de voilà. Après j'sais pas si vous voulez réagir ou pas....
- N2 : Et pourtant c'est vrai que c'est hyper important en tant que médecin généraliste, parce que si...on devrait être formés sur tout ce qui est réseaux sociaux parce que on est souvent ...voilà on est le lien quoi.

- N7 : Alors qu'à l'hôpital c'est : t'appelles l'assistante sociale quoi...en médecine interne.
- N2 : Oui voilà, c'est : à qui t'adresser euh...
- N5 : Parce que quand on est à l'hôpital et qu'il y a un problème social, on demande à l'assistante sociale de passer et c'est elle qui fait tout et nous on n'est pas du tout au courant des démarches. Si, des fois elle nous demande de signer la demande d'APA en urgence euh...
- N7 : Oui voilà c'est ça ouais
- N4 : Médecin généraliste c'est une prise en charge médico-psycho sociale. Médico on sait, psycho (grimace à peu près) (N7 fait signe aussi d'à peu près) bof, et social on patauge quoi donc euh...sss
- N7 : Psycho on bidouille. Autre chose, j'sais pas si j'peux...p'têtre continuer sur un autre truc : tu parlais de difficultés et tout à l'heure j'ai...j'pensais à une de mes premières consult' quand j'étais en N1 c'est pas tout à fait en tant que remplaçante, où la personne elle était trop bizarre avec tous ses problèmes psy machin et j'crois qu'à la fin j'ai dû appeler mon prof en disant : « (blanc) Qu'est-ce que je fais ? » (Pouffe de rire nerveux) et voilà j'pense qu'on n'est pas forcément bien formés, après on...voilà moi j'ai envie de dire je fais ma p'tite bidouille de bon sens quoi.

I : On n'est pas bien formés à quoi, dans ce cadre-là ?

- N7 : Ben je sais pas 'fin j'pense qu'au niveau...alors après il y a p'têtre l'expérience aussi, je sais pas quelle est la formation qu'on nécessiterait le plus, mais je pense que quand y'a une personne qui vient nous voir, qui a pas forcément envie d'aller voir une psychologue ou tout ça ou un psychiatre et qui ressent manifestement le besoin de parler, d'avoir une aide, tu passes une demi-heure, 'fin, dans ton cabinet, fin, j'sais pas si vous avez ces problèmes-là mais moi c'est des fois y'a des situations j'trouve 'fin...
- N3 : Est-ce que ça c'est pas des fois un problème de début de carrière ? Au début des remplacements
- N7 : Ah, peut-être, parce que, voilà je me dis, en N1 j'avais ce souci, j'appelais mon prat' en disant : « Ben qu'est-ce que je fais ? ». Là maintenant je, je... (fait des gestes avec ses mains)
- N3 : Tu dis : « on n'est pas formés » parce que toi tu vas tout de suite penser à te dire : « ben ça il faut que je le fasse rentrer dans un cadre nosologique parce que je l'ai appris comme ça et donc je dois prescrire tel ou tel médicament »
- N4 : (pas d'accord) j'pense pas, il y a l'écoute et...
- N7 : Non, non pas forcément non j'parlais pas de médicament du tout.
- N3 : Parce que des fois, les medic, les gens, finalement, t'es là, tu les écoutes...

- N7 : Oui ça leur suffit, voilà c'est ça
- N3 : Est-ce qu'au début toi tu te dis, ouais mais est-ce que j'ai été efficace ? Bon si ça se trouve euh lui il ressort p't'être content de ta prise en charge mais toi tu t'dis « mince, j'ai rien fait je l'ai juste écouté »
- N6 : Des fois ça suffit.
- N7 : Ouais mais en fait, 'fin, ou alors c'est p't'être parce que les médecins que je remplace font un peu de psycho et tout et du coup j'ai des patients comme ça mais l'efficacité c'est pas forcément le médicament que je vais leur prescrire mais c'est même au niveau, j'ai envie de dire écoute, conseil et tout ça, 'fin vraiment au niveau soutien psychologique, c'est est-ce que j'ai été efficace dans mon soutien psychologique tu vois.
- N2 : Oui parce que tu disais : (mime avec sa pince pouce-index l'écriture d'une ligne au-dessus :) « traitement symptomatique » et « soutien psychologique » tu vois (mime l'écriture d'une ligne en dessous) (reprend la remarque de tout à l'heure sur les « fameux » traitements symptomatiques)
- N7 : Oui c'est ça (rire)
- N6 : On est un peu on est un peu démunis en communication je trouve.
- N7 : C'est ça oui
- N6 : C'est à dire, à l'hôpital, j'allais dire peu importe, on communique bien, on communique mal, de toute façon notre fiche elle est remplie, notre observ' elle est faite, le traitement il est fait.
- N2 : Et les gens ils attendent pas ça de toi à l'hôpital.
- N6 : Ils attendent ils attendent la compétence technique, de la rapidité, ils attendent une bonne compréhension de ce qui se passe, des examens complémentaires, et rapides. Voilà mais euh se dire euh, se dire (en regardant en l'air) : « tiens, lui c'est un rebelle, lui il a envie, il a envie de faire les choses différemment mais il a envie qu'on apprécie sa différence et voilà. » Avec lui j'avais lui parler d'une certaine manière, ça c'est vraiment parce que je me suis intéressé à ça il y a pas longtemps et puis y'a un autre patient qui va arriver avec ses quatorze prises de sang avec sa courbe et qui va dire : « Bon euh...j'ai vu que...la metformine là, on vient de la baisser mais d'un autre côté j'ai perdu un demi-point d'hémoglobine glyquée tout en faisant quatorze heures de sport toutes les deux semaines. Est-ce que vous pensez qu'il faut pas rajouter du gliclazide ? »

(Rires)

- N6 : Et alors là, le problème c'est qu'on est, on prend ça en pleine tronche (se jette en arrière dans le fauteuil de stupéfaction) à devoir réagir tout de suite parce qu'on est devant de toute façon, on est devant le patient. Il va falloir être bon parce que avec le

rebelle si on montre euh...si on montre que...il nous emmerde avec euh, avec ses ses histoires tordues et que nous on a envie de lui mettre un nouveau médicament et puis point quoi, y'a que ça à faire et... il va rejeter complètement notre approche et... j'trouve qu'on n'est pas amenés : à lire le langage verbal, non verbal, à lire les attitudes des patients et à y répondre, et surtout à pas... être un peu plus calme quoi. Ça ça vient avec le temps, c'est tout bête mais c'est pas...juste prendre le temps de se retourner, d'attendre, si ça tombe il va le reformuler, on va mieux comprendre, on va avoir le temps, alors que au début ben...tu prends ça dans la tronche, tu te dis : « Qu'est-ce que je vais faire ? Qu'est-ce que je vais faire ? ». Et ça le patient, il le sent, il sent qu'on est démuni, il sent, on devrait être des inducteurs d'effet placebo fantastique. Euh, l'effet placebo majeur c'est le médecin généraliste qui vend son traitement qui dit : « Ben écoutez ça va aller, c'est pas facile, j'comprends votre diabète c'est difficile mais à deux on va y arriver ». Voilà, et y'a d'autres personnes ce langage-là c'est impossible, ils attendent quelque chose de technique, y'en a ils attendent euh : « Et votre mère ça va ? Et votre machin ça va ? » Ils sont dans l'empathie et voilà et ça on est pas du tout formé à explorer les axes, et surtout à pas se sentir démuni face à un profil qui, qui nous convient pas et tout ça sans trop le montrer, j'trouve qu'on devrait faire du théâtre, enfin plus de choses en fait, et ça

- N7 : En même temps, on en avait fait un peu, 'fin j'ai un très très vague souvenir d'un atelier de deux heures en D4, c'était plutôt...mais j'sais pas si c'était très efficace ou alors faudrait pousser ou adapter autrement je sais pas
- N6 : on en a fait un p'tit peu des p'tits ateliers, des p'tits ateliers, des jeux de rôles, ça nous dit que ça existe, ça nous dit que ça existe. De là à devenir des experts...
- N1 : Je pense que ça s'améliore parce-que, vu la..., j'crois on était dans le même groupe d'ED j'crois d'ailleurs (en montrant M3) et euh...'fin nous, on a commencé on avait euh...le premier ED c'était tout... c'était six heures sur les facteurs de risque cardiovasculaires quoi
- N6 : Oh ouais.
- N1 : Et on reprenait, euh on reprenait sur les facteurs de risque cardiovasculaires.
- N6 : ça va mieux mais
- N4 : Quand j'faisais mon stage, c'était le stage d'externe en médecine générale, y'avait un prat' qui adorait la psychologie et tout et il passait une heure avec ses patients et tout, et y'en a un autre sa méthode c'était euh : « j'les écoute parler jusqu'à ce que mon écran il se mette en veille ».

(Rires)

- N4 : Comme quoi forcément on s'dégote une façon de faire avec l'expérience quoi mais

- N2 : Avec sa propre personnalité aussi quoi. J'vois mon associé, on est vraiment quasiment opposés en termes de caractère mais du coup ben chaque patient y trouve son compte quoi donc c'est tout.
- N6 : Y'a des patients qui te ressemblent, y'a des gens avec qui ça passe
- N2 : Voilà
- N4 : Mais si on était formés on serait p't'être plus polyvalents

I : Donc là on déborde sur le problème de la formation

- N3 : Est-ce que vraiment tu peux être formé à ça ?
- N1 : J'pense que, on pense que on peut pas mais une réflexion intellectuelle sur la communication ça existe et je pense que tu peux le normer et donc le former.

I : Alors là, on a vu un aspect assez, assez rigolo, ce côté un peu comment j'lui parle au patient, telle communication... **s'il fallait faire une synthèse de vos difficultés finalement, de vos difficultés au départ, qu'est-ce qui vous a gêné le plus ? Le plus...dans vos débuts ?** (Personne n'a l'air très inspiré) Vous avez parlé de problèmes sociaux, les formations, euh...j'ai pas appris à parler à certains patients... **Qu'est ce qui finalement...voilà, votre difficulté numéro un, ce qui vous a gêné dans vos débuts ?**

- N1 : La confrontation à la réalité, la mise en pratique, fin j'pense que c'est un peu...

I : Quoi dans la mise en pratique ?

- N1 : Mais tout tout, si tu veux tu passes d'un savoir théorique à euh...mais ça c'est vrai pour tout, c'est-à-dire que tu passes d'un savoir théorique à une réalité et t'es obligé de faire en fonction de savoir théorique tout en sachant que ce savoir théorique n'est pas la réalité. Putain qu'c'est bilingue c'que j'ai encore dit (fait une remarque d'autodérision sur sa phrase). Euh et donc si tu veux résumer j'pense que c'est ça, j'pense que c'est ça qui t'arrive, c'est-à-dire que tu arrives avec ta formation théorique que tu as eue pendant tes cours, que t'as eue pendant tes ED, ta vague formation pratique que t'as eue pendant l'internat quoi que y'a quand même eu quelques bons trucs. Et puis ben tu arrives avec ça, tu te confrontes à une réalité qui ne va pas se laisser faire si j'ose dire. Voilà. J'pense que c'est ça qui synthétise.
- N3 : Pour moi le plus difficile, c'est quand même, 'fin, on en revient mais c'est la communication, c'est comment réagir face à la personne correctement, s'adapter à la personne qu'on a en face. C'est quelque chose qu'on est censé faire à l'hôpital. Mais j'trouve qu'en médecine libérale ça prend tout son sens. Pour moi personnellement, j'trouve que le plus dur du passage de l'internat à la vie de remplaçant et de médecin généraliste, c'est de savoir bien communiquer avec la personne qu'on a en face. Plus que le côté, que le côté technique qui finalement prend, devient plus secondaire. On l'a en fait le côté technique, d'accord ? Mais euh savoir parler, savoir parler à une personne, savoir répondre à sa question, savoir l'écouter, euh, savoir adapter aussi

une attitude même physique d'empathie ou d'écoute ou adaptée à la personne qu'il y a en face de soi, moi je trouve que, 'fin pour moi, ça c'est le plus difficile que, 'fin c'est un des points ouais les plus délicats à acquérir quand on commence son activité de remplaçant j'pense en libéral ou en étant installé.

I : N5 ?

- N5 : Après il y a, euh j'suis d'accord sur ce point-là, après il y a aussi la gestion du fait que, les patients ils arrivent pas comme dans les bouquins avec juste le problème d'hypertension ou juste le problème de diabète ouais en fait ils sont polyopathologiques, ils rentrent pas dans les cases et puis ils ont déjà quinze médicaments, ils viennent pour un autre truc, 'fin faut trouver quelque chose, fin c'est l'aspect euh le vrai patient est beaucoup plus compliqué que celui des cas cliniques qu'on a vus avant l'internat et même
- N1 : L'aspect global
- N5 : et même plus que (celui qu'on a vu) dans les stages hospitaliers parce que en général éventuellement il a plusieurs problèmes mais s'il est dans tel service on s'occupe de son problème principal et le reste du traitement on le reconduit en attendant qu'il sorte de l'hôpital.
- N3 : On l'arrête
- N5 : Ou on l'arrête en attendant qu'il sorte de l'hôpital, ça dépend du service ou on est mais euh voilà.
- N3 : nan mais c'est vrai. Par exemple gérer un diabète en cabinet de ville ou à l'hôpital. Quand t'es à l'hôpital si t'es pas passé en diabète, gérer un diabète mais à l'hôpital c'est con quoi, le gars il rentre, tu lui arrêtes ses antidiabétiques oraux, tu le mets sous insuline. Tout le monde sait prescrire ça au bout de deux mois de stage, et basta. Quand t'arrives au cabinet, c'est plus la même gestion.

I : Qu'est-ce qu'il te manque ?

- N3 : Dans les antidiabétiques oraux, il y a tout un tas de protocoles d'ailleurs que finalement pour s'en souvenir...c'est un peu compliqué hein.
- N1 : La grosse différence pour le diabétique, la différence entre l'hôpital et la ville c'est qu'ils bouffent ce qu'ils veulent.
- N5 : Ils mangent pas du tout la même chose, ils ont pas la même activité

(Rires)

- N1 : Le mec il sort de l'hôpital il a un diabète nickel, ceux qui sont à la pomme et au merlu pendant trois semaines, ils sortent

- N5 : Et puis à l'hôpital il y a l'infirmière qui passe lui faire un dextro avant chaque repas et qui fait une p'tite injection d'insuline si il y a besoin. A la maison il est sous antidiabétique oral, il est sous antidiabétique oral quoi euh...et on saura dans trois mois à sa prochaine hémoglobine glyquée où il en est.
 - N1 : Ouais ouais
 - N5 : c'est pas la même... c'est pas le même que à l'hôpital.
 - N3 : On en revient toujours à la communication, c'est très difficile à évoquer. Dire : « Ben ouais mais, qu'est-ce que vous mangez ? ». Il vous dit : « Ben j'comprends pas, j'avais un gramme dix quand l'infirmière elle venait et là j'ai trois grammes quarante. Moi j'comprends pas ». Là tu t'dis, là tu dis : « Ben ouais mais la bouteille de coca au milieu de la table, vous croyez que c'est bien ? ». (Rire) Mais y'a façon et façon de le dire, et là on revient toujours à la communication. Et c'est pareil, le diabète on en parle parce que c'est quand même quelque chose où tout le monde est amené...on en voit tous les jours, on en voit quinze par jour, surtout dans la région mais euh, le régime, le régime éducatif, c'est quelque chose qu'on est amenés à faire en libéral et ça ça revient, euh si quand même (pour répondre à la grimace de N1).
 - N1 : Si si, mais on sait pas le faire.
 - N3 : On sait pas le faire mais ça c'est pareil c'est ta façon de parler. Déjà toi tu dis : « Ben qu'est-ce que vous mangez ? ». Euh déjà toi tu sais ok cinq fruits, cinq fruits et légumes par jour, mais parce que tu as vu à la télé comme lui...
- (Rires)
- N1 : En général ils considèrent que les frites c'est un légume.
 - N3 : Ouais, moi j'ai eu le cas de la dame qui me disait euh : « Docteur, la courgette, ça fait pas grossir ? » « Ben nan, c'est vrai, la courgette c'est que d'la flotte ! » « Un flan de courgettes ? » (Rapporte N3 en riant). Là j'fais : « Bah... ». Après tu as la mousse au chocolat, « la mousse au chocolat, ça fait pas grossir ? ».
 - N1 : Ouais c'est comme la bière qui n'est pas de l'alcool.
 - N3 : Oui

I : Alors finalement dans votre pratique quotidienne quels sont le type de patients qui vous mettent en difficulté sur le plan émotionnel ?

- N5 : Emotionnel ?

I : Sur la manière de réagir, est-ce qu'il y a des patients qui vous mettent plus mal à l'aise...

- N5 : C'est les patients psy.

I : Qui ont des troubles psychologiques ?

- N5 : Bah...déprimés qui viennent ressasser tous les mois leur déprime et euh...et euh et euh, et euh je sais pas comment les aider pour que un jour ils arrêtent d'être déprimés.
- N3 : Tu sais pas quoi leur dire
- N5 : Ouais voilà. Je sais pas...quoi leur dire

I : Pourquoi ?

- N5 : Ben parce-que je sais pas faire de la psy euh...

I : C'est un manque de connaissances ?

- N5 : Euh il y a probablement un manque de formation en psy ça c'est sûr. Parce qu'à part la réponse médicamenteuse euh...on nous apprend à renvoyer sur le psy mais...mais vu que voilà pour avoir un rendez-vous en psy il faut six mois euh...il y a un moment on est obligé...
- N1 : Tu peux pas envoyer tous tes patients, tous tes malades en psy ils sont surchargés.
- N5 : tous tes patients un peu déprimés chez les psys non non
- N1 : Mais ça j'pense que ça c'est très, très inter individuel, moi par exemple le psy ça me dérange (pas)...ils s'expriment en un quart d'heure et ils repartent ils ressortent ...un peu boostés mais voilà j'arrive à mais voilà, personnellement je, je les gère. Je les vois plus après
- N3 : ouais tu les retrouves après dans la rubrique nécrologie...

(Rires)

I : Quels sont les patients qui te mettent le plus mal à l'aise ?

- N1 : Euh pffff je je je n'sais pas, euh les patients...qu'est ce qui me fait chier euh...ouais le patient gros polypathologique et tout... j'ai l'impression qu'à chaque fois j'ai oublié un truc mais c'est pas...nan j'ai pas vraiment de patient euh...les les addicts quand même. Les addicts. Pourtant pourtant j'en fais pas mal mais euh tout ce qui est, alors pas tellement les types qui sont sous Subutex® parce que moi ceux que je vois, ils sont à peu près réglo donc ça marche...euh ouais les gens qui s'interrogent quoi, les gens alcoolos derniers demeurés, fff là, voilà quoi j'veux dire pfff

I : Plus de réponse ?

- N1 : il y a rien à faire quoi. Essayer. Alors ça par contre ce que tu vois beaucoup e médecine générale moi je je. Des héroïnomanes qui s'en sortent il y en a beaucoup. Des alcoolos, après un certain stade c'est plus la peine.

- N4 : Les patients qui se soignent pas...on se demande pourquoi ils viennent quoi. Ils viennent pour rechercher une liste de médicaments comme ça, ils viennent de faire une coro, tu les vois ils sont en train de fumer une clope là, ils ont de l'oxygène (fait signe des lunettes à oxygène dans le nez), ils sont complètement incohérents et...en tant que remplaçant, c'est pas trop gênant parce que on se dit : « c'est tout, je le verrai plus. ». Mais dans ma patientèle, je me vois pas gérer un patient qui se soigne pas lui-même quoi ! Moi je trouve c'est au patient de se soigner. Les patients comme ça, ça me....
- N1 : Le truc que j'ai vraiment du mal c'est les parents débiles.

I : Les parents ?

- N1 : Les parents débiles, alors ça ça alors ça par contre ça me fout très mal et j'me sens complètement désarmé et j'ai la trouille face à ces parents. C'est-à-dire que j'ausculte leur gamin et j'sens bien qu'ils pigent rien, et l'gamin il est à moitié affalé parce qu'il est pas...euh...ffffff (en disant non de la tête)

I : Et t'as peur de quoi ?

- N1 : Ah bah j'ai peur que, parce que. Un gamin, le problème c'est qu'un gamin euh...il peut décompenser très rapidement. Il peut décompenser une pathologie, on peut passer à côté d'une pneumonie, une heure après il fait un sepsis. Donc euh. Et des parents qui sont complètement cons pour le surveiller euh...ça va pas le faire et puis après... Et puis après c'est le manque de chance pour le gamin...Rho il y en a je leur sers la faluche quoi... » Bonne chance, bonne chance Liliane euh... »

I : Y a-t-il eu une situation on va dire difficile euh avec des personnes qui t'ont mis mal à l'aise dans laquelle tu aurais eu une réponse ou un comportement pas adapté ?

- N1 : Ouais euh...j'avais une j'ai une patiente que je vois souvent mais bon là ça commence à s'améliorer mais, euh...c'est une gamine de six ans qui a un asthme impossible à équilibrer, tous les mois elle est hospitalisée, c'est le merdier. Et en fait, mais ça par contre, la mère elle est d'un niveau assez simple, et je la voyais toujours en consultation et je sais qu'elle fumait et je sais que son mari fumait aussi. J'leur disais : « Mais arrêtez mais arrêtez de fumer, voilà j'veux dire votre gamine elle...faut arrêter de fumer ». Et en fait je suis allé une fois chez eux, et en fait nan, la maison ne sentait vraiment pas le tabac, c'est à dire qu'ils fumaient vraiment dehors hein comme ils disaient. Alors ça ça évoque d'autres trucs c'est à dire que parce que c'était des gens d'un milieu très simple euh....
- N4 : Tu les as pas crus.
- N1 : Ouais voilà je les ai pas crus et les suspectais d'être un peu cons quoi.
- N4 : On nous apprend souvent j'trouve à être suspicieux, envers les **
- N1 : Ouais tu deviens suspicieux, et là d'ailleurs je pense que au final elle est partie voir un pédiat, 'fin j'ai pas de nouvelles mais elle est partie voir un pneumo à Lille, parce

que c'est p't'être pas un asthme au final. 'Fin tu vois. Donc c'est... ça a pas forcément de rapport avec ce que je dis avant quoi mais. Après j'ai des souvenirs en pédiat'rie t'as des parents (faisant une voix d'outre-tombe) : « Ouais nan, faut sortir le gamin, y'en a marre, il est pas bien à l'hôpital euh », et euh alors le gamin il a une diarrhée euh, il est déshydraté, il est à moitié sous claquants il faut le retenir par les trucs ou bien ou bien les ...

I : Là on te comprend pas...

- N1 : oui non pardon : en stage, t'as les gamins qui vont pas bien et les parents qui pigent rien et qui s'entendent pas avec les...avec les... avec les soignants et qui veulent faire sortir leur gamin, alors que le gamin est à moitié mourant. Ou bien les...

I : Pourquoi tu parles de ça maintenant par rapport à la pratique de médecine générale ?

- N1 : oui parce que ça n'a rien à voir, ça n'a rien à voir. C'est parce que il demandait les patients qui faisaient le plus peur. C'est les parents ou bien. Et ça je le vois aussi en médecine générale, c'est les, les parents très jeunes

I : Trop jeunes

- N1 : oui et dont certains on sent bien que ils s'attendaient à avoir un p'tit poupon, voilà un truc, un truc... voilà et qui se retrouvent avec un vrai bébé et qui sont complètement à la masse quoi, complètement à la masse.

I : **N2 il y a des, tu t'es senti à un moment donné, un jour est ce que tu as eu un comportement qui soit pas adapté à une situation à cause d'un certain type de patient ou euh qui t'a mis mal à l'aise ?**

- N2 : un problème de gestion émotionnelle ?

I : Oui c'est surtout ça

- N2 : Non alors les parents débiles j'ai pas trop de mal, j'en vois beaucoup donc c'est pas...Non alors les psys pour rejoindre ce que tu disais euh...euh...c'est pas qu'ils me mettent mal à l'aise 'fin, c'est pas qu'... 'fin... ça me gêne de pas savoir mieux les aider. Donc oui mais ça par un défaut de formation j pense 'fin...j' regardais d'ailleurs pour faire un DU de psychothérapie ou autre chose. 'Fin voilà ça, ça me manque...

I : J'ai pas été clair sur la question. Vous, à un moment donné, **est-ce qu'il y a une situation entre guillemets stressante, où vous avez eu des émotions particulières qui ont pu retentir sur la consultation ? Où vous vous avez été en stress ? Ca c'est pas bien passé, parce que la situation a été difficile. Est-ce que vous avez des difficultés pour gérer vos émotions dans certains cas et du coup, avoir le regret de s'être comporté de telle manière ?** Il y en a qui sont violents 'fin bref.

- N2 : Peut-être 'fin j'me souviens d'une consultation, j'fais pas mal de gynéco, donc la dame était venue pour que je lui pose un stérilet, je n'ai pas réussi à lui poser, et la consultation s'est finie, je lui ai proposé de revenir j'sais plus euh avec moi ou quelqu'un d'autre je sais plus. Et en fait trois minutes après, le mari a débarqué et a commencé à m'engueuler en disant : « Ben qu'est-ce que c'est que ça, ma femme est venue pour que vous lui posiez, vous ne lui avez pas posé, vous n'avez pas réussi », 'fin voilà j'me suis fait ... agressé quoi, 'fin engueulé en tout cas, et donc là j'avoue que je n'étais pas très bien après, euh. Euh... et où... 'fin sur le moment j'me suis retrouvé complètement, 'fin j'ai pas su réagir quoi, alors que alors que j'étais pas en t, 'fin y'avait pas une question de tort quoi, 'fin... on dit toujours qu'en médecine on a l'obligation de moyens pas de résultats, j'avais pas réussi à lui poser, j'avais pas réussi à lui poser quoi. J'allais pas forcer 'fin bref y aller comme une bourrine. J'étais pas, j'étais pas forcément en tort de ne pas avoir réussi quoi mais bon ça ça m'a bouffé pendant trois jours quoi, j'étais pas bien, voilà, j'étais vraiment pas bien pendant trois jours. Mais bon, après j'ai appris que le mec il était revenu voir mon associé, et s'était plus ou moins excusé de sa réaction quoi mais euh, euh, donc ça ça a été effectivement difficile à gérer quoi, et sur le moment je me suis sentie mal en me disant merde oui j'ai pas réussi, certes il avait pas à réagir comme ça mais ça m'a quand même, ça m'a quand même... atteint quoi.

I : Dans vos études vous avez été formés selon un raisonnement hypothético-déductif. Finalement, qu'est-ce que vous en pensez, aujourd'hui dans votre pratique, de remplaçant, qu'est-ce que... ce raisonnement, aujourd'hui qu'est-ce qu'on en fait ?

- N2 : Ben ça recoupe un peu ce qui était dit tout à l'heure, c'est que on apprend des choses, dans les livres, on apprend plus les choses à l'envers, on apprend telle maladie, donne tels symptômes, sauf que nous les gens ils viennent nous voir en disant : « J'ai tels symptômes tels symptômes », à nous de les raccrocher à la bonne maladie, et comme c'est jamais comme dans les bouquins dans la vraie vie, euh c'est ça qui est difficile donc euh... j'ai perdu la question.

(Rires)

I : Ce raisonnement ?

- N2 : Oui, ben le raisonnement voilà, il est très difficile à appliquer en pratique, c'est vraiment un raisonnement de bouquins, et il faudrait qu'on l'apprenne dans l'autre sens, en tout cas la technique est dans l'autre sens en pratique.

- N3 : Ouais, après, 'fin j'pense que pendant nos études, t'apprends un raisonnement médical, qu'il soit bon ou pas bon, la médecine, 'fin, c'est un peu con quelque part c'est-à-dire que t'ouvres des cases quoi, tu poses des questions, tu dis ok quoi il répond oui il répond non, ou il répond ça, donc j'ouvre une autre case. Après la, entre guillemets la difficulté de la médecine générale, c'est d'adapter tes questions ou ton discours mais, ton côté, ton cheminement hypothéticodéductif, j'suis désolé hein c'est très compliqué, comme nom, mais j'pense qu'on, on l'a tous, on a tous un cheminement qui est, qui est

préétabli, et c'est, c'est pratiquement, c'est stéréotypé quoi. J'ai comme l'impression que des fois, tu pourrais calquer certaines consultations

- N2 : C'est vrai.
- N3 : Tu poses toujours les mêmes questions ou alors tes réponses c'est toujours la même chose.
- N5 : Après, ce qu'il y a en médecine générale par contre, c'est que l'hypothético déductif n'est pas forcément sur une consultation, c'est-à-dire que des fois tu commences àà... tu récoltes les symptômes tu commences à faire des hypothèses, tu vas dire, soit « ben revenez voir dans une semaine, on va voir comment ça va évoluer », ou tu vas prescrire un ou deux examens, et tu dis : « revenez voir dans x temps avec les résultats des examens » et donc le patient il va partir, tu en es encore au stade des hypothèses, voire même des vagues hypothèses que tu affineras à la consultation suivante et des fois tu vas aboutir au diagnostic que plusieurs mois plus tard, voire jamais mais euh...tu restes avec cette démarche-là de poser une hypothèse, de faire euh... et d'essayer de faire en sorte d'aboutir à un diagnostic mais c'est la gestion du temps qui est pas du tout la même qu'à l'hôpital où le patient il rentre avec tel problème et il faut absolument qu'il sorte avec un diagnostic, un traitement, en ayant tout fait. Donc c'est pas euh...
- N3 : Ouais nos études elles sont faites comme ça. Finalement le diagnostic, on le fait rapidement ou même à l'hôpital en tout cas c'est fait rapidement. Alors que en médecine effectivement il y a l'effet temps. Effectivement ton cheminement, il peut prendre plus de temps que ce qu'on a vu pendant nos études. J'suis d'accord.

I : N4, sur ce raisonnement-là ?

- N4 : Nan, je n'ai rien à dire.

I : Ça ne te dit rien toi le raisonnement hypothético déductif ?

- N4 : Nan, ben nan, je suis d'accord avec ce que vous dites mais je n'ai rien à dire, je suis d'accord avec tout ce qui a été dit.
- N7 : Moi je dirai que c'est vrai que ça peut être perturbant euh, j'ai euh...fin c'était pas quand j'étais remplaçante, mais euh quand on est en SASPAS alors, c'est un peu curieux parce que le SASPAS finalement ça rentre pas trop dans...après ...l'internat, mais finalement j'trouve que c'est très...fin pour ceux qui en ont fait, finalement j'pense que la différence elle est plus entre les stages d'interne et puis le SASPAS que entre le SASPAS et les ...non pas tout à fait ?
- N1 : nan j'ai pas fait de SASPAS mais j'pense que c'est la même chose
- N7 : Ah d'accord, ben du coup c'est pour ça que je parle du SASPAS mais j'pense que ça peut être voilà. Et puis le patient il arrive, il décrit tous ses symptômes et j'étais là : « mais je sais pas du tout ce qu'il aaa », parce que ça rentrait dans aucune case des

maladies que j'avais apprises. Alors que je sais que maintenant le patient si je le revoyais, bah je lui prescrirais un traitement symptomatique et puis si ça passe pas on le revoit dans une semaine et puis j'sais pas quoi 'fin, mais voilà.

- N1 : Ce qui change effectivement c'est que tu t'accomodes un peu plus en médecine générale de ne pas savoir exactement, de pas avoir, tu t'en fous d'avoir un diagnostic exact, ça ne sert à rien.
- N5 : Il a une infection ORL, tu dis rhinopharyngite, une angine, euh... un... 'fin on s'en fiche, le même traitement symptomatique, bon faut essayer de voir qu'il y ait pas d'autres signes qui font qu'il faut un antibiotique quoi. Mais globalement t'es pas à rhinopharyngite, laryngite près quoi, c'est...
- N7 : Les patients le sont parfois d'ailleurs.
- N1 : Oui carrément
- N2 : « Mais j'ai quoi Docteur ? »
- N5 : Mais tu annonces un diagnostic, tu t'en fiches, tu dis pharyngite ou laryngite au pif comme tu veux
- N2 : Moi j'leur dis : « C'est la crève »
- N7 : ça ils comprennent.

(Rires)

- N7 : « J'suis pas bien ». « Ben oui vous m'avez dit que vous êtes pas bien, j'vous dis que vous êtes pas bien hein. » (Rire) Nan nan mais voilà.
- N3 : Mais les gens attendent en diagnostic. Là on est en période. Ils disent : « Est ce que j'ai la grippe ? ». D'accord ? Est-ce que tu peux leur dire si il a la grippe ou pas. Mais on n'en sait rien !
- N7 : Ben parfois euh...Oui ben parfois ben non, je leur dis « ben je n'en sais rien si vous avez précisément »
- N2 : On n'en sait rien et on s'en fout.
- N3 : Oui mais ils disent : « J'ai la grippe ou j'ai pas la grippe ?

I : On enchaîne ? Aujourd'hui, qu'est-ce que vous avez l'impression de savoir faire, en pratique professionnelle ?

- N3 : Pas grand-chose.
- N7 : Et ben ouais. C'est marrant, spontanément j'aurai dit : « rien » alors que là, si tous mes...j'sais pas combien de patients d'aujourd'hui m'entendaient (rire nerveux) ils diraient : « Docteur euh !! ».

I : Pourquoi rien ? Pourquoi ?

- N7 : Nan, nan c'est pas ça mais, 'fin j'ai l'impression encore de de de bidouill 'fin ou alors de de bidouiller certaines choses. C'est un terme je pense qu'il faut que tu mettes dans ta thèse : bidouiller c'est...

I : Bidouiller donc de pas être

- N7 : Nan nan j'dis ça, du coup ça fait genre que je bidouille tout le temps mais c'est pas vrai parce que voilà on essaie d'être rigoureux mais il y a pas mal de petits arrangements en fait quand même, on essaie de faire en fonction des circonstances, en fonction de... On en a pas trop parlé mais je trouve aussi la disponibilité des moyens aussi euh...

I : C'est-à-dire ?

- N7 : C'est-à-dire euh l'infection urinaire du samedi où je sais pas 'fin pas la cystite, fin je sais pas, un moment où clairement dans les bouquins : « ECBU », « Ah ben nan, t'as pas ECBU » « Ah bio, ah ben nan, t'as pas bio », « Ah radio, ah ben non, t'as pas radio ».
- N5 : Scanner ou IRM, je la demande je vais l'avoir dans trois mois alors que à l'hôpital, le patient il est là, on va avoir l'IRM pendant qu'il est à l'hôpital, ça c'est sûr que le délai des examens complémentaires euh...
- N7 : Mais après j'pense finalement que on sait beaucoup en fait
- N3 : Moi j'ai pas du tout cette impression quoi
- N7 : De quoi ?
- N3 : Le fait, examens complémentaires, le fait d'être en libéral je trouve ça mais carrément plus simple qu'à l'hôpital.
- N1 : ça dépend pourquoi, mais des fois c'est beaucoup plus rapide oui.
- N3 : Bon des fois, t'es obligé de passer par plusieurs cabinets tu sais, mais des fois, mais si t'as besoin d'un scanner ou quoi, des fois tu arrives à avoir un scanner bien avant l'hôpital.
- N1 : ça dépend pourquoi
- N4 : Oui, mais de savoir adapter ta prise en charge en fonction des contraintes en fait de temps...de tout ça tu...'fin de sortir des bouquins...
- N1 : Mais par contre une analyse d'urines des fois ça peut être l'enfer.
- N3 : Des fois ça peut être l'enfer.

I : N6, qu'est-ce que tu as l'impression de savoir faire, aujourd'hui ?

- N6 : (sourit et blanc de 5 secondes)
- N1 : Il sait enlever les fils de suture.

(Rires)

- N6 : Ben... (blanc de 3 secondes) pas grand-chose. Nan mais euh...J'ai la sensation de réussir à pas faire prendre de risque à mon patient pour l'instant, déjà.
- N4 : C'est beaucoup.
- N6 : Savoir me dire : « bon, lui il faut que je le revois demain, lui il faut que je le revois dans trois jours parce que il va pas faire ce qu'il faut » et etcetera. Pour l'instant j'en suis là. C'est-à-dire, j'commence à ...à avoir un...à avoir plus confiance en...j'arrive à m'dire : « Je n'ai pas fait prendre de risque à mon patient » Voilà.

I : Tu limites la casse ?

- N6 : Ouais mais après on résout beaucoup de choses mais...une des certitudes à la fin de la journée c'est assez sympa de se dire : « Bon ben...y'en a deux trois à revoir mais en tout cas il va rien se passer de trop, pas se passer de catastrophe »
- N2 : C'est géré.

I : C'est ça, c'est gérer au moins le...la première...

- N6 : Il y a plein de petites victoires hein, ça c'est sûr mais ce qui compte le plus j'trouve, c'est de se dire, il ne va pas y avoir de, de gros pépin.

I : Et qu'est-ce que vous avez l'impression de ne pas savoir faire ?

- N4 : Plein de choses, ben moi euh, (puis tout bas) j'trouve
- N7 : Ah ouais je trouve.

I : Plein de choses, c'est à dire ?

- N4 : Bah...fff...ne pas me laisser influencer par le patient. Trop souvent je me laisse encore influencer justement par sa première demande, par, c'que lui veut, c'qu'il dit...ça par exemple. Après apprendre à savoir travailler plus avec les réseaux 'fin...savoir trouver les bons interlocuteurs savoir trouver le mieux pour le patient en termes d'organisation etcetera. 'Fin j'sais pas, plein de choses j'ai l'impression !

I : N1, y'a des choses que tu sais pas... ?

- N1 : Pff oui, énormément de trucs...

I : Comme ?

- N4 : Diététique, la psy...

- N1 : Oui oui, y'a des choses y'a des choses ben j'me dis mais, en fait, bah faut dire que ma thèse m'a bien fait chier donc j'me suis dit j'remettais toujours ça après ma thèse mais effectivement savoir, avoir un peu de notions de consultation en diététique. Ce qu'on disait, bah c'est un exemple, vraiment un exemple parmi d'autres, mais, j'ai euh... à part 5 fruits et légumes comme tu disais, j'ai rien, rien rien rien rien (dit-il en se tapant sur les cuisses). Je sais pas alors, et c'est un domaine extrêm
- N4 : C'est important
- N1 : très important et extrêmement complexe. Et j'pense que c'est passionnant. Au-delà de la simple diététique, diététiciennes qui te disent le nombre de calories. La façon dont les gens se nourrissent c'est toute leur vie derrière et la façon dont tu vas avoir, dont tu vas essayer de changer ça, ça va être extrêmement dur, parce que tu...faut... tu déplaces des montagnes avec ça...Et ça savoir faire ça, c'est un de mes objectifs mais parmi tant d'autres. J'aimerais aussi, je sais pas moi, ffff, oui, Mieux prendre en charge les alcoolos, être plus calé en pédiatrie, parce que c'est quelque chose qui m'inquiète. Plein plein plein de trucs. Mais, mais je pense que ça de toute façon, on est dans une progression permanente, j'espère jusqu'à, jusqu'à, jusqu'à la retraite ou pas loin quoi...
- N3 : Ce qui est difficile en médecine générale, 'fin moi c'que j'trouve, c'est des fois c'est de trouver sa place ; en tant que, comment dire, en tant que spécialiste quelque part. C'est-à-dire que : la médecine elle évolue tellement vite. C'est vrai que quand on quitte l'hôpital ou l'internat, les traitements ils évoluent, les dépistages sur telle ou telle chose ils évoluent...et vous êtes pas toujours au courant, vous pouvez pas lire la revue ORL, la revue de rhumato, la revue du diabéto. Et des fois c'est de se dire, mais, quelle est réellement ma place à moi ? C'est-à-dire euh : quand est-ce que moi je fais ça, quand est-ce que je vais déléguer ? Le côté éducation, diététique, effectivement tu te dis quand est-ce que c'est à moi de le faire, ou est-ce que je le délègue ? Mais d'un autre côté, quand toi tu le vois pour son diabète, et tu te dis : « Oh ouais moi ça me fait chier d'augmenter son traitement alors que si ça se trouve, la diététique c'est pourri et qu'on pourrait améliorer ça sans lui faire prendre des risques liés à des médicaments. ». Mais tu te sens un peu...comment dire...t'as l'impression en fait de...d'être ignare dans plein de choses.
- N4 (approuve) : Mmh
- N7 (approuve) : Mmh
- N3 : Et te dire : « Mais, j'peux pas tout voir ! C'est pas possible ! ». Alors t'aimerais bien...un jour tu vois un gars, tu dis « ah ben il faut que je vois des trucs de diététique ». Le lendemain tu vois un suivi de cancéreux pour telle ou telle chose tu te dis « ah putain il faudrait que je revoie ça » (tout le monde réagit dans le même sens et acquiesce)

I : Et ça, ce besoin de formation, de toujours essayer d'être à la page, est-ce que ça vous démotive ?

- N3 : Nan nan c'est pas du tout démotivant
- N7 : nan
- N2 : Oui (tout le monde approuve),
- N5 : Au contraire, c'est stimulant
- N6 (dit non de la tête)
- N1 : Au contraire
- N3 : C'est plutôt stimulant
- N1 : En fait tu regardes en arrières et tu dis « rrhò voilà j'me l'dis tout le temps et finalement j'avance pas beaucoup. ».
- (Rires)
- N1 : 'fin ça c'est personnel

I : Aujourd'hui qu'est-ce qui vous démotive le plus dans ce métier ?

- N3 : Je tiens à dire : passer la thèse, ça c'est ultra démotivant
- N7 : Nan, moi ma thèse a été vachement motivante. Rire. Je disais qu'au congrès de CNGE ils revalorent ces... il y avait de nouveaux trucs sur la prise en charge du diabète, des statines, pourtant le diabète, c'est des bases, c'est pas des histoires non plus de spécialistes, c'est pas de la cancéro-hémato quoi euh
- N3 : Nan, c'est nous qui le faisons.
- N7 : Voilà c'est ça. Et alors bon. Sans parler du côté que... comme tu remplaces le médecin remplacé, le médecin remplacé il fait des choses voilà. Après tu as aussi, ben par exemple ils conseillent de faire telle prise en charge, ok, tu lis des bouquins plus ou moins assez sérieux, ok. T'arrive, tu vois le diabéto, il conseille pas du tout ce médicament-là, t'es là qu'est-ce-que tu fais, ça rejoint un peu la place, comme tu disais : quelle est ma place ? Le spécialiste conseille tel traitement, ma revue conseille tel autre. Moi, à l'internat, on m'a appris encore un troisième. Y'a de quoi...mais c'est pas démotivant mais... c'est complexe.
- N3 : Parfois t'es pas d'accord avec le spécialiste,
- N7 : Parfois nan.

- N3 : Et tu te dis : « Ouais mais c'est quand même sa spécialité ». Alors d'autant plus quand tu commences, c'est des fois c'est : « Est ce que je vais aller à l'encontre de ce qu'il dit ou est-ce que je vais l'appeler pour lui dire : « Ecoute euh...t'es sûr ? » »
- N2 : Surtout que le patient voit souvent un peu les paroles du spécialiste comme paroles d'évangile. Et puis toi derrière tu rames, alors que tu sais que le patient il fait pas ce qu'il faut, mais tu rames pour rattraper le coup quoi.

I : N4 ?

- N4 : Nan, j'voulais dire, ce qui est démotivant, heureusement que c'est rare, c'est quand, y'a des courriers où le médecin sous-entend mais pas très subtilement que t'as pas bien fait ce qu'il fallait. Pas forcément des courriers pour moi, mais quand j'vois des dossiers de patients qu'il y avait des médecins spécialistes qui se sont permis de faire des remarques ou de dire : « Ah bah d'ailleurs, je trouve que son traitement pour tel truc il est pas bien, faut changer. ». Ça c'est énervant parce que je trouve qu'ils disent, ils ne comprennent vraiment pas notre métier.

I : Ça aussi c'est quelque chose qui est assez...

- N6 : Assez fort oui. En plus, on est jeune, on vient de sortir, on sait comment ça fonctionne à l'hôpital, on sait à peu près comment tourner nos lettres, on essaie de faire gagner du temps au spécialiste, on essaie de faire des meilleures lettres pour que tout le monde gagne du temps, leur donner des petits aspects que eux ne peuvent pas connaître parce qu'ils n'habitent pas chez le patient. Et euh...jamais les retrouver dans le courrier ou alors voir qu'ils ont recraché leur prise en charge, ils ont refait tous les examens que t'avais déjà fait en leur disant : « Cet examen-là, il y a un problème, il faut que vous le voyiez pour ça. ». Et le mec il dit : « Oui, nous avons refait un bilan, et nous avons trouvé ça. ». « Ben oui, c'est bien mais, mon grand j'te l'avais adressé pour ce problème, c'est bien mais t'as recraché ton truc et... » fin, j'pense qu'y'a un biais parce que la façon dont ils tournent et la façon dont on apprend à faire les courriers, on est super standardisé pour aller vite, donc j'pense qu'ils recrachent toujours leur même procédure. C'est p't'être pas comme ça que ça se passe. J'suis p't'être parano mais y'a un p'tit problème de communication, de...je trouve qu'on se sert pas assez de ce que nous on apporte, c'est assez démotivant quand on envoie les patients pour un avis, et on se rend compte que le mec il a fait sa routine, ta lettre il l'a pas lue, ou alors il dit : « oh de tout façon c'est du brun, ce qui m'intéresse c'est sa prise de sang, son examen » et...fin ...c'est assez démotivant de faire un effort de communication en essayant de faire gagner du temps au spécialiste, et d'avoir aucun retour et de voir que derrière c'est un robot, qu'il fait son truc et qui renvoie...Moi j'ai beaucoup beaucoup de cas avec des patients gériatriques, je leur explique que il y a pas de problème de maintien, il y a déjà des aides, il y a pas de souci mais là faut me régler le problème parce que moi tout seul je n'y arrive pas. Et le mec il fait une enquête diététique, il fait un MMS, il fait un truc, il le met en bilan mémoire, il met en machin, c'est plus ou moins un débile pro...léger ou profond depuis sa naissance, tu l'as mis dans l' tu l'as mis dans le

courrier : t'as dit : « l'observance est difficile, due aux qualités intellectuelles du patient, il a, il a un souci euh...mais là mon problème c'est tac. ». Et tu te dis : « Bon ben il va voir arriver ma lettre, il va se dire euh...putain super ok j'ai compris la question, je lui réponds, j'verrai son truc et voilà ». Le mec il recrache tout, il refait tout et tu te dis, il a rien compris à mon patient. Et ça ça je trouve c'est très démotivant.

I : Qu'est-ce qui motive aujourd'hui à l'inverse ?

- N5 : J'ai encore un truc démotivant
- (Rires)
- N5 : La paperasse, l'administratif quoi, la sécu, le machin
- N6 : PIREs tous les 5 ans alors que le mec il est diabétique...

I : PIREs c'est le logiciel de traitement c'est ça ?

- N5 : ou la compta...
- N3 : Moi à part le joueur de foot je sais pas ce que c'est hein.
- N4 : Le PIREs ? (Rire)
- N1 : Oui le PIREs, j'fais semblant de savoir
- N6 : C'est l'ALD, c'est le formulaire d'ALD pour que les mecs soient pris en charge
- N1 : Oui pour l'ALD !
- N3 : Ah oui d'accord

I : L'administratif ?

- (Dans le brouhaha) N5 : Moi ce qui me motive c'est que je vais m'installer

I : Tu disais ?

- N5 : Ce qui est motivant c'est que je m'installe dans quinze jours, c'est commencer à voilà, à créer ma propre patientèle et voilà et de ne plus voir des gens une semaine tous les mois mais de façon plus suivie encore, bon il y a des gens que je commence à bien connaître dans le secteur où je m'installe mais voilà. Après p't'être que voilà, au bout de six mois j'dirais p't'être : « au secours »

I : Toi N2 en tant qu'installée, qu'est ce qui te motive aujourd'hui ?

- N2 : Bah c'est vrai ce qui est ce qui est, ce qui est vachement reconnaissant c'est 'fin, ce qui me motive c'est finalement ouais le suivi effectivement là je...je l'ai maintenant le suivi puisque j'ai mes patients. Euh...Et et j'pense par exemple à un patient que je suis depuis euh depuis un an qui a un traitement euh lourd parce qu'il a eu des gros

problèmes de santé et j'le vois donc tous les mois et je me dis : « fff c'est dur quoi » j'avais pas l'impression de, j'avais pas l'impression de beaucoup l'aider et j'ai vu en début de semaine sa compagne qui m'a dit à la fin de la consultation : « Mais vous savez depuis qu'il vous voit, il est vachement mieux, il se sent vachement mieux. » Et là on se dit : « Ah putain, en fait ça va ; en fait ça va, euh, j'fais mon boulot et on avance et voilà, même si moi j'ai l'impression que c'est dur, ben lui, en fait ça l'aide et il y trouve son compte. Ça c'est vachement plaisant avec là euh j'arrive à bientôt deux ans, c'est vachement plaisant de voir la confiance que les gens mettent en vous, pour le suivi et tout ça. Donc euh ça ça motive, voilà ça motive parce que on se dit, ben le travail que je fais en tout cas c'est du bon boulot...pour certains

I : C'est reconnu

- N2 : voilà, c'est reconnu, la reconnaissance finalement, j'pense qu'on la cherche malgré tout. Ça c'est vachement valorisant quoi ; ça fait du bien. Ça motive pour continuer, ça motive pour s'améliorer. Alors y'a encore, j'suis d'accord, vingt-cinq mille trucs que je ne sais pas, mais ça motive pour du coup pour essayer justement de s'améliorer. Ben lui j'arrive pas à bien gérer ça, on va essayer de lui faire et tout ça, donc euh. Finalement euh...et ça je le ressens beaucoup plus depuis que j'suis installée. C'est sûr que ça se ressent plus quand t'es installé
- N7 : C'est vrai que quand on est remplaçant on est toujours en duo et en fait j'trouve que dans tout ce qu'on dit, y'a des trucs extrêmement paradoxal. En même temps on a l'impression de, on dit : « Ben qu'est-ce que tu sais ? » « Ben rien ». Ok d'accord. En même temps on dit : « Qu'est-ce qu'on aime ? » « La reconnaissance des patients. » Alors. Donc. Euh...fin. J'sais pas, j'trouve que c'est paradoxal. Y'a beaucoup de choses paradoxales parce que, en même temps on est vachement contents de pas grand-chose et pourtant on est vachement contents d'avoir notre indépendance, on est plus interne, on a plus notre chef, on fait ce qu'on veut. Enfin on fait ce qu'on veut...Fin...par rapport à l'hôpital,
- N1 : à notre idée.
- N7 : nan mais j'veux dire par rapport à l'hôpital je trouve qu'on est quand même
- N2 : Plus libre
- N7 : Voilà. Et puis... En même temps parfois on dit : « Ouais tout seul c'est bien », et y'a des moments on dit : « Ouais tout seul, c'est pas cool ! », c'est vachement, c'est vachement, ça peut être vachement angoissant. Et euh voilà quoi. Je sais plus pourquoi je disais ça...j'avais encore envie d'en sortir un...

I : L'impression de rien savoir, l'impression de rien savoir c'est une impression

- N7 : Ouais voilà. Forcément

I : Et la reconnaissance de choses que vous savez faire.

- N7 : Oui

I : C'est ça qui est paradoxal non ? Ce n'est pas ça que tu voulais dire ?

- N7 : Je sais plus. Je crois que j'ai un peu perdu mon idée

I : **Enfin, avec votre recul de votre pratique professionnelle, qu'est-ce-que vous voudriez voir changer dans l'internat ?**

- N4 : Plus de temps en cabinet de médecine générale.
- N6 : L'inversion du temps ambulatoire sur hospitalier. Que ça soit complètement l'inverse.
- N1 : Que ça soit un vrai, un vrai, un vrai internat de médecine générale
- N4 : Deux semestres à l'hôpital.

I : C'est-à-dire ?

- N1 : Ben que ça soit un vrai internat de médecine générale ! Ben j'en sais rien moi...par rapport à l'hôpital
- N5 : Qu'on passe plus de temps en médecine générale qu'à l'hôpital
- N1 : A l'hôpital, tu peux garder à l'hôpital le stage les urgences, la pédiatrie. Point.
- N6 : De toute façon à l'hôpital pendant l'externat, c'est déjà plein de stages bien spécialisés où on comprend à peu près ce qu'il se passe, on n'est pas prescripteur mais...Fin.
- N2 : Et des cabinets en li... en libéral mais aussi, dans les autres facettes de la...'fin pour ceux que ça intéresse en tout cas faut essayer de faire dans d'autres facettes de médecine générale. Parce qu'il y a aussi des généralistes euh...alors en PMI, il y a des généralistes en gériatrie, tu parlais de gériatrie tout à l'heure
- N6 : ostéo...
- N2 : Voilà et y'a aussi plein d'autres pratiques de médecine générale. Donc beaucoup plus de libéral, je suis entièrement d'accord mais de pouvoir aussi découvrir ce qu'on peut faire d'autre en tant que généraliste euh...pour ceux qui le veulent, pas pour tout le monde, pas le rendre obligatoire mais pour ceux qui le veulent ça serait intéressant.
- N1 : Ça se développe.
- N2 : Ça se fait un peu plus.
- N1 : Y'a des stages en PMI

- N2 : Ouais ça se développe un peu. Ça reste difficile mais c'est, ça se développe un peu...Pour ceux qui veulent.
- N3 : D'autant plus que le patient reste de plus en plus chez lui.
- N7 : Oui.
- N3 : Il est de moins en moins hospitalisé entre les HAD...Y'a les équipes mobiles de gériatrie. Y a... Et pourtant nous on continue à rester dans l'hôpital. Alors que la vraie vie elle est dehors.
- N5 : Alors mais...Moi le stage en CHU à l'internat, 'fin... en internat de médecine générale, le stage en CHU il sert au CHU. Pas à l'interne quoi. Parce que...

I : En constructif ? Comment vous changeriez ?

- N3 : Je serai pour une activité mixte. Garder éventuellement des stages à l'hôpital, mais avoir par exemple, tu passes deux jours à l'hôpital, et tu passes deux ou trois jours en cabinet. Ou trois jours à l'hôpital, et deux jours en cabinet tu sais en fonction des secteurs où tu es.
- N5 : A l'hôpital c'est compliqué. 'Fin quand t'es en truc assuré 'fin il faut avoir euh...moi j'ai eu en tant qu'interne un chef qui faisait trois jours à Tourcoing, deux jours à l'hôpital où j'étais et ben c'était vachement compliqué de gérer ses patients parce que les autres jours j'avais trois chefs différents et donc pour la continuité des soins de ne pas être le même interne toute la semaine...Déjà quand t'es en repos de garde, ça bloque la prise en charge de tes patients des fois. Moi ça me paraît très compliqué déjà au niveau organisation de l'hôpital. Ça de faire des stages...
- N1 : De toute façon, ça serait compliqué d'avoir plus de stages en médecine libérale. Parce que comme tu disais, ils sont pas là pour qu'on soit formés, ils sont là parce qu'il faut des sous médecins, enfin des gars qui peuvent prendre quelques responsabilités de médecins dans les hôpitaux. Parce que sinon ben il y a plus personne ou des FFI quoi.
- N3 : Après c'est compliqué aussi pour un praticien libéral d'avoir un étudiant dans son cabinet, en plus. Euh, moi, au jour d'aujourd'hui je ne me verrai pas...bah ok je suis même pas installé rien du tout mais j'essaie de me mettre à leur place, moi je me verrai pas avec un étudiant à côté de moi. Pour moi ça me paraîtrait très difficile. Donc prendre part à la formation, finalement c'est ce qu'on devrait tous faire. Se dire j'ai été formé, et ben derrière, j'essaie de former. Mais c'est difficile
- N5 : C'est le meilleur moyen de

I : Qu'est-ce-que tu leur dirais toi à ces internes, dans leur formation, qu'est-ce-que tu leur dirais, eux qui vont aborder leur formation, toi avec le recul que tu as, qu'est-ce- que tu pourrais leur dire ?

- N3 : Ben...Il faut essayer de remplacer même pendant son internat je pense.
- N2 : Ouais
- N6 : approuve de la tête.
- N3 : Ouais.

I : Et s'il fallait que tu définisses des objectifs de parcours de formation à ces internes ?

- N1 : C'est...Sincèrement c'est difficile parce que, parce que...fff moi je vois, quand on est à l'exter...fin quand on est en libéral...il y a une remarque que je me fais toujours par exemple, c'est... le patient en fin de vie : tu te dis je vais pas l'hospitaliser, il va pas bien mais d'un autre côté il va mourir j'aimerais bien qu'il ait des soins de confort à la maison, j'aimerais bien lui prescrire de l'oxygène, d'accord ? Et ben comment tu fais en ville ? Est-ce-que un jour quelqu'un te le dit ? Nan ! Alors on a nos super cours de médecine générale à la fac, on a nos cours de pneumo où ils nous font cours sur les critères d'Anthonisen sur la BPCO. Mais ça on le sait, c'est pas ça qui va nous aider à être performant en libéral. Ce qui va nous aider à être performant en libéral c'est d'apprendre à faire des prescriptions qu'on ne fait pas à l'hôpital.
- N6 fait signe non de la tête...
- N4 : Ce qui est marrant c'est que toi tu dis non, c'est pas si compliqué de mettre de l'oxygène et tout (en s'adressant à N6), mais toi c'est différent
- N2 : Oui mais quand tu l'as jamais fait.
- N4 : Oui voilà, (s'adressant toujours à N6) ... parce que toi t'es un peu toujours en compagnonnage. Avec ton père, c'est différent je trouve
- N6 : Ouais ouais ouais ouais, moi c'était pareil, la première fois j'étais aussi comme un con,
- N4 : Il est formé directement en ville en fait. T'es sur le terrain
- N5 : Toi t'as gardé l'appel à un ami qu'on a en SASPAS. Nan mais c'est ça. L'avantage du SASPAS c'est qu'on est tout seul mais qu'on a l'appel à un ami. C'est à dire que dès qu'on a un bug
- N6 : Ouais voilà, mais finalement est-ce que si ça se développait pas d'une manière générale parce que faire six mois six mois six mois six mois pourquoi pas mais est-ce-que ça pourrait pas être un an chez un généraliste...
- N1 : Ffff (pas d'accord) j'suis tombé j'suis tombé chez des généralistes...un an....
- N6 : Nan nan mais...

- N2 : Nan mais j'trouve que c'est bien de voir différents types de...et en lieux et en personnes, d'exercice aussi

I : Si je peux me permettre, qu'est-ce-que toi tu dirais à un jeune interne dans son parcours avant d'aborder sa formation, c'est ce que tu lui dirais à cet interne-là, en termes d'objectifs... ?

- N2 : Euh...ouais j'pense, tu as raison, peut-être de faire des remplacements assez vite ça donne déjà un...une idée un peu de comment ça se passe. Euh après oui peut être d'essayer quand même oui de...mais de...des remplacements en variant les lieux et les. 'Fin c'que j'ai pas fait mais, en variant les endroits et les types de praticiens. Parce que c'est encore ce qui permet le plus de, quand même de découvrir. Après 'fin, j'dis j'l'ai pas fait parce que finalement moi les praticiens chez qui je, j'ai fait des stages et où j'ai remplacé, parce que j'ai remplacé quasiment que mes maîtres de stage, c'était parce que c'était des pratiques qui me convenaient donc j'ai pas eu, ressenti le besoin d'aller voir ailleurs, mais j'pense que quand on sait pas trop, pour avoir envie, c'est intéressant de faire différents lieux, différents remplacements...

I : Finalement on doit accepter les stages hospitaliers. Pour optimiser un p'tit peu quand même notre temps de formation, c'est plutôt là la question. Plutôt que de rajouter des remplacements quand on est de garde...

- N2 : Ouais c'est sûr. Après au niveau de mes stages, j'avais plutôt des bons stages pour une future généraliste. Euh, bon un stage d'urgences, j'aime pas du tout les urgences mais j'pense que c'est quand même important malgré tout d'y passer. Euh, gynéco-péd, on en revient c'est aussi j'pense important d'y passer parce que on en fait, on en voit. Au moins fin...
- N4 : les stages qui ne sont pas des spécialités d'organes.
- N2 : oui des stages de médecine polyvalente des stages comme ça.
- N4 : Médecine pénitentiaire par exemple des stages comme ça, comme, presque comme la médecine générale, des polyopathologies ou euh en soins palliatifs par exemple, fin. Des spécialités qui sont transversales.
- N2 : Ça c'est intéressant oui
- N5 : J'dirai aussi pas choisir uniquement sur des critères géographiques c'est à dire j'vais pas avoir trop de temps de trajet et euh le stage cool, ou au contraire choisir des stages vraiment formateurs quitte à avoir des kilomètres et aller dormir à l'internat fin...

I : C'est quoi un stage formateur ?

- N5 : Ben un stage où on a un vrai... compagnonnage par les médecins où on n'est pas laissé livrer à soi même

- (Visage incrédule de N6 avec rire nerveux de N4 en regardant N6)
- Ou ou...mais pas non plus trop superv... fin...un stage où on a de l'autonomie mais où on est quand même formé, qu'on n'est pas euh...soit juste le larbin qui range les examens, soit livré à soi-même parce qu'il paraît qu'il y a des stages de gynéco, on leur montre un jour comment marche l'appareil et après les urgences gynéco tu les fais tout seul. Moi j'ai fait les urgences gynéco mais à chaque
- N6 : A la fin tu deviens très bon.
- N5 : à chaque fois le chef venait contrôler qu'on n'avait pas fait de bêtise et puis bon, quand on est assez sûr de nous en écho, il vérifie plus toujours l'écho mais on avait une supervision.
- N2 (en s'adressant à M1) : T'imagines la patiente qui est enceinte et qui arrive aux urgences sur le premier jour du premier gars, non merci fin... (puis rire)
- N5 : Ben écho la partie écho non mais la partie urgences gynéco, le fait de répéter les examens gynéco oui parce que du coup on est à l'aise quand on se retrouve au cabinet face à une femme ; euh...quand on n'est pas à l'aise ben c'est beaucoup plus compliqué de proposer un examen gynéco, que si on est à l'aise, qu'on l'a fait des dizaines de fois aux urgences gynéco ben voilà...
- N2 : Et puis ça permet quand même de dire à la patiente comment ça va se passer quand elle ira, si on l'adresse aux urgences quoi... « Ils vont vous faire ça, ils vont vous...voilà »

I : Ça C'est le genre de truc que vous pourriez quand même donner comme conseil à un interne parce que celui qui part... ?

- N2 : de s'impliquer dans les stages ouais.

I : Pour ces raisons-là.

- N5 : Oui parce que ça va quand même resservir, un jour.

I : Ça on n'en est pas convaincu quand on y est.

- N2 : Nan pas toujours.
- N7 : On profite pas assez de ses stages quand on est int' c'est fou hein mais moi quand j'étais interne je me suis dit que j'avais pas assez profité de mes stages d'externe et, et voilà. Globalement on dit toujours : « Ah mais pourquoi j'ai pas plus retenu ou plus noté ? Ou plus euh » voilà. Parce qu'en fait je trouve que quand on est dans un stage euh...on fait tellement des choses un peu tous les jours les mêmes, que on a l'impression de les connaître par cœur et j'trouve que voilà, six mois après ...pardon, six semaines après, parfois déjà on est perdu quoi.

I : S'il fallait définir des objectifs de stages que vous auriez aimé qu'on vous dise, on était sur les objectifs de parcours en fait sur les trois ans, s'il fallait définir de manière précise un objectif de stage en rapport avec vos manques en termes de formation, quel serait....

- N1 : Si pas du libéral, faire des services qui sont pas centrés sur un organe mais sur euh, sur euh, sur pas une situation particulière. Comme, fin en fait j'paraphrase complètement c'que vous avez dit, c'est-à-dire que, effectivement, les stages de généraliste c'est quand même pas mal, même si moi j'les ai faits au CHRU et c'est des conneries. Euh...Euh...mais voilà la médecine pénitentiaire, la PMI...euh...même la médecine légale des trucs comme ça.

I : Et à l'intérieur de ces stages quels objectifs ?

- N1 : Quels objectifs ? Ah oui...Euh...ffff, ffffffff

I : Pour le futur médecin généraliste ?

- N2 : essayer justement de voir ce qui

I : Fin vous ce qui vous aurait manqué...

- N1 : Savoir euh ...
- N2 : de trouver ce qui pourra servir pour la pratique de généraliste futur quoi.
- N5 : J'dirai aussi d'essayer de trouver des stages qui vont combler les lacunes qu'on ressent, par exemple si on se sent pas à l'aise en psy, c'est de n'pas fuir la psy, mais au contraire y aller pour combler ses lacunes. (M5 rajoute tête baissée, tout bas :) J'l'ai pas fait. J'ai fait un SASPAS au stage où j'aurai dû faire de la psy. Mais euh voilà, essayer de repérer ses lacunes et d'essayer si possible de (en claquant des doigts) faire un stage exprès dans ce domaine-là pour se sentir plus à l'aise le jour où on sera tout seul face à

I : Donc stage en psy

- N5 : ben dans le domaine où on se sent pas à l'aise quoi, après si on n'est pas à l'aise en dermato, fin ça dépend de chacun.
- N1 : C'est pour ça qu'c'est...l'histoire du port...l'histoire du portfolio ça nous a...fin j'parle pour moi parce que moi ça m'a bien fait chier mais en fait c'est pas si con parce que, le fait de avant, évidemment faudrait le faire
- N4 : après coup... (pour dire après coup on s'en rend compte)
- N1 : mais avant le stage. En fait l'objectif de stage, c'est l'interne qui doit le déterminer en fait, c'est l'interne qui doit le déterminer parce que de toute façon, au bout d'un moment on est assez grand pour savoir ce qu'on, c'qu'on doit faire,

I : Selon ce qu'il détermine

- N1 : voilà.
- N3 : Y'a un problème, y'a un problème parce qu'en fait là, tu es en train de réfléchir avec les connaissances que tu as, maintenant, du libéral. Mais quand tu arrives dans ton stage en fait t'en sais rien des objectifs que tu vas devoir développer.

I : Justement, d'où l'intérêt de la question.

- N1 : Oui oui (en regardant le plafond pour réfléchir)
- N3 : Oui mais

I : C'est maintenant avec l'expérience, qu'est-ce que vous auriez changé dans votre internat ?

- N1 : oui oui oui oui, nan nan nan nan nan nan mais...Même je pense que si j'avais été plus stimulé...parce qu'en fait, grosso modo moi, mon internat moi, je l'ai passé à essayer de pas trop faire de conneries, de raser les murs ouais voilà de pas trop picoler, de, pas, de pas m'faire engueuler voilà quoi. Et euh si euh, parce que, honnêtement moi on m'd, mon premier stage d'internat je l'ai choisi parce que voilà, tu as ta place, tu dois remplir ta case, tu vois de médecine polyvalente, moi c'était les bateliers, c'est médecine polyvalente plus le CHU
- N3 : Ouais ça serait quoi tes objectifs maintenant, si tu devais le refaire ? T'arriverais à les définir là ?
- N1 : Soit euh fff (regarde le plafond pour réfléchir) nan c'est sûr que...fff ... sss...
- N3 (toujours les bras croisés) : c'est une question vraiment hyper intéressante.
- N1 : Ouais ouais nan nan nan nan t'as pas tort, t'as pas tort, t'as pas tort.
- N1 : Non, non, Je pense que, même si tu n'as pas fait de libéral, le fait de t'obliger, (plus bas) comme je ne l'ai pas fait, mais le fait de t'obliger à essayer d'anticiper même si tu ne sais pas ce qui va t'arriver mais bon au moins de t'obliger à savoir, à réfléchir à ce que tu vas acquérir au cours d'un stage c'est une bonne chose je pense. Mais effectivement, t'as raison, je pense ça a posteriori, on pense ça après : qu'est-ce qu'on aurait pu apprendre quand on était en stage ?
- N4 : C'est par exemple les stages de gynéco typiquement, les internes de médecine gé sont en suite de couches, à ...toute la journée alors que les urgences gynéco c'est super important, hyper formateur mais au final à l'hôpital on est utilisé, ils ont besoin de nous pour des trucs donc euh...
- N7 : Après, d'où l'importance sur choisir son stage déjà, fin...d'essayer par intérêt
- Ouais

- N1 : Ouais après, après il faut dépasser cette connerie de stage au CHU obligatoire

I : N5 tu disais ?

- N5 : Ben le problème c'est que on ne peut pas passer tous dans le meilleur service de gynéco
- N4 : Ils ont besoin de main d'œuvre (avec un petit sourire)
- N5 : ils ont besoin d'internes dans tous les services de gynéco et que après... mais...c'est tout le problème de ce choix de stage, c'est que ben forcément il y en a toujours qui seront moins bien servis que d'autres et que si t'as été mal servi en gynéco, t'as pas le droit de reco' tenter ta chance ailleurs parce que t'as validé ton stage de gynéco et que tu n'as l'droit de le faire qu'une fois. Après faire un an de gynéco...ce serait trop
- N7 (confirme) : C'est trop. Fin... (d'un air de dire « façon de parler ») ça serait trop
- N3 : les objectifs éventuellement à fixer ce serait : quel que soit le stage où tu es ; parce que d'façon...tout l'monde ne peut pas avoir le super stage comme vous dites, c'est de s'investir quel que soit le stage où tu es.

(Approbation du groupe)

- N1 : C'est super difficile
- N7 : Oui parce que, on s'en rend pas compte
- N3 : Parce que éventuellement c'est des qualités que tu devras développer plus tard. Tu devras, là tu vas arriver, on arrive dans le libéral, dans un secteur qui est plus ou moins inconnu, tu dois t'investir. D'accord ? Et tu dois même faire des trucs que t'as pas, que tu n'aimes pas. Donc éventuellement ça c'est un objectif tu vois ; justement tu (en s'adressant à M1) disais : moi j'vais en stage prr (fait un prout dans sa bouche), J'me la coule douce. La gynéco euh, le stage ARCF super, anomalies du rythme cardiaque j'm'en fous quoi. Donc j'me disais : « bon ben au revoir les gars hein, moi j'vais à la plage » (en faisant signe de la main « au revoir »)

I : D'accord.

- N3 : Mais, plutôt de s'dire bon ben, nan mais j'vais m'investir à la limite là-bas, moi j'étais à Calais, tout le monde s'en fout quoi du du généraliste, on y allait pas, hein (recherche et a l'approbation des autres), bon ben voilà. A la limite tu peux aussi t'investir et te dire, bon ben de moi-même,
- N2 (complète) : « j'vais aller en consult' »
- N3 : j'vais aller voir, j'vais aller voir éventuellement la sagefemme, j'vais aller en suite de couches, j'vais aller aux urgences, j'vais faire chier untel ou untel (faisant signe de dénombrer ses objectifs avec ses doigts), j'vais rester là, j'vais essayer de regarder,

j'avais essayer d'apprendre éventuellement. Des p'tites choses, des fois c'est pas grand-chose hein ; euh, c'est tout con, qui n'a pas un jour entendu un chef qui a posé une question et tu te dis « 'tin elle est géniale cette question (sourire de M2 attentif) ah il faut que je la garde parce que je vais m'en resservir », d'accord ? Mais ça tu l'as su parce que tu y étais. Mais si tu y vas en dilettante et que tu te dis euh voilà. Moi j'pense que l'objectif éventuellement ça serait ça hein. C'est de se dire si y'avait un conseil à donner aux internes, c'est dire ok ton stage il est pourri ; tu vas voir six mois, ça passe vite, investis-toi. Et tu t'en fous le chef, c'est un connard c'est un connard mais t'inquiète pas de toute façon quatre-vingt-dix pourcents des médecins sont des connards (Rires du groupe), tu auras l'habitude. Investis-toi.

I : Les dix pourcents restants

- N1 : ceux qui acceptent de ***

I : N7, tu aurais des objectifs ?

- N7 : Nan, j'suis tout à fait d'accord avec toi « investis toi ». Après, est ce que qu'on n'ose pas, est ce qu'on a la flemme ?

I : Un objectif pratique précis ?

- N7 : un objectif nan, j'pensais à autre chose c'était, un truc que j'ai pas très bien c, l'organisation de la médecine générale et finalement quand on est fin, plutôt la tenue du cabinet tout ça, c'est vrai que c'est des choses que je trouve qu'on nous explique pas trop 'fin... J'avais aucune idée de...Voilà j'sais pas si ça parle à d'autres
- N6 : Pendant le stage ambulatoire
- (Tout le monde parle en même temps)
- N7 : Ouais voilà.
- N1 : Pas à l'hôpital
- N6 : pendant le stage ambulatoire
- N7 : ah ouais nan, tu parlais des objectifs en stage ?

I : Des objectifs de stage

- N7 : nan mais j'veux dire en hôpitaux, je suis d'accord avec tout ce qui a été dit. Parfois, on n'ose pas oui aller voir les gens tout ça. Et ambulatoire oui j'p', j'pense' (en disant j'pense au fonctionnement du cabinet) ou alors on parlait des réseaux, on parlait d'oxygène, des choses comme ça on en pense pas vraiment à demander, et ouais le, un peu le fonctionnement du cabinet, ou bien même...j'trouve qu'on a beaucoup de paperasse à faire même quand on a...ne serait-ce que pour avoir, d'être remplaçant. Fin j'sais pas si...Mais moi je déteste ça les paperasses. Et voilà. En fait on en a tout plein.

I : N4 ? Des objectifs de stage précis ? qui auraient

- N7 : Savoir comment bien remplir les formulaires, les machins, on a l'impression qu'on sait et puis, j'sais pas.
- N4 : nan pas d'objectif précis... j'trouve que c'est tellement...un peu... scindé entre l'hôpital et la ville, 'fin tous nos stages à l'hôpital on parlait tellement peu des médecins généralistes à part p't'être mon dernier stage en soins pal' où on appelait tout le temps les médecins généralistes et tout, sinon on parle très peu d'eux sauf pour dire mais qu'est-ce qu'elle (tout tout bas) a foutu donc

(Rires des participants)

I : Mais qu'est-ce que ?

- N4 : mais qu'est-ce qu'il a foutu, pourquoi il a ça comme traitement. Du coup ça me donne pas d'idée d'un objectif précis qui aurait pu m'aider pour la pratique méd', non libérale quoi

I : N6 ?

- N6 : Ben... j'rebondis un p'tit peu là-dessus, de toute façon quand on est dans les services on est un peu happé par la fonction, on essaie d'être super bon, le super bon effecteur pour être bien vu machin, pas avoir de problème, pour pas qu'le chef te r'garde de travers mais...on perd vachement...(hausse la voix) des services hyperspécialisés d'organes qui ne sont pas (fait signe de dénombrer pour exclure) d'la gériatrie, de la médecine po, des soins pall', on essaie d'être effecteurs effecteurs robot et on pense pas à notre activité donc j'pense qu'il faudrait derrière chaque patient se dire « d'où il vient, comment il vit, quel est son médecin traitant qu'est-ce qu'il a fait son médecin traitant, comment je peux aider son médecin traitant, qu'est-ce que son médecin trait' comment' pourquoi son médecin traitant a merdé, on a perdu du temps
- N2 : Peut-être contacter plus facilement les médecin trait'
- N6 : qu'est-ce qu'on pourrait faire et est-ce que ...est ce que voilà est ce que le pat'[s] 'fin moi j'essaie de le faire, parce que j'ai fait tous mes stages à Béthune ou quasiment, et j'suis dans le secteur, donc tout l'monde, j'connais à peu près tous les stages et j'ai passé une annonce, à partir du moment où il y a un patient compliqué qui est hospitalisé, ils doivent m'appeler, pour tout patient. Et on résout des trucs mais y'a des fois, j'leur dis « mais non mais laissez tomber, cet examen on l'a fait y'a rien, c'est pas ça l'histoire, c'est pas ça, ça n'a rien à voir, la question c'est ça, bing. » Mais j'me dis mais si à tous mes stages d'ext' d'internes, une fois par semaine, pour le patient compliqué type j'avais pris mon téléphone... (plus bas) un peu plus, des fois ils sont pas joignables mais, si c'était dans la fonction de l'interne de contacter le médecin traitant et de faire équipe avec, ben j'pense qu'on aurait vachement plus d'idée de c'que c'est la médecine générale, des problèmes qu'on a et comment

mettre en place des stratégies, on parlait d'oxygène, ben j'étais en...j'étais en pneumo et j'ai eu un patient qui était pas sous oxygène et pourtant voilà il avait un syndrome restrictif, c'était atroce euh...Et j'lui dis : « Mais pourquoi vous avez pas laissé l'oxygène, vous savez que vous pouvez le mettre pendant au moins trois mois euh...après effectivement il faut une prise en charge de pneumo ». Le généraliste il dit « ben j'sais pas, je savais pas. » J'dis « ben c'est pas grave je vais vous donner » j'lui ai envoyé un mail, j'lui ai filé les 5 prestataires, globaux, et puis voilà, j'me suis dit du coup « j'les garde parce que j'en aurai besoin plus tard quoi ». Comme c'est, comme en essayant d'aider quelqu'un qui a un problème et en essayant de lui faire gagner du temps ben mine de rien on s'dit ben, si je suis dans la même situation que lui la prochaine fois, ça par contre j'aurai déjà la réponse. Moi l'objectif principal ça serait : pour tout patient un peu compliqué essayer de joindre le médecin traitant quelles ont été les difficultés, comment mettre en place une stratégie parce que, quand on a le nez dedans on sait très bien : « ben si faut appeler untel et puis faut appeler oxygène médical, et puis faut appeler machin et puis si il faut une polysomno ben c'est tout faut d'abord faire euh », mais ça on l'oublie complètement en fait et...les p'tits raccourcis, les p'tites astuces qui font que quand on est interne super fort on arrive à faire gagner du temps, on les perd et si le généraliste les avait on, j'pense qu'on enrichirait vachement notre connaissance du terrain, et la connaissance de l'ambulatoire sans y être.

I : D'accord. D'autres objectifs, de stage ?

- N6 : Contacter les médecins traitants
- N2 : Ouais voilà sur le moment j'y ai pas pensé 'fin, quand j'étais pendant mon int' fin pendant mon internat j'y ai pas pensé mais c'est vrai que là, en en discutant ce soir, finalement ça me paraît à la fois aussi bien pour le médecin, le patient et pour moi, ça aurait été intéressant, enfin j'dis pareil pas pour tout l'monde mais pour les patients un peu gros effectivement de de de d'échanger et de contacter le médecin traitant, j'pense que c'est, ça serait bénéfique.
- N7 : Finalement comme tu dis (en se tournant vers M1) comme on voit comment un médecin traitant connaît son patient
- N2 : Mais oui et tu parlais des courriers tout à l'heure
- N7 : et comment toi tu le connais à la fin de l'heure tu l'as vu depuis la veille au soir tu le connais ben...
- N2 : et puis tu te casses le cul à faire un courrier, bien détaillé et tout et la moitié du temps ils sont pas lus quoi. Le patient il revient le lendemain : « ça s'est passé comment aux urgences ? » « Bah ils ont pas lu votre courrier, ils ont rien fait. » « Bon ben d'accord, 'fin... » (d'un air dépité)
- N6 : C'est peut-être aussi parce que ils sont tellement stéréotypés dans leurs dictions de courrier que ils...'fin, mais bon.

- N7 : Ouais mais finalement on y était aussi, on y est allé
- N2 : Ouais on n'était pas forcément mieux quand on était à l'hôpital
- N7 : ouais c'est ça
- N2 : dans le système, c'était comme ça quoi

I : N5, un objectif ?

- N5 : après un objectif bête c'est qu'on est dans un service où il y a des gestes qui peuvent se retrouver en médecine générale essayer de les faire au maximum : genre poser un implant, poser un stérilet euh, faire un examen de nourrisson bêtement moi la première fois que je suis arrivée en pédiatrie avec des bébés de maternité euh, sss, on n'ose pas trop les toucher quoi. Essayer d'y aller quoi au maximum de faire avec le médecin derrière son dos, pour après quand on est tout seul face au patient réussir à le faire sans être bloqué et ...voilà.

I : N1, un objectif de stage ? On t'a pas entendu.

- N1 : fff non, je ne rajouterai pas grand-chose, de toute façon, j pense que... 'fin, c'est pas vraiment la question, mais y'a un moment, c'que je disais tout à l'heure c'est toi qui fait ta formation. 'Fin j'me vois mal...au bout d'un moment ça a plus vraiment de sens d'imposer des objectifs précis, des trucs comme ça parce que pff de toute façon si tu veux pas l'faire tu l'feras pas. C'est vrai pour la formation médicale continue où t'as des mecs qui viennent prendre des points de formation médicale continue en s'abonnant à des revues qu'ils laissent sous blister ou aller en congrès en Thaïlande, j'en sais rien mais c'est vrai que pour les internes, les mecs qui (en marmonnant) f***rien, il apprendra rien. Voilà.

I : Sur ces bonnes paroles.

I : Remerciements

- N4 : ça fait du bien d'parler
- N5 : mon compliment qu'ils ont fait sur ma thèse c'est la brièveté, le fait que je l'ai rendue avant et qu'elle faisait que quarante pages
- N5 a l'air de raconter en off ses premiers remplacements, ses grosses situations « j'avais eu du mal » émotionnelles...l'HAD...
- N7 parle de solitude...les généralistes adorent la reconnaissance de leur patient, gérer l'organisation de l'entreprise
- Ils parlent plus de leur internat que des premières expériences
- N7 : ajouter dans ta thèse : La gestion du temps, comment ne pas couper la chique à un patient

III. Verbatim de l'entretien individuel n°1 (P)

Quelles ont été tes premières expériences professionnelles ? De quoi te souviens-tu ?

Peux-tu raconter tes premières expériences de remplacement ?

- De remplacement, c'était chez mon maître de stage, j'étais encore interne, et à mon troisième semestre, il a demandé à ce que je vienne chez lui, c'était à une vingtaine de kilomètres de Cambrai, je connaissais le logiciel d'avant, c'était sur MAC, pas évident, je n'avais pas l'habitude des ordinateurs. J'avais déjà vu pas mal de patients avec le médecin, je connaissais un peu le caractère des gens, pas mal de pathologies pour ceux qui venaient régulièrement. Je n'avais pas de secrétaire, j'avais le téléphone puisque c'est la femme du médecin qui faisait la secrétaire, et une patientèle assez importante, mais c'était l'été donc c'était jouable. Avant le premier remplacement, j'étais hyper stressée, je n'ai pas dormi de la nuit, une fois que la journée commence, ça va vite, on n'a pas le temps de se poser entre deux, mais finalement j'ai quand même réussi à gérer.

Qu'est ce qui a semblé te manquer pour être compétente à ce moment-là ? Pour être compétente en tant que médecin généraliste ?

- Euh (blanc de 5 secondes) Au niveau dépistage, je n'étais pas énormément à fond pour des consultations de type certificat de sport ou des choses comme cela, où là j'aurai pu en profiter pour étendre au dépistage. Je pense aussi que je n'avais pas assez dans la tête des critères d'urgence à rechercher au moment de la consultation, quand il y avait des motifs, où il fallait éliminer certaines urgences, tel que l'infarctus ou des choses comme cela.

Tu ne te sentais pas compétente dans les gestions de l'urgence ?

- Euh...Ouais. Pour après la consultation, me dire j'ai tels points cardinaux me permettant de me dire que je pouvais laisser rentrer le patient chez lui car tout était nickel. J'ai appris au fur et à mesure par moi-même ou en reprenant des cours ou des formations pour bien gérer les choses.

Trouves-tu que c'était un manque au départ ?

- C'était un manque au départ, et après tu apprends ensuite à structurer ta consultation et à laisser quelques motifs de côté pour te concentrer que sur le plus urgent, l'indispensable, et ensuite te libérer de ta consultation pour les patients d'après et pouvoir te dire : « j'ai géré, je sais que je n'ai pas laissé passer de grosses choses », et puis pour le reste je pourrai le revoir en consultation pour d'autres choses parce que je sais lui dire, c'est cela qu'il faut que l'on regarde cette fois-ci et rassurer le patient pour qu'il rentre chez lui et le revoir pour autre chose, et se laisser le temps d'évaluer les choses.

As-tu des exemples des remplacements, des expériences où tu n'as pas eu cette gestion-là, où tu as eu un manque de compétence ? Le fait de prioriser ?

- Une fois, j'ai dû appeler le SAMU pour une douleur thoracique que j'ai eu du mal à évaluer, le problème est que le patient est revenu, il m'a demandé d'abord demandé de renouveler son ordonnance et puis au moment de fermer la porte, il me dit : « je suis venu une semaine plus tôt car depuis ce matin je sens des petites douleurs ». Là j'avais du mal à gérer la consultation, j'ai appelé le 15 pour demander un avis, c'était un diabétique avec des douleurs thoraciques, ils m'ont envoyé le SAMU tout de suite, peut être que j'aurais pu approfondir un petit peu plus, et pas me dire voilà je vais prendre du retard ou des choses comme cela. Ceci étant dit, je ne regrette pas d'avoir appelé le SAMU, car je ne me sentais pas compétente, j'aurais peut-être fait une erreur si je n'avais pas appelé.

Qu'est-ce qu'il t'a semblé te manquer à ce moment ? Qu'est-ce que tu as eu du mal à gérer?

- Qu'est-ce j'ai eu du mal à gérer je pense le temps de la consultation avec la potentielle urgence qui pouvait être là en fait.

Tu sais le faire maintenant ?

- Effectivement, je ne me stresse plus pour deux choses différentes, je vais me stresser en me disant qu'il ne faut pas que je passe à côté de quelque chose de gros, si je prends du retard, je prends du retard, ce n'est pas grave, je ne vais pas tout mélanger ensemble, je vais prendre les choses les plus importantes les unes après les autres. Et ça je pense qu'il n'y aucune formation mais c'est au fur et à mesure des soirs où je rentre chez moi, et je me dis, ça je ne suis pas contente, ça je ne suis pas contente. Mais plus ça va, et plus quand je rentre chez moi, je me dis, ça j'ai géré, il y a de moins en moins de choses sur le feu qui sont pas bien gérées.

Dans quelles catégories tu placerais cette difficulté-là ? Cette incompétence-là ? Comment nommerais-tu cette insuffisance de compétence ?

- Ben je dirai (blanc de 5 secondes) : Ouais, gestion des urgences en ambulatoire. Il y avait cette chose-là car c'était ce qui me stressait le plus aussi.
- Après il y a la gestion des nourrissons, car finalement on n'a pas tant de contacts que cela avec les bébés jusqu'à quatre mois, je veux dire avant la formation en ville. En pédiatrie, on y est trois mois en tant qu'interne, on y est passé en tant qu'externe du coup trois mois aussi pour moi, ce n'est pas énorme. C'est vraiment quelque chose de différent d'une autre personne, des critères, et là je me suis formée j'ai fait....

De quels critères parles-tu ?

- Déjà, ils ne s'expriment pas, il y a beaucoup d'angoisses de la maman, il faut faire la part des parents, fin des gens qui amènent les bébés avec les vrais symptômes que

présentent les bébés. On est tout de suite beaucoup plus stressé dès que l'on a un doute chez un enfant. Il y a plusieurs choses à gérer dans la consultation : la santé du bébé, les angoisses, la gestion du bébé après à domicile. J'ai fait l'attestation de pédiatrie pour cela.

Cela te manquait au départ pour pratiquer en médecine générale ?

- Oui, l'attestation m'a servi. Surtout à me donner les points à rechercher : s'il n'y a pas cela, on peut attendre, mais aussi ce qu'il faut expliquer aux parents, il y a aussi le fait d'évaluer la famille si elle est capable de le garder. J'ai appris beaucoup de chose de l'attestation de pédiatrie notamment les difficultés respiratoires avec bronchiolite. Cela m'a permis de dédramatiser. En faisant des remplacements, on arrive à juger au fur et à mesure le niveau familial : ça va le faire, ça va pas le faire quoi. On apprend sur le terrain, il n'y a pas de secret.

As-tu eu d'autres expériences, où tu as eu l'impression de manquer de savoir, de savoir-faire ou de savoir-être ?

- De savoir, il y a toujours certaines spécialités par exemple moi certains.... Tous les traitements à viser cardiologique, qui ne sont pas pour l'hypertension, c'est assez compliqué pour moi, je ne le fais pas seul, je prends toujours l'avis d'un spécialiste. Certains traitements aussi pour les dysthyroïdies, qui ne sont pas typiques. IL y a certaines choses pour lesquelles c'est un peu plus compliqué. Je ne ressens pas de la difficulté dans le sens où je demande des avis spécialisés. Cela fait perdre du temps en consultation.

Tu trouves que c'est des choses qui relèvent de la compétence du médecin généraliste ?

- Je pense que c'est du savoir du médecin généraliste. Dans certains secteurs, où les spécialistes sont moins accessibles, comme à BRUAY la BUISSIERE, je voyais des médecins qui géraient certaines choses que moi je ne me jugeais pas à même de gérer sans aide d'un spécialiste.

C'est toi qui a décidé de ne pas gérer cela ? C'est toi qui a décidé que cela ne fera pas partie de ton champ d'action ?

- C'est un savoir qui me manque. Après, comme je fais de cabinets en cabinets, je pense que le jour où je serais installée, je me dirais selon la patientèle, il va falloir que je me forme un peu plus particulièrement en cardio ou en endocrino. Je sais bien que chaque médecin traitant gère des domaines où il va aller un peu plus loin avant de passer la main aux spécialistes. Moi parfois, je passe peut-être la main trop vite aux spécialistes, c'est un peu frustrant parfois.

Est-ce que tu ne te sens pas compétente, dans certaines disciplines ?

- Ouais. Je ne me sens pas compétente dans certaines disciplines.

As-tu des exemples précis d'incompétence en termes de savoir ?

- Une fois, une jeune fille qui avait maigri énormément, j'avais fait tout le bilan endocrinien, j'ai mis le doigt sur son hyperthyroïdie car le médecin traitant sur une analyse n'avait pas fait attention, il avait laissé passer, je l'avais rappelée pour lui dire que c'était certainement à cause de son hyperthyroïdie qu'elle avait perdu autant de poids et qu'elle était fatiguée, elle avait 19-20 ans, après je ne savais pas si je devais lui mettre du néomercazole tout ça, j'ai lancé tout le bilan thyroïdien, mais après j'avais du mal à interpréter les choses, je regardais sur internet les cours spécialisés, j'ai eu du mal à prendre la décision moi-même, je suis passée par la hop line pour savoir la conduite à tenir au départ.

Alors qu'est-ce qu'il t'a manqué à ce moment-là ? Des outils, des sources, des connaissances fondamentales ? Comment tu modifierais les choses ?

- Il m'a manqué peut-être des connaissances fondamentales, et une expérience aussi, qui faisait que je n'étais pas sûre de moi.

Penses-tu à d'autres savoirs qui te sont manquants au début quand tu pratiques en médecine générale ? Quand tu débutes, après l'internat ou même maintenant est ce qu'il y a encore des choses qui manquent à ta formation ou même à ta compétence en général de médecin généraliste ?

- Je pense qu'il y en a toujours, tout au long. Mais plus ça va, plus on affine. On aurait pu avoir de manière plus renforcée dans notre formation, de la gestion de cabinet, de compatibilité, de choses comme ça auxquelles on est pas du tout habituées, je pense que sur le terrain ça nous aiderait bien, ça nous éviterait de perdre du temps par exemple au départ, pour tout ce qui est remboursement, pour tout ce qui est remplissage de papier ou de choses comme ça. Pour tout ce qui est situation médicale pure, ou situation avec gestion des gens...des choses comme ça, il n'y a qu'en étant sur le terrain, et en pratiquant, que l'on apprend. En termes de gestion de cabinet et d'entreprise, on est mal formés et mal informés. C'est peut-être pour cela qu'il y a autant de jeunes qui ne font pas de libéral.

As-tu des exemples de visites marquantes ?

- Il y a eu quelques fins de vie. Je n'en ai pas gardé un traumatisme, ni l'impression d'avoir mal géré. Cela m'a marqué car c'était des histoires de vie. Je n'avais pas de manque de savoir, ni de savoir-faire ni de savoir être. J'ai passé six mois en cancéro, avec des fins de vie, au moins une fois par semaine, et qu'en savoir être les choses sont intuitives, avec les gens je ne réfléchis pas trop. Forcément, j'ai dû être maladroite parfois, mais en gestion de la douleur, je n'ai pas de soucis personnels, mais parce que j'ai été formée aussi je pense, six mois en cancéro.

As-tu eu d'autres visites marquantes ?

- Ce qui est compliqué, c'est la psychiatrie à domicile.

As-tu un exemple ?

- Il y a deux-trois semaines, des hospitalisations à la demande d'un tiers, avec un monsieur un peu... bon ça a été gérable parce qu'il n'était pas trop agressif, et il a obtempéré, mais on n'est jamais confortable, ce n'est pas sécurisant, s'il se met à faire n'importe quoi, et à être violent, on n'a que deux ambulanciers pour nous aider.

Est-ce que tu penses que cela relève d'un manque de savoir-faire ou de savoir-être ?

- Je pense que c'est un manque de savoir, et de savoir-faire, on se débrouille comme on peut sur le terrain. Un manque de savoir, car en psychiatrie, on est très mal formé. Même parfois en cabinet quand quelqu'un a une psychose qui n'est pas compensée, je trouve que les traitements je ne les gère pas bien, je ne les connais pas très bien, même si on a fait un stage en tant qu'externe car en interne ce n'est pas obligatoire, c'est vraiment compliqué, c'est des gens à évaluer, s'ils ne veulent pas nous répondre, ils ne répondent pas, c'est vraiment difficile, c'est difficile d'avoir accès à un psychiatre en ville. Quelqu'un qui est un peu agressif, qui est impatient en face de soi, on n'a pas le temps de trouver la bonne personne au bout du fil pour nous aider ou nous donner un avis.

Est-ce une fatalité ? Ou y a-t-il des choses à changer ?

- Je pense que l'on pourrait nous apprendre, et même pendant la formation quand on est interne à savoir comment gérer des gens qui ont des troubles de personnalité, des gens qui ne sont pas dans le même réel que nous, des gens qui sont un peu violents ou des choses comme cela. Je pense qu'il y a des techniques, et que à aucun moment on nous les a apprises. Ou des choses pour nous aider... En psychiatrie, même quand on fait les stages, on est entouré de pleins d'infirmiers, les piqûres sont faites tout de suite, en ambulatoire, ce n'est pas le cas. Et ça, je trouve que c'est un manque dans la formation.

Comment se passe la gestion d'une journée de consultation ? Est-ce que, c'est compliqué pour toi ? Est-ce que quelque chose te manque dans ce domaine ?

- Tout dépend des cabinets, quand j'ai une secrétaire, la plupart du temps, elle met quelques trous surtout au début quand tu commences, que c'est la première fois que je remplace, que je ne connais pas les patients et que forcément je vais prendre un peu de retard, elle met un trou toutes les 5 consultations pour pouvoir gérer.

C'est quelque chose que toi tu as décidé avec l'expérience ou tu le savais quand tu as démarré la médecine générale ?

- C'est au fur et à mesure du temps, parce qu'au départ je faisais des journées sans trou, je ne me pausais pas, je ne mangeais pas, et le soir, j'étais claquée et pas envie d'y retourner le lendemain. Je me suis mis ensuite des trous, c'est vrai qu'au départ c'était les secrétaires qui m'ont proposé de faire cela, c'est plus confortable. Et si on est à l'heure, on a deux trois minutes pour parler avec les secrétaires, fin ça détend quoi.

Est-ce que la gestion du temps était un manque de savoir-faire ?

- Oui, je me rajoutais du stress de toujours devoir être à l'heure. Et là, ça fait quelques temps que je remplace, je priorise les choses, le fait d'être en retard, je n'aime pas, mais ça ne me stresse pas du tout. J'ai appris à relativiser. Maintenant, je choisis que des cabinets avec des secrétaires qui m'aident vraiment à gérer le temps. Alors qu'au départ, j'ai commencé dans des cabinets où en plus de ne pas avoir de secrétaire qui m'aide, je devais prendre les appels tout le temps dans mes consultations donc je perdais énormément de temps pendant les consultations. Je sais que quand je m'installerai, je prendrais une secrétaire.

As-tu des exemples de consultation qui t'ont posé problème en raison d'un manque de savoir, d'insuffisance de compétence ? Si tu avais à penser à des consultations difficiles, tu penserais auxquelles ?

- En début d'année, la patiente, avait 42-43 ans, au cours d'une mammographie, on avait trouvé des petites choses pas nettes, la biopsie est arrivée au cabinet, elle s'acharnait à appeler le cabinet tous les jours pour savoir les résultats. Le jour, où j'ai reçu les résultats, j'ai demandé à la secrétaire de la faire venir à 16 heures le soir. J'appelle sa gynéco pour qu'elle puisse la prendre tout de suite après, en fait, elle avait déjà pris rendez-vous le lendemain matin, donc j'ai dû lui annoncer qu'elle avait un cancer, tout de seule à 16 heures, c'était compliqué à gérer, je ne savais pas quel mot il fallait dire pour dédramatiser, je ne connaissais pas toute la pathologie pour répondre à toutes ses questions non plus, on avait vu les marqueurs durant notre externat, mais je ne m'en souvenais plus du tout, il y a des nouvelles chimio, des protocoles qui ont changé, ce n'était pas évident. Je ne suis pas sûre de l'avoir fait de la meilleure façon possible.

S'agissait-il d'un manque de gestion d'une annonce d'une mauvaise nouvelle, d'un manque de gestion émotionnelle, de savoir ou un manque de savoir-faire à gérer la situation ?

- C'était un manque de savoir-faire, car gestion émotionnelle je ne vais pas pleurer devant elle, je ne vais pas montrer : « la pauvre... », tout ça... Parce que je lui ai dit hein : « vous rentrerez dans un circuit spécialisé, on adaptera par rapport à l'arrêt de travail en fonction de ce que vous pouvez faire, en fonction de ce que vous avez envie. Ce qu'il a manqué, c'est un manque de savoir sur la pathologie, sur les traitements, j'étais vraiment dans le vague, et elle posait des questions précises sur le type de cancer, sur ce que c'était, sur combien de temps il allait en avoir.

Trouves-tu que c'est de la compétence du médecin généraliste ?

- Je pense que c'était à moi de répondre aux questions, à minima.

Qu'est-ce qui pourrait t'aider à répondre aux questions ?

- Juste des formulaires, ou des fiches remises à jour en fonction de l'évolution des connaissances, par exemple des cancers du sein chez une femme jeune ou des différents types de cancer parce que plus ça va, plus on découvre, où il y a des choses assez claires assez précises parce que je vais pas tout retenir par cœur je sais bien, mais si j'ai un accès internet, j'ai déjà les principales choses pour pouvoir répondre à des choses, de façon correcte à ma patiente.
- Oui Il s'agit d'un manque de connaissance des outils disponibles.

As-tu envie d'ajouter autre chose sur la gestion d'une journée de consultation ?

- Mon premier remplacement date de 2010, je remplace depuis fin 2011. Au départ, je voyais tout le monde, j'ai appris à couper à midi, et puis c'est de la médecine générale, on ne sauvera pas des vies entre midi et deux, je suis plus disponible en fin d'après-midi si j'ai coupé entre midi et deux. Si j'ai pas coupé à partir de 17 heures j'en ai marre.

La connaissance de soi, finalement, c'était un manque au départ ? Tu aurais mieux géré si tu avais eu ces expériences-là qui auraient permis de mieux te connaître ?

- Ouais. Je pense que je n'osais pas au départ, car je reprenais une patientèle, et que je voulais faire exactement comme le médecin...il n'y a pas d'utilité à faire exactement pareil. Il faut que tu vois les gens et que tu ne fasses pas de bêtise avec les gens c'est tout.

As-tu été en difficulté lors d'une demande émanant d'un patient ? Des comportements de patients ?

- Certains tentent avec les médecins qui remplacent, d'avoir des choses que leurs propres médecins ne veulent pas. Souvent, il s'agit des arrêts de travail, au départ je mettais une journée pour ne pas être en conflit avec les gens, maintenant je ne le fais presque plus. Certains viennent en fin de journée, alors qu'ils n'ont pas travaillé et on n'a pas le choix.

Pour toi, c'était un manque au départ afin de gérer ces situations ? Tu aurais préféré être briefé sur ça ?

- Oui. Car quand je donnais un arrêt de travail, je n'étais pas satisfaite, ça m'énervait. C'était compliqué, mais quand le ton commence à monter, on fait l'arrêt de travail, on ne va pas faire durer la consultation avec quelqu'un d'insistant. Je me rappelle, lors d'un de mes premiers longs remplacements de quatre semaines, une dame voulait absolument un nouvel IRM de son genou, car une opération était prévue, elle n'avait plus mal au genou, donc je lui ai dit que si elle n'avait plus mal, on ne ferait pas l'opération, que ce n'était pas la peine de refaire une IRM, qu'elle en avait une qui datait d'un mois, la patiente est devenue hystérique dans le cabinet, tellement hystérique, que je me suis dit : « Ben c'est tout, voilà je lui ai dit hein : « vous voyez le chirurgien, mais c'est pas la peine de refaire une IRM », ça m'a énervé toute l'après-

midi car c'est elle qui avait décidé et ce n'était pas moi, et que pour moi ce n'était pas justifié, en plus c'est un examen qui coûte cher. Ouais j'ai vraiment mal géré le conflit.

Tu aurais aimé être mieux formé à la gestion des conflits, aux personnalités de patients, aux réactions des patients ?

- Ouais c'est sûr ouais, mais après je sais pas comment on peut nous former. C'est quelque chose qui m'a marqué, c'est elle qui gagne, c'est elle qui décide alors que c'est moi qui me suis tapée les années d'étude. Ce n'est pas justifié. Et en plus, elle peut pas ordonner ça. Et au final j'ai dit : « bon ben je vous le donne mais vous savez ce que j'en pense » Et voilà, j'ai fait en plus de la mauvaise médecine quoi.

Le contexte ambulatoire ? Qu'est-ce que tu aurais à dire en termes de manques, d'organisation ambulatoire ? Aspects particuliers manquants ?

- (Blanc de 5 secondes) Je n'ai pas ressenti de manque énorme après je pense qu'il faut savoir s'adapter, j'ai un naturel à être assez débrouillarde. Je pense que l'expérience, on la fait vraiment en étant lâché seul on se connaît, au fur et à mesure des situations, on arrive à s'en sortir, du coup pour la fois d'après on sait plus vite comment il faut faire, je pense. Il y a beaucoup de discussions en ce moment sur le fait de rajouter un an de plus de formation, mais on continue à se former toute notre vie, on ne va pas commencer à travailler à 34 ans, alors que bon, déjà on commence tard...
- Ce qui m'a manqué moi j'y pense hein, c'est vraiment la gestion des personnes psychiatriques : pour évaluer leur comportement et ce qui va advenir, ce n'est pas naturel, ce n'est pas inné, comme une personne qui a des émotions plus proches des nôtres. Ça c'est vraiment compliqué.
- Après lorsque l'on remplace, on ne connaît pas les réseaux de soin. Et c'est pas forcément évident. Dans certains territoires, moi j'parle de BRUAY LA BRUISSIÈRE parce que c'était là où c'était le plus compliqué ben d'appeler l'hôpital, on se fait remballer, on envoie les gens aux urgences, des fois ils se font renvoyer chez eux alors que on pensait sincèrement que ça devait être surveillé. C'est compliqué quoi. Du coup on appelle les premières fois aux urgences et puis après on appelle même plus, pour se faire remballer, ça sert à rien. C'est ça qui était compliqué dans les mines. A Lille, sur Roubaix Tourcoing, j'ai beaucoup moins ce problème. C'est un problème de disponibilité dans les hôpitaux, à Béthune, ils sont surchargés, ils ne prennent pas le temps d'évaluer les gens hyper correctement.

Qu'est-ce qui relève d'un manque de compétence ? Qu'est-ce qu'il te manque pour mieux travailler en réseau ?

- Dans certains secteurs, il manque des réseaux plus accessibles quand on va les chercher sur internet par exemple. Ces réseaux existent. Il existe bien dans la métropole lilloise. Mais ailleurs, ou alors ils ne sont pas lisibles. On n'a pas été formés en tant qu'interne à les chercher, quels réseaux existent, où on peut les

trouver. Au fur et à mesure, à force de remplacer dans les mêmes endroits on les trouve. On n'a pas les moyens d'aller les chercher hyper facilement au départ. Oui, Et cela fait partie de la compétence professionnelle en médecine générale au départ.

Est-ce que les prescriptions ambulatoires t'ont posé problème au départ ?

- Non, on est relativement bien aidés par les logiciels même trop. La plupart du temps, il y a une relecture des pharmaciens, souvent ils me rappellent pour me demander même quand ce sont des petites choses de rien du tout, et je trouve cela plutôt rassurant. Donc non, je n'ai pas ressenti de manque par rapport à cela.

S'agissant des logiciels, est-ce que tu penses que c'est un manque de formation ? La connaissance des logiciels fait-elle partie de la compétence professionnelle en médecine générale ?

- Oui, ça en fait partie plutôt pour mieux t'organiser. Quand on maîtrise bien son logiciel, c'est plus facile de s'organiser et de ne pas perdre du temps avec le logiciel. Je pense que ça fait partie de la compétence de la médecine générale de savoir choisir un logiciel clair, où toutes les données sont entrées, de pouvoir du coup sortir les statistiques sur sa patientèle si cela est demandé par la CPAM ou autre. C'est aussi important pour ceux qui viennent te remplacer au cabinet, si du jour au lendemain, tu dois partir. Mais aussi s'il y a des plaintes, ou des choses comme cela. Pour le suivi du patient, les médecins que j'ai remplacés qui n'avaient pas de logiciel, de dossiers informatiques, faut pas se leurrer hein : dans les dossiers papiers il manque des données, comme le poids, les constantes à chaque fois donc pour évaluer l'évolution au fur et à mesure, si la prise de poids petit à petit mais qui sur un an se fait bien sur des dossiers papiers c'est pas fait. Avoir un bon logiciel, et puis l'utiliser correctement, ça fait partie des compétences importantes en médecine générale, c'est appris sur le terrain quand on est en stage chez le praticien.

Crois-tu que cela doit faire l'objet d'une formation au départ ?

- On a la formation sur le terrain, on voit trois logiciels différents, plus en SASPAS ça fait 6. On voit ce que l'on préfère en fonction de notre personnalité. Avoir des formations sur les logiciels, je trouve cela moins important que la psychiatrie ou la gestion de personne. Ce n'est pas un manque au départ.

La charge de patients, la charge de travail, est-ce une gestion compliquée ?

- Lorsque j'ai commencé, (blanc 1 sec) j'ai jamais fini à 22 heures (blanc 1 sec) sauf une fois, mais parce que le médecin n'était pas là la semaine d'avant, c'était en urgence. Je pense que je ne m'écoutais pas. Lors de l'un de mes premiers remplacements, de quatre semaines, je ne m'écoutais pas, lors des deux premiers jours, je bossais, je n'allais pas aux toilettes, je n'ai pas mangé, je n'ai pas bu, sur 10 - 12 heures. Et effectivement le deuxième soir, je faisais ma compta et bien sûr comme j'enchainais les patients, je prenais pas le temps pour la compta pour pas prendre de retard après, enfin voilà des choses que je ne fais plus maintenant mais,

et du coup effectivement c'était compliqué et j'ai perdu 4 kilos en 4 semaines. Après, on se dit que l'on doit tenir 40 ans, et que ça sert à rien de faire cela, et ce n'est pas pour cela que je prends mieux en charge les gens. Ça s'apprend. (Blanc de 1 sec) mais personne ne peut nous l'apprendre. C'est nous qui voyons comment on gère, ce que l'on est capable de faire, d'avoir l'honnêteté de se dire : « Je n'aime pas faire cela, je ne suis pas capable donc je fais autrement ». C'est plus facile quand une secrétaire dit « non » à notre place, « non » aux demandes des patients. Ouais Ce n'est pas évident de dire « non » au patient surtout au début.

Est-ce que c'est un manque d'entraînement ?

- Je ne sais pas si c'est un manque d'entraînement. Mais lorsque l'on dit « non » au patient, on a toujours peur que le patient se plaigne après au médecin, on n'aime jamais ne pas être aimé, que les gens disent que le médecin n'est pas gracieux. C'est ridicule, mais c'est peut-être juste de l'amour propre. Au départ, on ne se sent pas aussi compétent qu'un médecin qui a 20 ans d'expérience de plus que nous, du coup, je pense que l'on est trop gentil.

S'agissant de la gestion du côté social de la médecine générale ?

- C'est compliqué. Comme on remplace, on ne sait jamais, où s'arrête le médecin traitant et où il faut s'arrêter. Il y a des gens qui sont complètement isolés. Au début, je ne connaissais pas les réseaux, les CLIC, les CCAS, ... On ne l'apprend pas forcément, du moins jusqu'à l'internat. Et après, je n'ai pas le souvenir d'avoir eu des modules en médecine générale surtout ces réseaux sociaux qui existaient ou pas, comme les réseaux de soins. C'est compliqué, car les patients aussi parfois refusent et on ne peut pas les forcer. On ne sait pas trop quel sera le suivi. Or parfois, on est appelé pour régler des soucis sociaux.
- Par exemple, une dame de 90 ans est retournée à son domicile, son fils était complètement dépassé, l'APA devait venir, la CLIC était déjà sur le coup parce que l'hôpital l'avait appelé, tout était mis en place, ils devaient intervenir dans les 10-15 jours, le monsieur a ressorti tous ses papiers qu'il avait déjà eus au décès du mari de la dame pour faire le point, ce n'est pas mon métier et je ne pouvais pas faire cela, mais j'ai dû y rester une heure. Pour pas forcément l'aider quoi, mais il était dépassé. Quand on parlait des médicaments, on a dû refaire le point 4 fois pour être sûr de ne pas se tromper. Et c'est surtout le côté social où il était noyé quoi.

Toi dans tout ça, qu'est ce qui te manquait en tant que médecin généraliste ?

- Le problème, en tant que médecin généraliste, il faut que l'on sache où appeler. Faire des signalements, appeler l'assistante sociale, la CLIC ou les réseaux sociaux...Mais après, on n'est plus...on ne peut pas faire ça aussi quoi. Parce que c'est chronophage et que ce n'est plus notre métier. On l'a fait mal quoi.

Faire des signalements, appeler l'assistante sociale c'est des choses que tu sais faire, que tu savais faire ?

- Je sais le faire maintenant, mais depuis peu de temps. Avant je n'avais pas connaissance des réseaux sociaux et des choses comme ça.
- Autre exemple, j'ai été appelée par les voisins d'un monsieur qui avait viré toutes les aides mises en place, il était assez insupportable, il est tombé chez lui tout seul, comme il avait aucune aide il hurlait, ce sont les voisins qui venaient le rechercher tout le temps. Quand je suis arrivée, tous les voisins hurlaient de tous les côtés, le monsieur s'était fait une entorse, j'ai été obligée de l'hospitaliser, et l'hôpital m'a rappelé en me demandant pourquoi je ne l'avais pas amené en service de néphrologie, je leur ai répondu que c'était la cheville le problème, et que le maintien à domicile était impossible. Je me suis fait enguirlandée par l'urgentiste, mais je ne pouvais pas le laisser tout seul avec ses voisins qui hurlaient de tous les côtés, dans un état d'incurie et puis surtout qu'il ne savait pas se lever, pas se faire à manger, rien du tout quoi.

Qu'est-ce qu'il t'a manqué en termes de savoirs à ce moment-là ?

- Même si j'avais appelé l'assistante sociale, elle n'aurait pas pu mettre tout de suite les aides en place. Il est resté hospitalisé 3 jours, ensuite il est revenu avec les aides mis en place. Ouais c'est dommage parce que ça coûte cher à la société mais je n'avais pas le choix quoi.

Ce n'était pas de ta compétence de mettre les aides en place ? Ou finalement ça l'était et ça t'a manqué ?

- Je ne sais pas si c'était un manque de savoir, mais si j'avais connu les réseaux d'aide sociale, on aurait peut-être pu juste faire la radio et qu'il reste chez lui. Le problème aussi est qu'il y avait aussi un conflit avec tout le voisinage, la voisine est revenue avec le maire au bout du téléphone. Je me suis dit que je réglais un conflit de voisinage. Il y avait plein de choses qui s'entremêlait, du coup on est au milieu et, la part médicale là finalement est infime quoi. On essaie juste d'agir le plus correctement pour le patient. Ce sont des compétences qui relèvent du médecin généraliste, car il traite le tout-venant. Pour autant, je ne vois pas comment acquérir ces compétences.

S'agissant de la gestion des demandes urgentes des patients ?

- Lorsque ce sont des remplacements, des gens que l'on a jamais vus, on n'a pas trop le choix, car on ne sait pas ce que c'est. On est obligé de voir le patient pour voir si c'est une urgence ou pas. On n'a pas trop le droit de refuser une urgence. Donc euh, moi je me permets pas tant pis je finis plus tard mais. Ce n'est pas ma patientèle, je ne connais pas les gens, je ne peux pas cadrer. Je ne peux pas cadrer parce que si vraiment il y a une urgence, je me fais avoir. Quand ils expriment clairement que c'est pour des papiers, il n'y a pas d'urgence, par contre quand c'est médical, on est obligé de le voir. Je pense.

Il n'y avait pas un manque de savoir ou de savoir-faire par rapport à ces gestions de ces demandes-là au départ ?

- C'est apprendre à dire « non ». Au départ, on ne sait pas. On se forme petit à petit. Et puis après c'est fonction des caractères, il y en a qui arrivent mieux que d'autres. Mais je pense oui, peut-être il y a des petites formations sur apprendre à dire non quand on sait qu'on est dans son bon droit et que ce n'est pas justifié. C'est ce qu'on fait le soir quand on rentre chez soi quoi.

Si tu devais faire un bilan de tes années en médecine générale, penses-tu à d'autres choses qui t'ont manqué pour toi être compétente dans ton domaine ?

- Le premier : Les psychotiques surtout et la psychiatrie en général
- Le deuxième : Apprendre à gérer le social, comme on gère des gens, on doit gérer du social. J'ai appris l'existence des réseaux par des formations à côté, mais pas au moment de l'internat et c'est dommage qu'on ne l'ait pas appris. Apprendre à dire « non », cela fait partie de certaines techniques de communication, ce n'est pas forcément au détriment du patient, ou se faire plaisir à soi, mais c'est pour mieux gérer les choses.

Après qu'est ce qui m'a manqué ? (Blanc 1 sec)

- Ensuite, ce qu'il me manquera pour la suite, c'est pour l'installation, c'est toute la formation sur la gestion, sur la compatibilité. Je réfléchis qu'il n'y pas de chose nouvelle (blanc de 5 sec)
- Je regrette une chose, il y a peu de médecins que je remplace avec qui on peut échanger sur certains patients. Seuls 2 ou 3 sur 10 -15 m'ont posé des questions. Les médecins généralistes ne communiquent pas énormément entre eux, cela pourrait leur permettre de se remettre en question, savoir avec certaines personnes comment ils se comportent etcetera, c'est important de savoir travailler en équipe, on n'a pas appris à le faire lors du stage en ambulatoire. Je parle des groupes de paires, mais aussi dans un même cabinet, suivre à plusieurs un patient, je ne trouve pas cela délétère. Juste une fois pour certains cas qui posent problème, y'en a pas tant que ça ou certaines personnalités compliquées.

IV. Verbatim de l'entretien individuel n°2 (Q)

Qu'est ce qui te gênait le plus, où tu ne semblais pas assez compétente pour gérer dans tes débuts ?

- Qu'est-ce qu'il me semblait pas assez, euh... plutôt le coté administratif, où on n'est pas formés euh... avec tous les papiers et pas forcément toutes les subtilités que l'on connaît, donc c'est un peu difficile, après en compétence euh.....

Quel genre de subtilités ?

- Par exemple, euh Je ne saurais pas de dire ... ben par exemple, si la carte vitale ne passe pas sur l'ordi, remplir le papier, tu ne sais pas forcément tout cocher, parce que tu ne te rappelles pas forcément de tous les codes. Du coup, tu te dis : « Bon ben je vais gérer après », ou euh... quand tu es en visite à domicile, et que tu n'arrives pas à faire fonctionner le terminal Sécu, tu es un peu embêtée parce que, parce que voilà tu perds du temps. Euh... après, des fois ne pas savoir forcément répondre de manière médicale aux gens (rire), si poser les diagnostics mais euh, mais hésiter en terme de traitement, utiliser des traitements que tu n'as pas forcément trop utilisés, introduits avant, et hésiter, moi j'hésitais pas mal, enfin je n'hésitais pas à aller regarder sur le VIDAL pour me rassurer, surtout pour me rassurer, et aussi car parfois je ne savais pas totalement la posologie ou comment introduire le médicament, ça je n'hésitais pas à le faire mais tu perds du temps aussi en consultation. Les patients s'impatientent devant toi, en voyant que tu perds du temps devant l'ordi. Mais bon voilà effectivement, on n'a pas toutes les connaissances dès le départ, on apprend au fur et à mesure. Voilà après... euh...quoi d'autre ? (...)
- Après c'est gérer aussi son temps, chose que l'on ne sait pas faire, et surtout les premiers remplacements que j'ai faits, ça débordait de partout en termes de patients, c'était 30 – 40 par jour, je n'y arrivais pas, mais tu n'as pas le choix donc tu le fais.

Tu y es arrivée finalement à gérer à un moment donné ce temps-là ?

- Oui, oui, mais en apprenant au jour le jour comment faire pour gérer au mieux les choses, mais il y a beaucoup d'inconnues.

Qu'entends-tu par « pour gérer aux mieux les choses » ?

- Gérer au mieux tout ce qui est administratif en plus, tout ce qui est ben les courriers que tu reçois, il faut prendre du temps pour les lire aussi, gérer ta compta, il y a beaucoup de choses, où au début tu ne sais pas comment t'organiser donc au début tu fais des journées de 12-13 heures car tu es un peu débordée par tout cela.

Parce que tu es mal organisée en fait au départ, parce que tu ne sais pas en fait ce qui t'attend en gros ?

- C'est ça

Tu n'as pas pu anticiper ?

- Oui

Rappelle-toi tes premiers remplacements, quels sont les aspects en termes d'organisation qui te mettaient en difficulté par manque de préparation ?

- Tout ce qui est administratif, courrier, les visites, au début c'est compliqué de trouver les adresses des gens et euh... on perd énormément de temps à ne pas savoir tout cela au début, je dirais le matériel informatique, les terminaux carte vitale, fin ouais, c'est très compliqué au début, surtout les premiers jours, après cela s'estompe au fur et à mesure de la semaine, mais c'est très compliqué au début.

Rappelle-toi des situations où tu t'es sentie démunie, désarmée, est-ce que tu peux me raconter ?

- Euh..., ce n'est pas évident à sortir des exemples comme cela, (silence 8secondes) euh... qu'est-ce que je pourrais dire ? (Silence 5 secondes) euh.... (Silence 3 secondes) ben (silence) démunie je dirais, enfin, ce n'est peut-être pas le meilleur exemple, mais quelqu'un qui vient pour avoir absolument un antibiotique mais toi tu ne veux pas le mettre parce que ton examen clinique est bien. Difficile d'imposer les choses, au final, je ne le mets pas, mais les gens sont insatisfaits, ils te le font ressentir, donc tu es démunie parce que tu n'as pas fait au mieux ta consultation, tu ne te sens pas satisfaite de ta prise en charge, le patient te le fait ressentir qu'il n'est pas content, et euh... c'est plus difficile de dire non effectivement, je n'ai pas cédé, parce que tu lui expliques pourquoi tu ne le mets pas, c'est difficile de tenir tête à quelqu'un, on n'est pas habitué à avoir ce langage de négociation et de j'impose les choses, c'est comme cela, et point barre, et de... d'avoir en retour une mauvaise euh... un mauvais reflet de ta prise en charge, car le patient est insatisfait, et du coup tu sors là déçue et démunie, car tu te dis que tu n'as pas géré la chose euh... fin au mieux pour toi mais pas au mieux pour le patient et c'est difficile de gérer cette situation là je trouve.
- On va détailler dans la suite, cela va peut-être te donner des idées d'exemple plus précis. Quels types de demande te mettent mal à l'aise ?
- Euh.... (Silence 8 secondes), je dirais plus des demandes pour des certificats qui toi tu ne juges pas qu'il faut le faire maintenant, pareil négocier, expliquer aux gens et euh....
- J'ai un exemple, quelqu'un voulait un certificat de sport, je lui ai dit non, parce qu'il avait 40 ans, ça faisait 3-4 ans qu'il n'avait pas fait de sport, pas de bilan récent, il était totalement en colère parce qu'il voulait faire ses séances deux jours plus tard avec son fils, il te met bien en avant « Ouais, je ne vais pas pouvoir le faire », tu lui

dis : « ben non, il faut aller voir le cardio, après soit lui il le fera soit moi je le ferais mais je ne vous fais pas le certificat » et oui quand il y a des demandes très , très prononcées des patients...j'ai un autre exemple aussi, c'est une patiente qui voulait...qui partait en voyage au CANADA en bus, qui a des cycles longs au niveau des menstruations et qui voulait un traitement pour ne pas avoir de règles, patiente qui ne prend pas de contraception, ben ... juste pour ne pas avoir ses règles dans le bus, c'était juste cela l'indication, je lui ai dit : « ben non vous ne prenez pas de contraception, ou alors s'en instaurer une mais vous ne voulez pas la poursuivre après, la balance bénéfice-riskue, cela ne sert à rien et après il n'y a pas d'autre chose... », 'fin même s'il y avait des traitements que je n'avais pas forcément en tête, je lui disais il n'y avait pas d'indication juste pour son confort de lui mettre quelque chose, pareille insatisfaite et c'est très dur, ça te met mal à l'aise de te dire que tu ne réponds pas à la question du patient, ben moi c'est surtout ça, quand il faut expliquer les choses et que le patient ne veut pas l'entendre, c'est surtout là où je suis mal à l'aise de me dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas quoi.

Est-ce que tu as à ce moment-là, plus sur le premier exemple de certificat de sport, un doute dans ta compétence médicale ? Un doute par rapport à l'adressage au cardiologue ou au délai ?

- Non, je n'ai pas de doute, je sais que pour moi c'est cela qu'il faut faire, non non je ne doute pas et au contraire, je vais au maximum de ma démarche, je ne cède pas à la fin en disant : « bon ok je vous le fais cette fois-ci », je pose l'indication qu'il faut faire un bilan plus poussé et voilà, je vais au bout de ma démarche mais ce n'est pas évident de le faire entendre au patient et après on est en remplacement, mais garder ta patientèle en faisant des choses comme cela, les patients sont insatisfaits, tu essayes de leur faire comprendre pourquoi tu fais cette démarche-là, mais non il n'y a pas de doute.

Quels sont les patients qui te mettent en difficulté, personnalités ou pathologies ?

- Moi personnellement, ce sont les patientes hystériques, avec X demandes avec même une petite touche d'hypocondrie, ce type de patients qui ... je n'arrive pas à écouter leurs plaintes, à virer 'fin... j'ai eu une patiente qui était persuadée d'avoir un ver dans le nez, elle a vu X médecins, et on a beau lui expliquer que : « ok on peut faire des examens, mais que si on ne trouve rien, il va falloir se poser la question que c'est peut-être de l'anxiété ou d'autres choses ». Et 'fin c'est très difficile, ce n'est pas compatible avec moi ce genre de personnalités (rire).

Est-ce que tu y ressens un besoin de formation sur ce type de personnalités ?

- Oui, pourquoi pas, oui savoir les aborder, savoir via le côté psychologique, savoir sans les blesser, sans leur dire : « vous êtes folle » ou des choses comme cela, oui, il y aura une nécessité d'être formé là-dessus, ce n'est pas évident à gérer en ville ce genre de population.

En communication alors ?

- Oui, oui, la communication, on n'a pas du tout de formation là-dessus, et c'est je trouve l'essentiel. En consultation, on va dire que c'est 70% de communication et après 30 % de prescription et de choses comme ça.

Est-ce qu'il y a des patients qui te mettent en difficulté par manque de formation ?

- Oui, lorsqu'ils vont te poser beaucoup de questions, parce qu'ils auront vu sur internet que telle pathologie c'est ça ou un examen de radiologie avec des termes spécifiques que tu n'as plus forcément en tête, et qu'ils te posent des questions très spécifiques, que toi tu les as apprises mais que tu as un peu oubliées. C'est dur de répondre quand certaines personnes ont regardé des choses sur des forums de type Doctissimo ou choses comme cela au préalable, et te posent des questions du coup tu détournes un peu leurs questions, je donne une réponse assez vague, mais oui, quand il y a des questions très précises et que je ne sais pas, des fois je leur dis : « je ne sais pas, c'est trop spécialisé », des fois j'ai une vague idée, mais je ne suis pas à 100% sûre, je vais sortir une sorte d'idée un peu floue. Quand ils posent des questions trop précises ou trop poussées, là, je suis en difficulté.

Est-ce que tu y ressens un besoin de formation ?

- Formation par quelqu'un d'autre non, mais formation par nous-même oui, en continue, c'est nécessaire d'aller revoir certaines choses. Oui, il y a besoin de toujours se former par rapport aux choses que l'on a oubliées ou que l'on n'a pas eu assez de formation au préalable.

Dans quels domaines tu n'as pas eu assez de formation préalable en termes de pathologies, de personnalités pour le moment ?

- Alors, non, via notre cursus, on n'a pas suffisamment de formation dans toutes les spécialités. Je suis favorable à l'internat en 4 ans pour la médecine générale, en 3 ans tu ne peux pas passer dans tous les stages, c'est très difficile d'être formé dans les plus grosses spécialités, on n'a pas une formation assez poussée dans toutes les spécialités.

Quelles connaissances disciplinaires te semblent le plus difficile à gérer en consultation par manque de savoir ?

- Alors, moi, c'est surtout la neurologie, l'endocrinologie, car je ne suis pas passée dans ces stages, que ce soit sur mon externat ou sur mon internat, c'est un défaut pour moi, après c'est des stages que je n'ai pas choisis non plus, mais je n'ai pas eu cette possibilité, après je dirais un peu toutes, car on n'est pas poussés dans toutes les spécialités, on a une base, notre formation c'est une base, après ça dépend comment on l'apprend, comment on s'implique dans chaque spécialité, en fonction aussi de ce que l'on aime. Il y a une évolution toujours à faire derrière, c'est indispensable.

Quels aspects de la MG te mettent mal à l'aise et qui correspondent à un manque de compétences ?

- Euh... (Silence) ben je n'ai pas forcément d'aspects (silence) peux-tu redire la phrase ?

Quels aspects de la MG te mettent mal à l'aise et qui correspondent à un manque de compétence ? C'est la question

- (Silence) je n'ai pas forcément de choses qui dans la pratique de la médecine générale me mettent mal à l'aise, ça va être des situations particulières mais euh... (silence de 3 secondes) après, je pense que c'est surtout la communication, on n'a pas assez, mais après c'est chacun qui apprend au fur et à mesure, je pense que c'est indispensable pour que cela se passe bien avec les patients.

Est-ce que l'aspect libéral de la médecine générale te met mal à l'aise et correspond à un manque de compétences ?

- Non

Est-ce qu'il y a des situations de consultation autre que ce que l'on a déjà évoqué qui te mettent mal à l'aise ?

- Non

Dans quel cas le rythme de ta consultation te pose problème ?

- Quand des patients viennent à plusieurs sur un rendez-vous, ça, c'est compliqué à gérer, parce que c'est difficile de dire non parce qu'ils sont là. Des fois, on peut dire si ce n'est pas urgent, vous reviendrez, mais c'est rarement le cas, souvent on les voit. Euh... et après lorsque c'est un médecin qui fait des consultations toutes les dix minutes, là c'est difficile de suivre la chose pour faire une consultation optimale, ce n'est pas possible.

L'aspect médical de ta pratique et son raisonnement ambulatoire (les aspects qui te mettent mal à l'aise et qui correspondent à un manque de compétences) ?

- Non, je vais revenir sur ma réponse de tout à l'heure, ce sont des exemples précis, globalement, non, il n'y a pas de choses qui me mettent mal à l'aise euh (silence 10 secondes) non, je ne vois pas d'autres choses que ce que l'on a déjà évoqué dans les situations avant.

Que penses-tu de ta gestion des motifs de consultation multiples ?

- J'essaye de prioriser (rire), des fois le temps déborde et voilà, après ce qui est très énervant c'est le motif de dernière minute, on paye on se lève et là ils disent « ah au fait j'ai ça », ben c'est tout, je leur dis : « on verra ça une prochaine fois, reprenez rendez-vous, on ne peut pas tout faire », sauf si c'est quelque chose d'urgent, ce

n'est jamais le cas, mais oui ça va j'arrive à prioriser les choses, et dire s'il y a d'autre chose à faire après, au pire, se mettre un rappel dans l'ordinateur pour le revoir la fois d'après.

Quels sont les motifs de consultation où tu te sens incompétente ?

- (Silence 5 secondes soupire) euh.... Tout ce qui est trouble neurologique avec vertige, sensation de malaise. Ce n'est pas de l'incompétence pure, mais je ne me sens pas à l'aise parce que je n'ai pas tous les éléments pour pouvoir faire un examen optimal et conclure à quelque chose à la fin. Mais, la plupart du temps au final quand on fait un examen de débrouillage, les choses ne sont pas trop graves, je suis peut-être passée à côté de chose, je n'en sais rien, mais ce n'est pas être incompétente totalement, c'est juste manquer d'élément pour parfois conclure à quelque chose, mais dès que j'ai un doute sur un examen clinique, je les envoie aux urgences faire un scanner. Donc euh... on s'en sort.

La clinique, les examens complémentaires, est-ce que tu as eu à tes débuts des difficultés concernant cette logistique ambulatoire ? Et encore maintenant ?

- Non, globalement ça va après j'ai eu un peu des cas de coqueluches cet été, le biologiste nous appelait en disant que parfois il n'y avait pas l'indication de le faire, je ne sais pas, ça devait rentrer dans certains critères, toux de moins de trois semaines pour que ce soit remboursé ou parce que je ne sais pas ses raisons, des fois il nous appelait en disant : « vous êtes sûre que il y a une indication ? », je lui disais : « ben que oui si j'ai fait l'ordonnance c'est que je veux le rechercher », et du coup voilà ça c'était un peu compliqué, tu poses l'indication de rechercher la coqueluche, on était aussi dans une psychose, dès qu'il y avait quelqu'un qui toussait depuis plus de 15 jours, on allait le rechercher, forcément car on avait eu 2-3 cas positifs, et du coup il fallait gérer le biologiste qui nous appelait pour nous demander si nous étions sûres.

Cela correspondait pour toi à un manque de formation, de préparation à cette relation-là ?

- Non non ce n'est pas un manque de formation, j'avais recherché les indications PCR coqueluche sur internet parce que je ne les avais plus forcément en tête, mais non non c'était gérer gérer

Le biologiste ?

- Voilà c'est ça

La communication avec les autres praticiens de soins primaires, est-ce que cela correspond à un manque de préparation ?

- Non, car cela on a l'habitude de le faire pendant notre cursus d'aller négocier avec d'autres spécialistes. Donc cela non non, on ne l'apprend pas par nos cours, on l'apprend par nous-même sur notre cursus.

L'adhésion thérapeutique, quand est-ce qu'elle a été particulièrement compliquée à obtenir ? Est-ce que ça correspondait à un manque de compétences ? L'adhésion thérapeutique, par rapport au patient qui accepte le traitement, ou par rapport à ...

- OUI
- Euh... (silence) Je dirais que non ça va, j'essaye à chaque fois d'expliquer pourquoi on donne un médicament, et l'intérêt et je reprécise en donnant l'ordonnance, c'est à prendre à tel moment X jours, et puis on se revoit si cela ne va pas, des fois des éventuels effets indésirables les plus connus chez certaines personnes qu'on peut citer. Oui, au niveau pharmacologie, on n'a pas assez de connaissances, on a que sur une année de notre cursus vraiment des choses poussées, ça il y a un manque effectivement par rapport aux compétences médicamenteuses, après c'est comme tout, on apprend au fur et à mesure, il y a beaucoup de choses que l'on ne sait pas, mais au fur et à mesure de voir les pratiques des uns des autres, on apprend certains traitements, mais oui, il y a un manque de ce côté-là. Mais l'adhésion thérapeutique pour expliquer aux patients les choses, non : ça ça va.

C'est plutôt de l'éducation thérapeutique

- Oui

L'adhésion thérapeutique, on en parlait tout à l'heure, avec les patients qui n'acceptent pas d'avoir des antibiotiques par exemple, ça c'est dans l'autre sens, c'est l'adhésion au fait que tu ne prescribes pas, dans l'autre sens, lorsque tu prescris un médicament long court, est-ce tu as toujours pu, bien su leur expliquer, qu'ils adhèrent correctement, est ce qu'ils ont fait ce que tu leur as dit, est-ce qu'ils ont été opposants à un moment donné, ou est-ce que tu n'as pas su t'adapter à la personnalité pour qu'ils puissent adhérer au traitement ?

- Non, ça, ça va, après effectivement, il y en a certains qui ne prennent pas leur traitement, et du coup dans ces cas-là, moi je leur explique l'intérêt du traitement, les indications, les éventuelles complications s'ils ne les prennent pas, 'fin qu'ils aient bien compris la chose. Après je leur dis et après ils ont tout à fait le droit de ne pas le prendre, c'est leur propre santé, il faut juste qu'ils sachent le pourquoi et l'intérêt et puis c'est tout, après je les laisse faire. Maintenant ça, ça va j'arrive à gérer les choses. Mais toujours en expliquant, le rôle-clé de tout cela, c'est la communication là-dedans.

Quelles sont les situations de paiement qui te posent problèmes ?

- Je n'ai pas de problème à demander l'argent aux gens, cela ne me pose pas de soucis. Même quand ils demandent le tiers payant, mais que d'habitude ils ne le font pas, je fais toujours comme le médecin fait, mais oui je peux accepter un tiers payant même si ce n'est pas fait habituellement. Ce qui embêtant, c'est quand ils n'ont pas du tout d'argent sur eux, et qu'ils disent « je vais revenir », et là tu te dis « je ne sais pas s'il va revenir » donc ça c'est embêtant, mais on n'a pas le choix. On l'a vu. La

plupart du temps, ils viennent payer mais ça c'est un doute. Mais non, sinon je n'ai pas de problème pour demander de l'argent aux gens.

Quelles sont les difficultés relationnelles liées à un manque de savoir être qui pourrait être inclus dans la compétence professionnelle du médecin généraliste ?

- (Silence) les difficultés relationnelles euh ... Ben toujours le problème de la communication c'est surtout ça qui est important pour qu'il y ait un bon relationnel avec les patients, et les autres professionnels de santé, c'est nécessaire.

Le côté psychologique de la médecine générale, est-ce que c'est quelque chose qui te pose problème par manque de compétences, manque de savoir, savoir-faire, savoir-être ?

- Non, parce que c'est quelque chose que j'aime bien. Donc gérer le côté psychologique en ville ça me va. Après c'est juste euh...adresser vers des psychologues en ville ou CMP, c'est difficile de le faire adhérer cela aux gens parce que soit c'est trop long par les CMP pour les rendez-vous soit c'est payant, là, il y a un problème derrière, donc on fait au mieux en ville, mais il y a des problèmes de prise en charge de ces troubles en ville. Pour faire suivre les gens, c'est très difficile.

Est-ce que ce n'est pas de ta compétence en tant que médecin généraliste de répondre à ces problèmes-là ?

- Si c'est fait, mais on peut les voir une fois tous les 15 jours, mais le travail psychothérapeutique on n'a pas les clés pour faire avancer les choses, et puis voir quelqu'un une fois tous les 15 jours ou tous les mois, ce n'est pas suffisant, on va plutôt voir l'indication d'un traitement ou la gravité d'idées noires ou des choses comme cela, on ne peut pas faire une psychothérapie en médecine générale.

Ce n'est pas un manque de formation, ce n'est pas à nous, ce n'est pas notre champ de compétence ?

- Si, il y a un manque de formation et un manque de temps. Ça devient pas de notre ressort avec tout cela, c'est ni le temps ni les compétences pour faire ça quoi, c'est pas possible. 23 euros pour 45 minutes une heure avec un patient ce n'est pas possible.

Le côté social de la MG, y éprouves-tu un manque de compétences, un besoin de formation ?

- Oui oui tout à fait (rire). Il y a beaucoup de choses, on ne sait pas où s'adresser, alors, oui il y a les assistantes sociales en ville, j'oriente souvent les patients là-bas, mais leur dire ce qu'ils peuvent avoir et puis euh 'fin non, on a un réel manque de compétences sur cet aspect social en ville.
- Ni savoir à qui s'adresser ni savoir quelles sont les demandes que l'on peut faire, les demandes d'APA à l'hôpital oui, c'est les assistantes sociales qui nous ramènent les

dossiers, mais en ville, comment ont fait, c'est un flou total sur comment prendre en charge de manière sociale les patients, leur faire des demandes d'APA, ou comment augmenter leurs aides, je n'ai pas du tout de connaissances, je sais qu'il y a le CLIC ou le CCAS qui existent mais fin voilà après on bouge aussi d'endroit pour remplacer, on n'a pas le temps de prendre connaissance avec ces structures. Du coup, on ne peut pas faire de social en tant que remplaçant, ce n'est pas possible.

Le côté médico-légal et juridique de la MG, y a-t-il un manque de savoir, de savoir-faire ?

- Alors oui, après tout ce qui est certificat, je reviens sur les certificats, mais de manière juridique euh, on fait des fois des certificats qui engagent euh notre responsabilité, on ne sait pas trop jusqu'où ça peut aller, mais oui il y a beaucoup de choses qui ne sont pas ..., on n'a pas toutes les clés pour savoir ce qui est bien à faire ou ce qui n'est pas bien, ce qu'il faut noter spécifiquement pour se couvrir à minima, oui il y a beaucoup de choses qui ne sont pas claires. Par manque de compétence. On n'a pas eu du tout d'aspect médico-légal sur notre cursus.

C'est plus pour conduire ta consultation ou pour te couvrir ?

- C'est pour se couvrir oui.

Quelles sont les compétences qui te manquent le plus depuis la fin de ton

DES ?

- Moi je dirai surtout, en premier les compétences en termes de communication, négociation. Je pense que c'est la clé de tout. Parce que après, on a beau ne pas être compétent dans toutes les spécialités, si on n'explique pas bien aux gens, ils ne vont pas être contents ou ils ne vont pas... ils vont faire n'importe quoi avec leur traitement. C'est important et on a que 6 heures sur notre cursus sur nos 9 ans d'étude c'est, encore 6 heures (**) avec un prof compétent mais p't'être des fois c'est pas des profs compétents 'fin qui expriment bien les choses. Après euh... Oui manque de compétence dans certains domaines médicaux, dans certaines spécialités... 'fin. On a une base mais tout n'est pas approfondi, c'est à nous après, c'est normal, la médecine aussi évolue, c'est à nous de nous tenir au courant. Mais il y a encore énormément de choses que l'on regarde pour refaire le point sur certaines choses ou s'assurer que c'est bien ce qu'il faut faire, la bonne démarche.

Quelles sont les situations lors des visites qui ont été délicates pour toi ?

- Euh... (silence) ben (silence) ce qui est embêtant en visite, c'est quand on n'a pas l'ordonnance précédente et que les gens ne connaissant pas leur traitement, du coup, pour le peu qu'il soit un peu dément (rire) et du coup on n'est un p'tit peu... Et qu'il n'y ait pas de dossier médical mis chez les patients, c'est un peu compliqué de savoir. J'ai eu une patiente, elle me dit : « je prends ça, je prends ça », elle avait une 40-50aine d'années, elle me dit : « je prends de la morphine », je lui ai dit que rien ne

prouvait qu'elle en prenait, et que non je ne vous le mets pas, la pharmacie injoignable, elle n'avait pas d'ordonnance, elle n'avait pas son traitement chez elle, je ne lui ai pas mis, parce que déjà elle ne savait pas forcément la posologie précise, je n'allais pas mettre de la morphine chez quelqu'un qui n'en avait p... peut-être pas, du coup c'est compliqué d'être... euh... de ...'fin de renouveler des choses s'il n'y pas de dossier sur place, si les patients ne te présentent pas les bons documents, tu engages ta responsabilité à faire certaines choses ou pas, 'fin c'est à toi de décider de le faire 'fin, ça c'est compliqué

Y a-t-il un manque de formation, un manque de savoir ?

- On n'est pas formé pour faire des visites, au final, c'est une consultation comme au cabinet, c'est une consultation, sur le point de vue médical, c'est comme au cabinet, c'est juste le coté, tu es chez les gens, tu n'as pas forcément le matériel comme tu veux, et tu ne peux pas te déplacer comme tu veux, examiner les gens c'est plus compliqué, après je ne suis pas sûre que l'on ait besoin de compétence là-dessus, ni de formation spécifique pour les visites.

Le fonctionnement du cabinet, est-ce que cela correspondait à un manque de savoir-faire ?

- Le fonctionnement en soi non, c'est plutôt le coté administratif, là il y a un manque de compétence, on est devant des papiers on ne sait pas comment les remplir, ce qu'il faut faire.

L'hygiène du cabinet, les commandes, le matériel informatique, la gestion du planning, le secrétariat

- Ça, on apprend au fur et à mesure je dirais, après euh ..., ça va être après plus, le... Si quelqu'un veut s'installer, c'est un manque de compétence sur quel est le type d'exercice que tu veux pratiquer, est ce qu'il faut créer une société pas de société, prendre des parts, c'est un flou total. Mais en cabinet en soi, il n'y a pas de choses, a part le côté administratif, et toute la paperasse, le reste on apprend au fur et à mesure les logiciels, on les découvre. Il n'y a pas besoin de choses spécifiques pour le cabinet.

La gestion des modalités du libéral : les assurances professionnelles, les différentes cotisations, le mode d'installation : y avait-il un manque de connaissances, de savoir-faire ?

- Oui tout à fait, sur tous les points que tu as cités. Côté assurance, qu'est-ce qu'il faut assurer ? Après, la prise en charge de notre santé n'est pas terrible, on est obligé d'avoir une assurance complémentaire, qui est parfois difficile, 'fin moi j'ai toujours pas 'fin j'ai eu des difficultés par rapport à mes pathologies antérieures à trouver une assurance qui me couvrait, cela a été très très dur. Après, oui, tout le coté, CARMF, URSAFF, toutes les choses qu'il faut savoir par rapport à un cabinet, on n'a pas les infos, on est obligé de les chercher, on se transmet les filons entre nous, il n'y a pas

ni de formation lors de notre cursus ni de site spécialement dédié où il y a toutes les informations, il faut vraiment chercher et c'est compliqué. Même la déclaration des impôts, au début, c'est très très difficile.

Je vais te demander de te replonger dans tes premiers remplacements, as-tu des choses à rajouter ?

- (Silence) Non. (5 secondes) je n'ai rien de plus à rajouter.

On a fait le tour de tes insuffisances de compétences ?

- Oui, nous avons fait le tour

V. Verbatim de l'entretien individuel n°3 (R)

Te souviens-tu du thème de l'étude ?

- Le ressenti des jeunes médecins sur les études, sur leurs formations ?

La question de recherche est : les insuffisances de compétence professionnelle (formation ou non). On va parler de l'exercice de la médecine générale dans toutes ses composantes. Peux-tu me dire ce qui t'a manqué le plus comme ressources de savoirs, savoir-faire, savoir être pour exercer la médecine générale ?

- Des ressources ... savoirs ben pas tellement ... parce qu'en fait, on est ...j'étais ..., je trouve que j'avais suffisamment de connaissances, de connaissance pure pour exercer le boulot de médecin généraliste, après c'était vraiment le...c'est plus dans le savoir-faire, le savoir être, il y avait plein de petites choses que je ne savais pas, des choses, qui maintenant avec du recul, je me dis que c'était rien, je me suis fait, j'me suis fait du souci pour rien. Ouais des p'tites choses...l'exemple typique c'est vrai : comment soigner un rhume ; au début, j'avais peur de ça, parce que finalement on nous l'a jamais enseigné vraiment, et puis on se rend compte qu'en médecine générale on traitait des choses que l'on ne voyait pas vraiment en cours, voilà donc c'est des trucs, du savoir-faire qui ne sont pas finalement dans le cursus classique. Euh, il y a des choses que l'on découvre en médecine générale, en cabinet, et que l'on n'a jamais vues en cours, donc c'est surtout ça qu'il me manquait. Et puis dans le savoir être, c'est surtout euh, c'est surtout euh comment dire, ben il y avait pas mal de situations nouvelles, de relation avec le patient où je me sentais un peu dépourvu et je ne pensais pas être en difficulté dans certaines dans certaines situations.

Comme quelles situations ?

(Ne répond pas à la question mais continue son monologue) :

- Donc euh...mais ça c'est difficile à apprendre, je ne veux pas dire que c'était un manque de formation par rapport à ça, mais en tout cas ça manquait.

Dans quelles situations, tu étais mis en difficulté ?

- Ben par exemple, quand les patients contredisaient ce que tu proposais en termes de prise en charge, ça, c'est arrivé assez souvent, je me suis dit merde, bon ben c'est tout, j'insiste, j'insiste pas, j'me suis dit mince je n'étais pas préparé à cela, c'est ça c'est surtout cela. Et euh...ouais nan, c'est ça c'est surtout ça en fait.

Les réactions des patients, des patients un peu opposants aux soins

- Opposants... Ouais des réactions un peu surprenantes, ben que je n'imaginai pas. Après j'allais dire : finalement c'est à force, ça ça s'apprend pas je ne pense pas mais c'est à force de rencontrer ces situations-là, je me forgeais un peu mon caractère de médecin généraliste finalement, ma posture de médecin généraliste, au fur et à mesure des rencontres et des relations avec les patients.

Tu disais, au départ, manquer de savoir-faire sur des situations atypiques, situations que tu n'avais jamais rencontrées, et maintenant cela ne te manque plus finalement, pourquoi ?

- Nan, ben je suis bien dans ma pratique. Je suis bien. Je suis mûre, on va dire.

Qu'est-ce qu'il t'a permis de relativiser ces sentiments d'insuffisances, de manques de compétence au départ ?

- En fait, je pensais ne pas savoir plein de choses, mais en fait, au final on se rend compte que l'on sait pleins de choses, on sait plein de choses pour traiter les maladies, pour les comprendre, pour faire les diagnostics, la démarche clinique médicale finalement, ça me rassurait de le savoir en fait. J'étais en difficulté, non pas sur des problèmes médicaux, mais plus sur des problèmes administratifs, de relations, et puis voilà pour des petits détails. J'ai vite relativisé parce que je me suis dit au final, d'un point de vue médical je ne fais pas d'erreur, je suis plutôt à l'aise médicalement parlant. Voilà, après c'est des p'tites choses ouais, des détails d'ordre relationnel et administratif, et je me suis dit qu'au fur et à mesure, ça allait arriver, et c'est ce qui est arrivé.

Qu'est ce qui est arrivé ?

- Le fait d'être à l'aise dans toutes ces petites situations que l'on n'avait jamais rencontrées.

Est-ce que tu as un exemple de situation ?

- Il y avait la situation des patients opposants. La situation des... Après, le truc tout bête, c'est les vaccins, on t'apprend un schéma vaccinal, à l'hôpital, je n'ai pas forcément appris à vacciner, quand je me suis retrouvée en cabinet de médecine générale, j'ai appris quand j'étais en SASPAS mais après lors de mes premiers rempla, j'hésitais encore, je n'étais pas tout à fait à l'aise avec les vaccins. Avec du recul maintenant, je me dis que c'est, c'est bizarre, mais c'était comme ça, et puis voilà, à force d'exercer, tu apprends.

C'est la technique, qui te manquait ?

- C'est surtout la technique, ouais le fait de vacciner, ça, après le schéma vaccinal que tu connais, on le connaît, ou alors on a un pense-bête, c'est vraiment le fait de vacciner, la vaccination, c'est un truc tout bête maintenant, mais c'est un truc qui m'a perturbé au début en tout cas.

Le fait de repérer les âges pour vacciner, et de ne pas oublier de le faire, c'est ça qui te gênait ?

- Pas forcément ça, car tu peux avoir un pense-bête. Mais c'est vraiment le, ben simplement quand la première fois tu dois débiller un vaccin, que tu dois trouver la, mettre la bonne aiguille, surtout avec les gamins : comment les positionner, ben piquer où : ça allait, mais comment les tenir, comment... est ce que la maman t'aide, ouais c'est ..., j'ai souvent piétiné, j'ai souvent eu du mal dans ces situations-là, et puis maintenant c'est bon, j'ai ma technique, je sais comment je vais piquer, quand je vois que le gamin se débat, qu'il ne se laisse pas faire, j'ai, j'ai mes parades. Mais au début : voilà, j'étais en difficulté, je savais qu'il fallait vacciner, je savais à peu près où, mais voilà il y a plein de situations délicates ; voilà. C'est pas comme dans les bouquins.

Est-ce qu'il y a d'autres gestes pratiques ambulatoires qui étaient compliqués pour toi ?

- Pratiques euh..., ben il a bien fallu apprendre le test de diagnostic rapide, STREPTOTEST mais bon après ça c'était pas...ça a été rapide mais... euh d'autres gestes ... non ben les sutures tout ça, j'avais appris à l'hôpital, ça il n'y avait aucun souci. Après qu'est-ce qu'il y a d'autre comme geste ? ... non, après il n'y a pas forcément d'autres gestes techniques. Si après... oui et non en fait, pour tout ce qui est gynéco, ben j'étais à l'aise en fait au tout début de mes remplacements, mais le problème est que je n'ai remplacé que des hommes qui ne faisaient pas de gynéco, j'ai carrément perdu, finalement j'avais l'impression d'avoir une compétence gynéco, que j'ai perdue au fur et à mesure de mes remplacements, parce que je n'ai pas eu l'occasion justement d'exercer la gynéco en remplacements, c'est peut-être l'inverse de tes questions mais... ça, ça arrive. Il y a le fait de savoir, mais après il y a aussi le fait de pratiquer qui te permet d'avoir la compétence.

Ça fait partie un peu de la formation continue nécessaire ?

- Ah bah là-dessus, ouais, carrément

Dans quels cas, au pluriel, as-tu manqué le plus de pertinence dans ta pratique ? As-tu des exemples ?

- Pas assez pertinent ... euh...manque de pertinence ... c'est à dire que j'avais l'impression d'improviser, que je faisais des choses et que j'y allais sans conviction ?

Que tu as pu corriger après, avec une certaine réflexivité ? Que tu as dû improviser ?

- Il y en a plein hein tu veux que je ressorte des...

Là, où il y avait des conséquences par rapport à la vie ou à l'état de santé du patient ?

- Non pas forcément. A chaque fois, j'avais les connaissances médicales suffisantes pour ne pas faire de bêtises. Mais après il y a du tâtonnement, pas de l'improvisation, gérer un patient en ambulatoire, on a de la chance de pouvoir le revoir à plusieurs reprises, il y a toujours moyen de piétiner sans donner le sentiment de ne pas savoir, de ne pas y arriver.

C'est quelque chose que tu savais faire, gérer cette incertitude ?

- Ben ...ça j'avais appris en SASPAS justement... cette notion d'incertitude. Même si en médecine générale, on n'est pas obligé de tout savoir tout de suite, avec des réponses tout de suite aux patients, que l'on pouvait gérer sur plusieurs rendez-vous. C'est ce que j'ai toujours fait. Et effectivement c'est une parade intéressante, qui te permet de réviser entre deux consultations, et de préparer la consultation suivante en ayant fait quelques recherches pour pouvoir mieux gérer, mieux orienter le patient, ça ne m'a jamais gêné ça, de ne pas savoir sur le moment, pas de botter en touche, de reprogrammer une consultation, et de faire des recherches entre deux, ça arrivait assez souvent, ça arrive encore un peu maintenant, mais avant oui, je me permettais de faire ça.

Est-ce qu'il y a des consultations difficiles, des types de consultations qui étaient difficiles pour toi ?

- Des types ... euh Tout ce qui touchait le ... un peu quand même la femme, même si j'avais fait pas mal de stage en gynéco, et des bons stages, justement en termes de relation, dans un cabinet de médecine générale, je ne trouvais pas ça du tout pareil, c'est toujours difficile d'aborder notamment la question de la contraception avec les jeunes filles, avec une relation triangulaire avec la mère, je n'avais pas connu ça en fait en...en...à l'hôpital, et donc là les demandes de contraception avec la mère à coté, c'était délicat, on devait aborder les questions des MST, des rapports sexuels protégés-pas protégés, et avec la mère à coté c'est toujours difficile, en plus en tant que homme, c'est toujours difficile de demander à la maman de sortir, voir la jeune fille toute seule, ça c'est vraiment une situation complexe, euh et puis d'ailleurs, je ne suis toujours pas à l'aise. Après c'est euh...j'ai fait le choix de, ben de faire assez simple, et puis ben j'ai une collègue femme au cabinet qui m'oriente facilement (se corrige) : j'oriente facilement vers elle pour les examens gynéco, voilà on se partage le boulot comme cela. Cela a toujours été une situation difficile, et euh.... La question c'était : dans quels domaines ?

Les types de consultations qui étaient difficiles pour toi par manque de savoir, de savoir-faire, savoir être ?

- Il y en a un autre, pareil c'est toujours dans le domaine de la gynéco, c'est le traitement hormonal substitutif, à l'hôpital, on ne voit pas cela du tout, je n'avais pas vu cela en stage pratique, c'est pareil c'est une situation assez délicate, sinon c'est tout, ... les domaines je réfléchis, Non après tout ce qui est classique cardio, gastro, pneumo, ces domaines médicaux ça allait rhumato ça allait, la psy bah, la psy ça allait j'aimais bien tout ce qui est en psy, les thérapies de soutien et le suivi des patients, j'ai pas rencontré de difficultés, des névroses. En psy, il y a toutes les situations d'urgence psy, avec les certificats HDT, anciennement HDT-HO surtout HDT, où là je trouvais toujours cela compliqué, je ne trouvais jamais mes modèles de certificat HDT. J'avais une certaine appréhension par rapport à cela, je m'étais toujours dit « je n'aimerai pas vivre cette situation-là » et quand je vivais cette situation-là, j'avais l'impression pour le coup de ne pas être efficace du tout, d'improviser, et de ne pas être sûr de ce que je faisais. Maintenant ça va mieux, j'ai toujours une appréhension par rapport à ce genre de consultation, mais maintenant ça va mieux.

Les consultations où il y a une demande d'HDT, c'est ça ?

- Oui

Gérer le patient psychotique, en état de névrose, possiblement agressif, est-ce que c'est quelque chose qui t'a mis en difficulté ? Est-ce qu'il y a des aspects de la gestion du patient psychiatrique qui te mettaient en difficulté ?

- Ces situations-là, je dirais que c'étaient une crainte en fait pour moi, j'appréhendais, je ne voulais pas, j'espérais ne pas en avoir. Finalement, je n'en ai pas eues, quand j'ai commencé à exercer, je n'en ai pas eues tellement, même quasiment pas. Au fur

et à mesure, comme j'étais plus à l'aise dans la pratique, je me disais que si j'en avais, je serais à l'aise. J'en ai eu plusieurs là en un an, je les ai bien gérées, car je me sentais à l'aise moi-même, je n'avais pas forcément plus de connaissances par rapport à ces situations là, mais c'est le fait d'être à l'aise, qui faisait que je n'avais plus peur de les gérer, et donc je les ai bien gérées, et puis voilà, c'est passé tout seul. Et après j'étais obligé, c'était lors d'une astreinte, on m'a dit HDT, j'ai dit : "ok HDT" et puis je suis allé avec le certificat, j'ai imprimé le certificat, j'y suis allé, j'ai analysé, j'ai discuté, j'ai fait le certificat et puis voilà, point barre. Donc finalement c'est, au début c'était plus une crainte, peur de tomber sur ce genre de situation, mais avec le temps, je me suis forgé une posture de médecin généraliste, j'étais plus à l'aise dans ma pratique. Le jour où je l'ai eue, ben finalement j'étais bien à l'aise et cela ne m'a pas posé de problème.

Qu'est-ce qui t'a permis d'être plus à l'aise, quelles compétences tu as acquises pour pouvoir mieux gérer cette situation ?

- Ce sont des compétences relationnelles. Clairement, ce sont des compétences relationnelles parce que...voilà avec le relationnel, on peut tout faire, on peut tout expliquer aux patients, on peut gérer n'importe quels types de situations, et quels types de patients. Il suffit avant tout d'être humain, d'être à l'écoute, de savoir négocier, de savoir expliquer. Voilà sinon ce sont vraiment les compétences relationnelles qui se sont... construites au fur et à mesure de la pratique, que je n'avais pas totalement à la fin de mon cursus, mais que tu continues à construire au fur et à mesure après de ta pratique, et je pense que l'on n'a pas fini de se former du point de vue relationnel.

Est-ce qu'il y a des aspects en termes d'organisation, dans la gestion du temps, du rythme de la consultation, une journée, qui t'ont posé problème ?

- Consultations libres ! Les consultations libres, je trouve ça horrible. D'ailleurs, je n'en ai pas. Je me suis installé, et j'ai dit NON, jamais de consultations libres. En termes d'organisation, je ça, je trouve ça pas...pas approprié... pour moi en tout cas.

Est-ce que c'est un manque de compétence, est-ce que ça correspond à un manque de savoir ou de savoir-faire ?

- Peut-être que je ne sais pas faire vite les choses, en tout cas, je me force à les faire doucement, c'est à dire prendre le temps avec le patient, je ne peux pas concevoir que l'on puisse voir un patient en cinq minutes, même si c'est juste pour une virose si c'est juste pour un trauma d'un membre, voilà y'en a certains qui peuvent faire ça vite, en cinq minutes, moi je ne sais pas faire, même si je sais faire, je prends toujours mon temps, j'essaie toujours de faire autre chose et de discuter avec les gens.

Ce n'est pas un manque de compétence pour toi ?

- Non, ce n'est pas un manque de compétences, c'est une façon de voir les choses, une envie de travailler euh, et puis cela correspond à son propre tempérament, à ses propres convictions. Ouais ça c'est en dehors du cadre des compétences.

Conduire la consultation, on est là dans le face à face avec le patient, conduire la consultation, est-ce que cela te posait problème ?

- Non, ça par contre pour le coup, grâce au SASPAS franchement j'étais carré, j'étais niqué là dessus et, non non avec tous les temps... tous les temps de la consultation, nan nan franchement ça non, et puis c'est un peu ce que l'on apprend hein, déjà en théorie on apprend le déroulé de la consultation avec interrogatoire, antécédents, l'histoire de la maladie et après la gestion de l'examen clinique euh voilà on le savait en pratique, j'trouve que c'est quand même quelque chose que l'on travaille pas mal en stage après euh, à l'hôpital; et vraiment en stage en médecine générale N1 et SASPAS, on déroulait quoi on ne faisait que cela, et souvent j'avais des maîtres de stage qui me faisaient réfléchir là-dessus, donc quand je suis sorti de mon internat ouais pour le coup, pour la démarche clinique finalement, je pense que j'étais totalement compétent. Ça, ça ne m'a pas posé de soucis.

Conclure la consultation en 15 minutes, est-ce que cela t'a posé souci ?

- Non, non et puis y'aurait juste quand il y a plusieurs motifs, où là il y a le motif de fin de consult', là c'est pareil j'avais déjà des notions aussi de comment hiérarchiser les motifs et comment quand il y a un motif de fin de consultation, c'est à dire on essaie de rebondir sur un autre rendez-vous, donc c'étaient des petites techniques dont j'avais conscience. Donc non, c'est facile à gérer. Après moi, c'est vingt minutes la consult et non 15.

La gestion d'une journée de consultation, est-ce que ça correspondait à un manque de savoir, un manque de compétence pour s'organiser ?

- Non, pour m'organiser ça va, je n'ai pas de soucis d'organisation, je ne pense pas, j'ai toujours été carré, c'était un grand atout pour bosser en médecine générale, non non, je ne pense pas que ça fasse appel à la compétence. Après c'est plus l'envie d'une certaine organisation de travail en fonction de ses convictions, Il y en a qui vont vouloir travailler non-stop de 7h à 22h, d'autres non, voilà c'est, chacun son truc, après moi, j'ai eu la chance quand même de remplacer pendant sept ans, j'ai vu plein de modèles différents d'organisation, il y en a certains qui me plaisaient, d'autres qui me correspondaient, certains que je détestais, donc voilà et au fur et à mesure, j'ai trouvé mon modèle à moi. Ce n'est pas une compétence, c'est une façon de travailler qui nous correspond et dans lequel on est bien quoi. Pour vraiment se sentir bien.

La gestion des demandes urgentes dans la journée, qu'en dis-tu par rapport aux compétences de médecin généraliste ?

- Ça rejoint l'organisation, je sais qu'il y en a donc on essaie toujours de s'organiser pour essayer d'anticiper, je ne sais pas si c'est une compétence pour toi mais, euh...ouais anticiper... bien s'organiser pour pouvoir anticiper ces demandes urgentes, et après dans la gestion de l'urgence même, euh non je n'ai jamais été mis en difficulté, après les urgences en ambulatoire c'est relatif. C'est pas non plus des grosses urgences qu'on peut rencontrer sauf parfois si vraiment on a un gros truc. Ouais nan pour gérer ça va

Est-ce que tu as eu des situations d'urgence où tu as eu des difficultés pour la repérer, ou pour la gérer ? Est-ce que tu as des exemples en tête de situation urgente ?

- Non. Non au contraire non, pour ça euh...

Des difficultés à gérer ?

- Non pour tout, toutes les urgences, j'ai toujours eu l'impression de bien gérer, a posteriori, je n'ai pas fait de bêtises, je ne suis pas passé à côté de quelque chose. Et au contraire c'est assez chronophage, cela m'embêtait, parfois c'est embêtant, hein d'avoir une urgence euh...une douleur tho, une suture à faire entre deux, mais au final ça fait du bien. Ça fait du bien de faire euh, de casser un peu la routine du quotidien de médecin généraliste. Mais non c'est pas...je n'ai pas de problème pour ça. Je voulais être urgentiste avant. J'ai toujours aimé un peu l'urgence.

Est-ce que l'aspect social de la médecine générale t'a posé des difficultés par manque de connaissances, de savoir-faire, de savoir-être ?

- Ouais ! Alors, c'est une bonne question ! Donc ouais, j'ai un manque de connaissances, et encore maintenant, j'aurais toujours un manque de connaissances, ça c'est sûr dans le domaine du social, par contre je me suis dit dans le domaine social il vaut mieux connaître quelqu'un que quelque chose. Il vaut mieux connaître les bons interlocuteurs, savoir se débrouiller en connaissant des personnes ressources, et quand il y a un problème social, moi je contacte les personnes ressources. Donc effectivement, j'ai un manque de connaissances assez clair, mais par contre voilà mon adaptation a fait que ben voilà j'ai un lien, c'est euh comment dire je sais pas si c'est...ouais c'est un savoir-faire, le savoir-faire c'est de savoir accrocher la bonne personne ressource, et de les identifier, les connaître sur un territoire, et de les solliciter quand il faut. Mais voilà d'un point de vue social je suis incapable de dire quel formulaire, quelle demande, quelle aide, à quel moment, auprès de qui, je sais qu'il y a des personnes ressources sur mon territoire, les assistantes sociales, des plateformes d'appui comme on dit là, voilà je les contacte je leur dis : "j'ai un problème social, c'est à vous, de gérer."

Est-ce que la connaissance de ces réseaux, de l'acteur social que tu vas appeler, est-ce que c'est quelque chose que tu ne connaissais pas au départ ?

- Ouais je ne les connaissais pas au départ, après c'est...comme je remplaçais, je changeais toujours de secteurs, c'est parfois difficile de repérer les acteurs, euh mais là comme maintenant je me suis installé, j'étais dans une démarche d'installation, je me suis dit bon, je suis installé, c'est mon territoire, et donc j'ai fait l'effort de tout de suite repérer les interlocuteurs sociaux. Et... parce que je savais que j'en aurai besoin, et qu'il fallait absolument que je les connaisse.

L'aspect psychologique, les demandes psychologiques en médecine générale, est-ce que c'était au départ pour toi des demandes pour lesquelles tu n'étais pas compétent pour répondre ?

- Non, ça a été tout de suite, c'est vraiment un domaine que j'aime bien, j'avais fait beaucoup, j'avais fait des stages en psychiatrie et notamment au CAC à Lille, centre

d'accueil et de crises, donc on faisait pas mal de consultations d'urgence en psy, j'ai fait un stage en psychiatrie aussi à Saint André, où je faisais des gardes en fait de psychiatre, quand j'étais interne, donc des situations de gestion psychiatre et de psy...chologie, j'ai géré pas mal, donc non, et puis j'en fais beaucoup en fait maintenant.

C'était quand même une crainte, tu avais dit tout à l'heure, c'était une crainte quand même de gérer ces patients-là ?

- Pour les urgences, les urgences psychiatriques, vraiment les gros psychotiques à qui faut faire l'HDT tout ça. Ça je sais pas gérer. Fin je sais pas gérer...maintenant si c'est bon mais...après tout ce qui est psychothérapie de soutien, les...voilà les syndromes anxio-dépressifs, voilà avoir de l'empathie, être à l'écoute euh...la psychothérapie de soutien ça j'aime bien. Mais pas la psychiatrie euh vraiment type HDT, psychotique, gros délire. Je sais gérer mais j'aime pas.

Concernant ton action, ton rôle dans le dépistage, est-ce que tu as eu un manque ?

- Oh bah là clairement. On est très mauvais. On est très mauvais en tout ce qui est action de santé publique. Pour tout ce qui est : promotion de la santé, prévention, éducation à la santé, dépistage. Euh...ça devrait être la moitié de notre activité, en fait ça ne représente rien du tout. Et ça clairement on n'a pas cette culture déjà en France et concernant la prévention, on n'a pas du tout cette approche-là. C'est un manque énorme.

Qu'est ce qui t'a manqué ?

- Ben tout, tout là ben, déjà la définition de tout ce qui est de la santé publique. Euh...parce que voilà, dépistage c'est pas pareil que prévention, prévention c'est pas pareil qu'éducation à la santé, c'est pas pareil que promotion de la santé, ouais y'a toutes des actions de santé publique qu'on est censés faire, qu'on devrait faire, qu'on connaît pas du tout hein c'est...

Tu penses à quoi quand tu dis ça ?

- Ben en fait la santé des gens se joue pas tellement en fait dans un cabinet de médecine générale, se joue vraiment à l'extérieur du cabinet de médecine générale ; donc on devrait, nous, euh sortir du cabinet de médecine générale et faire vraiment des actions de santé publique type : J'imagine bien moi des séquences, des séances d'éducation à la santé, d'information des citoyens à certaines règles d'hygiène, certaines , certains comportements, faire de la prévention sur les addictions dans les écoles, les collèges, avoir des actions comme ça vraiment de santé publique fortes. Donc vraiment être dans le domaine de la promotion de la santé, c'est pas que de la prévention, mais c'est vraiment de la promotion de la santé : amener les gens à avoir un comportement plus responsable. Voilà. Et tout ça, ça ne se joue pas en cabinet de médecine générale. Et ça ben je m'en rends compte là-maintenant parce que parce que c'est vraiment une thématique qui me branche et j'ai envie de développer ça sur mon territoire et j'me dis que ouais ça fait partie de notre boulot de médecin généraliste et on n'est pas du tout formés, et au début j'étais pas du tout capable de,

j'étais pas du tout capable de, ben de, rien que d'être, rien que d'avoir conscience de notre rôle de santé pub' en fait, santé publique.

Pense-tu que ce n'est pas intégrable aux consultations de médecine générale ?

- Non. Pas tout. Pas tout du tout. Pas tout parce que la santé publique et en même temps j'ai été formé à la santé publique et ça ne se fait pas dans une relation euh singulière de médecine générale, il faut actionner plusieurs leviers pour changer le comportement des gens et c'est pas que dans un cabinet de médecine générale qu'on peut... on peut hein une partie mais, il faut surtout nous sortir et être vraiment dans une autre posture, pas dans une posture de soins, mais d'être vraiment dans une posture d'acteur de santé publique et voilà et ça c'est, il faut sortir du cabinet et mener des actions sur notre territoire.

Et ça, ça fait partie de la compétence professionnelle de médecine généraliste, de son métier ? Ou c'est quelque chose de complémentaire ?

- Ah ouais clairement. Clairement. Parce que nous en France on a, la médecine générale c'est voilà, c'est le soin, c'est une relation avec son malade, c'est le paiement à l'acte, c'est ça notre médecine générale. Mais, la vraie médecine générale, c'est pas que ça, c'est après moi j'ai, j'ai donc été formé dans la santé publique, j'ai travaillé deux ans en ARS, j'ai rencontré des, des médecins dans d'autres pays, notamment francophones, ils n'exercent pas la même médecine générale que nous : tout ce qui est situations de premiers recours comme les gastros, les rhumes, la toux : euh ils ne connaissent pas, ils ne font pas. Mais au contraire ils font vraiment des actions de prévention, de promotion de la santé, éducation. Mais donc ouais c'est ... mais de toute façon dans la définition de la WONCA il y a une partie action de santé publique, que nous, on fait pas... si on bidouille de la santé publique mais c'est surtout l'état, le national qui me dit : « ben allez faites le dépistage », c'est bien il faut le faire mais voilà, on est juste un maillon, un effecteur. Mais on n'a pas de réflexion de santé publique en tant que médecin généraliste.

Est-ce que tu penses que pour exercer et être compétent professionnellement, à cet effet, on aurait dû avoir euh, justement une ouverture sur les autres systèmes, est-ce qu'il y a eu un manque d'information sur le fonctionnement des autres systèmes de santé pour créer son modèle d'identité de médecin généraliste ?

- Ben oui on peut mais c'est vraiment pas ça, je pense qu'on devrait pendant la formation créer une passerelle, pas une passerelle dans le sens où on peut changer de voie, mais créer des liens forts avec la santé publique. Et même ça pourrait servir à la santé publique parce que j'ai, moi j'ai rencontré des médecins de santé publique et y' en a un qui m'a dit, ouais nous on connaît les concepts de la santé publique mais vous médecins généralistes vous êtes des acteurs à part entière de la santé publique sur le territoire. Et ça les médecins de la santé publique réfléchissent à la santé publique dans des institutions, mais nous on doit la faire vivre, on doit la pratiquer. C'est ça la différence. Donc je pense que, au-delà de voir les modèles d'autres pays, c'est déjà, essayer d'échanger avec les internes de santé publique quand on est interne, nous, et après par la suite, s'appuyer, quand on est médecin

généraliste, s'appuyer sur des médecins de santé publique pour organiser des soins sur notre territoire, pour pouvoir réaliser des actions de santé publiques, promotion, éducation à de la santé. Je pense.

Concernant l'éducation thérapeutique, est-ce qu'il y a des manques de compétence dans ce domaine-là ?

- Ben....ben au début l'éducation thérapeutique, j'ai pas du tout été formé et en fait l'éducation thérapeutique, tout le monde en parle et personne n'en fait. Tout le monde pense savoir ce que c'est et personne ne sait, aussi. Et donc je me suis formé à l'éducation thérapeutique du patient, je me suis rendu compte qu'en fait, c'était pas du tout euh, comme je l'imaginai, et donc maintenant je me sens à moitié compétent en éducation thérapeutique, parce que pour être compétent en éducation thérapeutique, fffiu, euh...ben il faut ramer hein, c'est...c'est pas rien quoi, c'est énorme l'éducation thérapeutique.

Tu t'es formé comment ?

- Ah j'ai fait une formation, c'était une formation CNGE et après j'ai fait un, à l'occasion d'un congrès, j'ai fait une session sur l'éducation thérapeutique, moi je suis vraiment formé à l'éducation thérapeutique juste pour la première étape de l'éducation thérapeutique, c'est à dire ce qu'on appelle la posture éducative, le diagnostic éducatif. Après l'éducation thérapeutique, faut dérouler un programme éducatif, faut faire un travail de suivi, de réévaluation...ouais là je ne suis pas...pas du tout compétent pour ça. Mais en tout cas pour ce qui est posture éducative face au patient, en tout cas j'ai des outils, j'ai des...certaines compétences, mais...mais c'est encore à travailler.

Quels types de demandes t'ont posé des difficultés dans ton exercice de médecin généraliste, des types de demandes qu'elles soient médicales ou non médicales ?

- Des demandes type des motifs de consultation ?

Alors soit des motifs, ou des demandes non médicales auxquelles tu as été confronté et il t'a fallu y répondre avec difficulté.

- Euh...mes grosses difficultés c'est encore les certificats médicaux qu'on me demande, c'est la demande vraiment non médicale qui...qui ben pour lesquelles j'ai des difficultés, ces demandes où je me dis que je ne dois pas les faire, j'ai pas à les faire, ces demandes abusives ou qui est dangereuse médico-légalement, après je sais s'il faut les faire ou pas. Si vraiment j'ai un doute, je sais qu'il y a un, il y a un site internet sur les certificats médicaux ou alors je demande au conseil de l'ordre, ce que j'ai déjà fait. Euh ouais c'est vraiment des difficultés quoi des demandes qui, qui me mettent en difficulté parce que on a toujours des certificats plus farfelus les uns que les autres qui nous sont demandés. C'est ça ma difficulté; après en motif médical euh...mmh ...fin on peut avoir des difficultés mais c'est pas forcément un problème parce que... parce que j'ai appris à gérer toutes les...toutes les demandes j'allais dire et même si il y a une demande nouvelle que j'allais rencontrer, je sais pas après tu te sens bien dans ta pratique tu te dis tu sais pas bah c'est pas grave, tu relativises et puis après voilà de nouveau tu fais appel à tes compétences relationnelles en disant

voilà, on explique au patient qu'on sait pas en essayant d'en savoir un peu plus en essayant de pas botter en touche mais de repousser le problème et de le revoir plus tard, mais c'est pas que des compétences relationnelles mais c'est des compétences aussi d'adaptabilité je sais pas si on peut dire ça comme ça, savoir s'adapter, savoir euh...gérer dans le temps, pas forcément à l'instant présent mais dans le temps. Voilà.

Qu'est-ce que tu penses de ta connaissance de la prévalence des maladies en soins primaires par rapport à ça, dans le contexte où tu sais différer les réponses, dans ta gestion de ces situations-là, un peu atypiques ou jamais rencontrées ?

- Ben je sais pas si ça a joué mais, après oui les trucs super rares qui ne sont pas fréquents euh, tu dis c'est normal de ne pas savoir. Souvent je fais la réflexion aux gens, j'leur dis : « Houlà ce que vous me demandez ou ce que vous avez euh, c'est pas fréquent » euh « c'est pas ce qu'on voit tous les jours » ...après c'est une espèce de parade pour dire euh, enfin pour faire comprendre aux patients que, que ben que c'est normal de pas tout savoir. Voilà. Donc euh...après je connais pas forcément toutes les prévalences, grosso modo effectivement ce qui est fréquent en médecine générale et ce qui est moins fréquent.

Est-ce que ça t'a manqué ça au départ la connaissance de cette prévalence-là ?

- Euh non, pas forcément non.

Concernant les prescriptions thérapeutiques typiquement ambulatoires. Est-ce que tu as eu des manques, est-ce que tu as encore des manques par rapport à ça ?

- Les prescriptions typiquement ambulatoires ?

Oui

- Ouais j'en avais mais j'en ai plus là. C'était l'exemple des rhumes, mais les rhumes c'était con, j'avais jamais géré un rhume de ma vie, et y'a quelqu'un qui vient avec un rhume, j'me dis ben qu'est-ce que je vais prescrire ? Donc au début ben je prescrivais plein de trucs, j'essayais de prescrire, j'regardais les ordonnances de mes maîtres de stage ou des médecins que je remplaçais, pour les copier finalement. ET alors maintenant je ne prescris plus rien parce que j'ai appris que ça servait à rien. Donc ça c'était le manque mais qui n'est plus un manque et après, en terme de prescription thérapeutique euh...si ben c'est encore de nouveau l'exemple du traitement hormonal substitutif, ça je savais pas du tout quoi prescrire au début, je savais pas du tout quoi prescrire et euh ...maintenant j'en sais p't'être un peu plus mais pas non plus tout j'pense dans ce domaine-là, mais c'est pareil, c'est typiquement le truc que je vais pas prescrire d'emblée quoi, si une femme vient me voir, on va en discuter, on va p't'être le temps de la réflexion et puis pendant ce temps-là je pourrais réfléchir ou faire des recherches pour savoir ce que je pourrais lui prescrire comme traitement hormonal substitutif. Donc ça c'est pas ...ça m'embête pas, je sais pas mais...je sais pas complètement mais ça ne me pose pas de problème.

Et les prescriptions du genre oxygénothérapie au domicile ou soins de confort pour un patient en soins palliatifs ?

- Ouais, alors, euh pour tout ce qui est fin de vie au domicile, ouais tu fais bien d'en parler, c'est un truc euh...où je me disais, finalement je ne connaissais pas trop les drogues, savoir ce que je pourrai prescrire ou pareil, au début j'me disais comment on fait, on est un peu seul face à la fin de vie et donc là, pareil, j'ai appris à repérer les personnes ou les structures ressources type HAD, type réseau soins palliatifs, comme je disais tout à l'heure vaut mieux connaître quelqu'un que quelque chose, et finalement je me sers beaucoup de ces réseaux-là, de ces structures d'appui, euh pour gérer les fins de vie. Et donc ça ne me dérange pas de pas tout savoir dans la prise en charge des fins de vie, mais j'aime bien m'appuyer sur ces structures là et euh, j'ai oublié une partie de ta question il me semble.

Ben l'oxygénothérapie, en ambulatoire par exemple

- Ouais. Euh...ben non c'est pas un souci non. 'Fin pour la prescrire ou pour trouver les moyens de prescrire ?

Ben la prescrire puis trouver les moyens de la mettre en place pour le patient

- Ben avant...ben nan même jamais, non non j'ai pas eu de...y'a toujours une structure...ouais non pour le coup' et puis en plus c'est super rare, même quand c'est dans le cadre d'une HAD, ou d'une fin de vie bien encadrée, on peut avoir tout sous la main. L'oxygénothérapie à prescrire, c'est surtout si en maison de retraite où là en général, les infirmières savent, elles ont déjà des contacts avec qui elles travaillent. Donc ça nan c'est bon.

Euh...concernant les situations conflictuelles avec les patients, on revient là sur la relation, est ce qu'il y en a d'autres qui t'ont posé souci ? Que le patient qui s'oppose un peu à ta décision médicale ?

- Ouais ben après c'est la gestion des petits conflits avec les génériques, les régularisations d'ordonnance, avec les demandes de médicaments euh...toi t'as le sentiment qu'il faut pas prescrire, eux ils veulent souvent que tu prescribes...euh...les visites à domicile, les visites à domicile non justifiées donc euh, après je sais pas, c'est au feeling, je sais pas si ça s'apprend à gérer ces situations là

Est-ce que tu sais pointer où se situent les manques dans ta difficulté à gérer les petits conflits ? Y'a un manque dans quoi ?

- Ben en fait je suis assez ... ben...comment dire, euh...p't'être que j'ai un manque de laxisme ! Et voilà j'suis pas...laxiste. Bah euh...j'suis trop rigoureux, à mon avis de...j'ai des idées bien arrêtées sur tous les sujets que je viens de te citer et c'est comme ça et pas autrement et parfois j'essaie de m'adoucir mais ça fait partie de mes convictions où je voilà, si je travaille euh, à l'encontre de mes convictions, je sais que je ne serai pas bien, donc je ne pourrai pas travailler comme ça. Donc j'ai des convictions, j'ai des principes, j'essaie absolument de les respecter. Donc je suis assez intransigeant, c'est le terme, je suis intransigeant et donc voilà ouais c'est ...ça peut ne pas plaire mais à la rigueur c'est pas grave, tant mieux.

Tes règles et principes, tes convictions, est-ce que c'est une identité médicale que tu as dû te forger au fur et à mesure quand tu as été face à tes difficultés ou c'est quelque chose qui ne t'a pas posé de souci particulier de décider de ta pratique ?

- Non, c'est quelque chose que je me suis forgé au fur et à mesure, au début je n'étais pas du tout comme je suis là d'un point de vue organisation, d'un point de vue principe et convictions. Et c'est au fur et à mesure je me suis dit, je sais comment je veux travailler, je sais comment je ne veux pas travailler. Et donc voilà Au fur et à mesure je me suis construit mon identité effectivement, mon identité professionnelle et donc maintenant je sais ce que j'veux faire, je sais ce que je n'veux pas faire et donc voilà j'ai certaines limites, certaines barrières à imposer aux patients ; et aux collègues parfois aussi donc euh...

Qu'est ce qui t'a permis de savoir ça ?

- Ben c'est l'expérience des remplacements

L'expérience des retours, des conséquences de certaines actions ?

- Ben nan le bien-être au travail. Comme là les consultations libres, j'ai remplacé les médecins qui étaient en consultations libres, et j'en ai fait, même en SASPAS en...j'étais pas bien. Donc comme j'étais pas bien, je me suis dit ben plus tard je ne travaillerai pas comme ça. Les labos, je recevais des labos au début parce que mes médecins avaient des labos, et voilà je l'ai fait au début parce que je me suis dit ben on verra bien, et puis au fur et à mesure je me suis rendu compte que c'était une grosse blague quoi, que c'était une relation d'hypocrite et que ça me faisait perdre du temps. A un moment j'essayais d'en profiter pour amener ma, pour essayer de débattre sur ce qu'ils présentaient pour essayer d'amener un peu de rigueur scientifique et en fait ça servait à rien parce qu'en fait ils étaient dans leur discours commercial et j'me suis dit : "plus jamais, je n'en aurai pas », donc je n'en ai pas. Euh... voilà et...c'est une construction...au fur et à mesure voilà ; et... peut-être que je changerai certaines choses encore mais. Et ça je sais que, ben je sais pas si c'est le sujet des compétences, j'pense ça fait partie du professionnalisme ça, mais voilà on se construit, on a des convictions et puis après il faut surtout pas aller à l'encontre de nos convictions et de nos principes parce que sinon on le vit mal, on se fait bouffer, on a l'impression de plus rien maîtriser et puis voilà, on déprime !

Est-ce que tu as eu des soucis pour délimiter ton champ de compétences en médecine générale ? A partir de quel moment il fallait déléguer ? Dans quelles situations ça t'a posé problème ?

- Pff...euh mmh non, euh non pas eu de souci.

(Q relance sur la question) : Savoir déléguer, à quel moment... est-ce que tu aurais pu y répondre avant de déléguer ?

- Euh non...je réfléchis : non parce que ça j'ai, j'ai déjà conscience de ces... ben des limites qu'on doit absolument ne pas dépasser donc même avant quand j'étais interne, même que ça soit à l'hôpital, à l'hôpital aussi, après en SASPAS, c'est vraiment quelque chose de, on travaillait vraiment beaucoup là-dessus avec un de

mes maîtres de stage. Non non, ça...j'ai toujours su. Ben je pense. Et jamais j'ai regretté avoir essayé de gérer et ça je m'en suis voulu, ça nan. Et jamais je me suis dit : "Mince, je l'ai envoyé aux urgences pour rien, j'aurai dû gérer" ; j'trouve que...parfois si un tout p'tit peu quoi allez on va dire sur un jour une semaine. Non non, j'étais bien au clair avec ce que je faisais.

(Q relance) : Ton rôle de médecin généraliste dans le domaine social et les limites entre le social et le médical : c'est quelque chose que tu arrivais bien à visualiser ?

- Euh...

Ou en tout cas à déléguer au bon moment ? Ça ne te posait pas de souci en pratique ?

- Ben si le social...ben je souffrais de ne pas connaître les gens parfois, ben les gens : les personnes ressources je voulais dire

Les acteurs

- Les acteurs. Et là parfois j'aurai bien voulu refiler le bébé plus tôt. Mais c'est pas parce que je connaissais pas mes limites, c'est parce que je ne connaissais pas les personnes ressources. Donc c'est pas forcément un problème de limite, c'est...Je connaissais mes limites, je savais que je pouvais pas gérer mais j'avais pas forcément 'ça c'était surtout pendant les remplacements. En remplacement c'était plus difficile de connaître les...ben les interlocuteurs sociaux. Mais maintenant non. Sur le plan social, je sais repérer, je sais quand je peux plus gérer et je sais quand je dois déclencher un recours ou une aide quelque part.

La recherche d'informations, est-ce que c'était quelque chose qui a été compliqué pour toi au départ ? Où tu n'étais pas compétent ?

- Non ben ça a été. Ça y'a aucun souci, j'ai été formé pendant mon internat à la recherche biblio, j'ai...nan j'ai toujours baigné dedans, j'ai toujours su, j'ai toujours su...et puis après on a fait des cafés débats en Champagne-Ardenne où justement on s'amusait à faire des formations à la recherche, on se posait des questions et puis on s'est mis à rechercher les infos voilà donc euh...je suis en difficulté je sais où chercher et j'ai toujours su me débrouiller pour ça. Et puis quand on faisait des récits de situations complexes et authentiques, on apprenait déjà à rechercher de l'info donc ça pour le coup ça aide beaucoup.

Est-ce que l'aspect entreprise médicale, les modalités du libéral, est-ce que c'est quelque chose que tu avais bien pu appréhender pour bien gérer au moment de ton installation ; par exemple ?

- Ah ouais, pour l'installation oui pas de souci, je savais où je mettais les pieds quand je me suis installé. Après c'est...

Et qu'est ce qui t'a permis de le faire ? Est-ce qu'au moment de la formation initiale tu avais toutes les compétences pour gérer ?

- J'avais pas toutes les compétences mais j'avais les bases. Je pense. Les bases. Et puis moi j'avais retenu que, soit ça nous plaît, on s'y intéresse et on fait l'effort de le

faire nous-même, soit on s'appuie sur des personnes compétentes donc moi j'ai eu tout de suite un conseiller fiscal en fait, un avocat fiscaliste. Voilà. Moi j'ai su gérer tout de suite parce que j'avais retenu qu'on pouvait se faire aider et ne pas trop s'embêter avec ça. Et donc le jour de mon installation, petit à petit j'ai appris ce que c'était le libéral, l'installation, et donc le jour l'installation j'ai pas eu de souci

Le coté assurantiel, les cotisations ?

- Non, ça a été. C'est bon parce que je m'amuse à vérifier ce que l'URSSAF m'envoie et chaque fois je repère des failles des erreurs, et je suis toujours en train de les appeler. Donc non ça, ça va euh...et prévoyance tout ça non, CARMF...

Comment tu as appris tout ça ?

- Syndicalisme ! CHAMPAGJIR ! Et REAGJIR, NORAGJIR et compagnie...c'est grâce à mon implication syndicale que j'ai appris tout ça.

La gestion et le fonctionnement du cabinet : secrétariat, hygiène du cabinet, réserves, matériel ?

- Alors ça euh...y'a des choses que je sais, des choses que je sais pas, mais c'est pas un problème parce que là je suis dans un cabinet de groupe, on est quatre, et on se répartit un peu les tâches on va dire donc je ne suis pas obligé de tout savoir. Y'en a un qui va plus gérer euh euh le côté gestion des déchets, moi je vais gérer plus les plannings des secrétaires et les trousseaux d'urgences, y'en a un ça va être plus les p'tits travaux voilà, demander des devis pour faire les p'tits travaux dans le cabinet, y'en a ça va plus être la relation avec la banque, la compta, moi...fin voilà on a chacun nos p'tits trucs, ce qui nous permet de ne pas tout savoir, de ne pas être obligés de tout gérer, voilà on a chacun nos domaines de compétences dans tout ce qui est gestion du cabinet. Et voilà.

Concernant ta gestion émotionnelle, dans certaines consultations difficiles, est-ce que tu te souviens de situations difficiles ?

- Ouais, j'en ai encore eu une tout à l'heure.

Est-ce que tu peux les raconter ?

- Ah tu veux que je te raconte. Euh, ben on, ben après y'a les fins de vie là, euh donc les conjoints ben les défunts qui, euh les conjoints de défunt qu'il faut consoler, qu'il faut écouter, qu'il faut accompagner. Emotionnellement c'est fort et parfois c'est difficile. Mais bon nan ben j'ai eu ça. Y'a les annonces de cancer. Par exemple, j'ai eu un cancer du sein chez une dame de trente-quatre ans, voilà qui a deux ans de moins que moi. Et la patiente qui me dit "Vous vous rendez compte Docteur, j'ai que trente-quatre ans ! (Raconte-t-il en faisant semblant de pleurer) : ". Ouais c'était un cancer assez agressif donc euh voilà, donc j'encaisse, émotionnellement c'est fort, c'est dur mais...tu veux une autre histoire ?

Tu as l'impression d'avoir un manque de compétence pour mieux gérer cette émotion et être plus pertinent dans ta pratique ?

- Non. Il suffit d'être humain en fait. Il suffit d'être humain. Ecouter.

D'accord. Ça n'a pas eu d'emprise sur ta pratique.

- Non non ça ne m'a pas perturbé.

Côté responsabilité, on parlait de certificats tout à l'heure : côté responsabilité médico-légale est ce que tu es à jour sur tout, est-ce que tu as eu des manques, un manque particulier ? Des savoirs ?

- Médico-légalement ? Non, après voilà ben j'ai conscience qu'il faut faire gaffe avec les certificats donc ça je sais être méfiant et je sais me renseigner quand j'ai besoin...

Tu dis : "tu as conscience de", mais pourquoi tu as conscience de ?

- Ben je sais qu'il faut toujours faire attention : dès que c'est un certificat qui sort du domaine médical pur, si j'ai un doute, voilà je sais il y a un site internet qui s'appelle CERTIFMED et sinon y'a le conseil de l'ordre. Donc je n'hésite pas à refuser de faire un certificat en disant : "je vais me renseigner, je vais voir si c'est vraiment légal ce que vous me demandez". Ça et puis, après d'un point de vue médico-légal euh. Le truc médico-légal c'est le secret médical, ça, faut être intraitable là-dessus quoi, ça, ça me pose pas de problème. Et puis tout ce qui est médico-légal c'est aussi les produits ben la trousse d'urgence, les produits, les médicaments de l'urgence, ce qui faut quand même avoir, ce qu'on pourrait te reprocher de pas avoir si un jour y'a un péte. Donc médico-légalement, ça pourrait se retourner contre toi.

Ça c'est quelque chose qui te manquait en savoirs ?

- Nan, j'ai toujours su. Pareil grâce à surtout c'est grâce à CHAMPAGJIR, quand on avait fait des...Bah avec REAGJIR, REAGJIR nous avait sensibilisés à ce problème-là, on avait fait une soirée euh, une soirée formation avec CHAMPAGJIR sur la trousse d'urgence, justement les aspects médico-légaux. Euh nan ça ne me pose pas de souci et puis c'est moi qui suis responsable de la trousse d'urgence au cabinet. Je sais ce qui est médico-légal ou pas et pas médico-légal.

Euh, est ce que le contexte de la visite t'a posé des soucis particuliers ?

- La visite à domicile ? Ben le souci c'est quand il y en a de trop ben ça m'énerve, sinon j'adore les visites, ça me permet de me balader, de prendre l'air, de regarder du paysage et puis euh de voir les gens, certaines pers' patients dans des conditions différentes. Les difficultés c'est les visites non justifiées, abusives, les visites de courtoisie. Euh quand je remplaçais, j'avais horreur de ça, et je pouvais rien dire. Là je me suis installé, j'ai récupéré des patients qui n'étaient pas à moi, y'avait plein de visites de courtoisie, non justifiées, et où là je fais le ménage et après, c'est toujours difficile de faire comprendre aux gens, mais là c'est pareil ça fait partie de mes principes et convictions, voilà c'est...ils s'bougent, ils peuvent faire leurs courses en voiture, ils font du vélo ben...ils sont capables de venir en consultation. Je leur dis. Soit c'est comme ça, soit ils vont voir un autre médecin. Ça c'est un truc je deviens vraiment intransigeant. C'est des difficultés mais pour moi finalement c'est pas un problème. Soit ils viennent au cabinet, soit ils s'en vont.

Y-a-t-il d'autres aspects de la médecine générale que je n'ai pas évoqués et où tu te sens moins compétent ?

- Euh...euh... (blanc 10 secondes) bah euh... (blanc de 5 secondes) bah non, en fait je réfléchis mais non.

Y-a-t-il d'autres situations où tu t'es senti démuni ou désarmé ?

- Ben après c'est tous les diagnostics rares mais là c'est pareil, la médecine générale c'est une histoire de prévalence, on peut pas tout savoir sur tout, donc euh, on peut être en difficulté quand vraiment on a une situation clinique qui est très rare euh qui fait appel à de vieilles connaissances théoriques qu'on a pu acquérir en deuxième cycle. Mais ça nous revient pas forcément tout de suite, on s'dit ah oui c'est vrai. Et donc la parade c'est, ça fait appel à des compétences d'adaptabilité et de recherche documentaire, savoir faire des recherches. Je pense à ça parce que justement j'ai juste à côté de moi des recherches sur un myélome multiples des os pour un patient pas bien et...voilà il revient avec une électrophorèse toute bizarre et je vois des trucs bizarres, c'est quoi ça déjà ? Et voilà. Donc après, il suffit d'être curieux, de faire des recherches bien comme il faut et essayer de trouver des ressources pertinentes, essayer d'en faire une synthèse et puis après de pouvoir l'expliquer tranquillement et simplement au patient. Voilà donc tout ce qui est diagnostic rare euh...voilà ça peut mettre en difficulté mais faut savoir rebondir et faire des recherches. Et y'a plus de difficultés.

Tu dis aujourd'hui : "il suffit de...rechercher...expliquer au patient", est-ce que c'est quelque chose que tu as toujours su faire ? Qu'est ce qui t'a permis d'en arriver là ? Parce que si on fait une synthèse, il y a pas beaucoup d'insuffisances de compétences. Alors comment t'as acquis un petit peu cette méta-analyse ?

- Alors ça c'est des compétences...que j'ai acquises...pendant l'internat ...surtout. Et puis même avant, j'ai toujours été curieux, j'ai jamais rien laissé au hasard. Tu vois j'pense qu'il y a une part de moi qui veut ça. Et après j'pense qu'au fur et à mesure de l'internat j'ai, j'ai eu cette envie, cette volonté de toujours chercher de...voilà, ben...voilà j'en sais rien, c'est au fur et à mesure et puis y'a eu un peu de tout hein, à chaque étape je me suis amélioré... (blanc de trois secondes)

Au départ qu'est ce qui te manquait le plus et qui maintenant ne te pose plus de problèmes quand tu réfléchis à tes périodes de remplacements au départ ?

- Qu'est ce qui me manquait le plus ?

Si tu réfléchis à tes expériences de remplacements, premières expériences, qu'est-ce qu'il te revient comme ... difficulté

- Ben souvent c'est l'expérience, c'est se dire : ben finalement, j'ai pas fait beaucoup de consultations, j'ai pas vu beaucoup de motifs de consultations, j'ai pas tout vu la médecine générale, c'est ça qui me manquait au départ : j'me disais : "ohlàlà si j'ai un monsieur qui vient avec un motif que je ne sais pas gérer, qu'est-ce que je vais faire" ouais voilà et puis au fur et à mesure ça m'est arrivé, d'avoir des motifs, jamais vus. Au final, on s'en sort à chaque fois parce que c'est l'art de...l'art de ...bah je vais

chercher un mot des enseignants c'est l'art de gérer l'incertitude quoi. Et c'est une compétence énorme et on ne soupçonne pas finalement d'avoir cette compétence et finalement on l'a. (Blanc de trois secondes) Et ça fait partie du métier. C'est vraiment la spécialité de la médecine générale ça. L'incertitude. Il faut avoir en avoir conscience et puis l'accepter et savoir la gérer.

Et le contexte ambulatoire avec ses modalités, l'absence de plateau technique, ses modalités où tu dépends de ses contraintes donc euh, les contraintes de l'ambulatoire avec la biologie, pas toujours disponible, la radiologie, est-ce que dans certaines situations, notamment les situations d'urgence, c'est un contexte qui a été difficile à gérer par rapport à ce que tu as appris, au modèle hospitalier ?

- Alors justement au fur et à mesure de mes stages à l'hôpital j'ai appris à prescrire de moins en moins ben notamment quand j'étais aux urgences, j'ai fait beaucoup d'urgences, beaucoup de gardes, et au fur et à mesure j'ai appris à faire sortir les gens des services d'urgences sans prescrire de biologie ou de radio et ça surprenait parce que je me suis dit que si et alors ça c'était après mon stage N1. Parce qu'effectivement en médecine générale, on prescrit pas beaucoup finalement par rapport aux urgences. Et donc j'ai appris à ne pas prescrire systématiquement des bilans. De la paraclinique. Euh...que j'ai gardé après donc euh moi ça m'a jamais posé de souci le fait d'être loin d'un labo, loin d'un cabinet de radiologie. Après, c'est quand même euh, c'est quand même, j'ai eu quand même fait des SASPAS un certain lieu de SASPAS et même N1 assez isolé, des remplacements assez isolés. Globalement, on est bien desservi en France, c'est pas la catastrophe, c'est pas l'Afrique profonde. Donc là, oui on peut avoir peur si par exemple on a la vision purement hospitalière, on aurait besoin de faire un ECG, radio et bilan bio euh à tous les patients, mais c'est pas le cas. C'est à voir euh. Après on relativise, on s'dit finalement on n'a pas besoin trop souvent non plus d'exams complémentaires. J'trouve qu'on en prescrit encore beaucoup. Donc nan, c'est pas une difficulté. Globalement le territoire français est bien desservi et puis deuxièmement en médecine générale. Alors c'est, faut pas trop de pression non plus.

De même la décision thérapeutique, est ce qu'il y a des situations où face au patient, c'était compliqué de négocier de satisfaire le patient, est-ce que tu as eu des difficultés avec des patients insatisfaits ?

- Ben nan il y a quelques souvenirs, quelques histoires comme ça de consultations où il faut négocier, pour essayer d'envoyer à l'hôpital parce que justement le patient est en ACFA et a une douleur thoracique inquiétante. Euh ben voilà, on essaie d'expliquer, on essaie d'être humain, avoir un pouvoir de persuasion euh...parfois ça marche, on est bien contents et parfois ça marche pas et c'est tout hein ça fait partie d'être humain on respecte aussi la volonté du patient. Voilà et si il y a un témoin, si on explique bien au patient, si il est capable de comprendre, on peut éventuellement lui faire signer une décharge si on veut mais...voilà ça a pas été un problème, 'fin si sur le moment on est embêté on se dit : « mince, j'ai pas réussi à le convaincre », mais c'est tout faut respecter la volonté des gens. Si...ils ont bien compris, bien sûr.

D'accord.

- J'ai répondu à la question ?

Oui. Je n'ai pas questionné sur les prescriptions paramédicales...Est-ce que...ça...

- Ouais. Ouais. Oui ben y' a un manque clairement au début. Euh...parce qu'on nous a pas appris hein à prescrire et on prescrit toujours mal. Et après c'est lorsqu'on rencontre les autres professionnels de santé qu'on se rend compte qu'on ne prescrit pas bien. Souvent ils se moquent de nous. Mais là où je suis...C'est vraiment là je me suis installé, on est vraiment dans une dynamique pluri-professionnelle avec...c'est un pôle de santé. Avec les échanges avec les autres professionnels de santé c'est là qu'on se rend compte, qu'on ne prescrit pas souvent bien et...ils nous aident, souvent les autres professionnels de santé nous aident à mieux prescrire. Mais je sais que je ne prescris pas bien, pas toujours bien comme il faut. Voilà. Ça c'est un point à travailler. Justement dans les ...C'est de plus en plus le cas maintenant il y a beaucoup plus de stages dans les maisons de santé, pôles de santé, ça permet de... que les internes puissent échanger avec les autres professionnels de santé et de travailler justement sur la prescription d'actes paramédicaux. Et moi quand j'aurai un interne, c'est ce que je vais faire. Et puis, je réapprendrais je pense avec lui. Et j'irai faire un tour des paramédicaux avec lui, avec mon interne, ou elle et euh, pour que lui il apprenne et que moi j'apprenne aussi. Ça oui c'est un gros point qui reste à apprendre. Après ça passe c'est pas la catastrophe quoi on fait pas d'erreur médicale. Mais soit on prescrit mal donc l'infirmière peut pas être payée, soit on prescrit mal donc le kiné, il peut pas bien faire ce qu'il a à faire. Ça a pas de conséquence... grave. Mais...

On a parlé de ressources, dans quels cas tu as eu des difficultés pour mobiliser tes ressources ? Parce que a priori les ressources tu les as, dans quels cas tu as eu des difficultés pour mobiliser ces ressources face à une situation complexe, en situation de soins ? Est-ce qu'il y a eu une situation particulièrement difficile pour mobiliser les ressources que tu avais ?

- Alors ben les ressources ...il y a plusieurs points. Ressources bon c'est facile, finalement c'est facile de les trouver. C'est facile de les retrouver pour pouvoir s'en servir. Après c'est une question de temps. Parfois il faut aller vite donc ouais c'est problème de la...quand on est en consultation il faut prendre la décision vite ou trouver la ressource rapidement euh...parfois on la r'trouve pas du premier coup donc ouais c'est manque de temps, faut vraiment aller vite. Euh et après c'est on a la ressource, on sait comment faire et puis ça se met pas en place euh, c'est pas adapté à la pratique du moment, ou c'est... on peut pas l'appliquer et je sais pas comment dire. Finalement on a fait une recherche d'une info, d'une ressource et on s'est dit c'est bon je l'ai, on va pouvoir le faire et puis finalement on le fait pas parce que, parce que c'est pas adapté, parce que le patient veut pas, parce qu'il a pas eu le temps, ou il est parti aux urgences, finalement j'en sais rien, on fait la recherche pour rien finalement. C'est ça que je voulais dire. On fait la recherche et y'a toujours des prob, on dit finalement ben, finalement ça a servi à rien. Dans ces situations-là je...

Qu'est ce qui t'aurait manqué à ce moment-là pour mieux...pour pouvoir t'adapter à la situation ?

- Pour mieux... ben c'est le... pour pouvoir trouver l'information plus rapidement ben c'est l'outil informatique hein c'est le... C'est vrai que sur mon ordi au cabinet souvent je, je mets des p'tits mémos, des liens, des favoris des sites internet, comme ça je les trouve beaucoup plus facilement et j'me fais des p'tits dossiers maintenant euh...puis ben j'ai toujours « Prescrire » ouvert des trucs comme ça. « Prescrire » pour trouver rapidement les p'tites fiches infos patient ou les les...y'a un moteur de recherche là sur le site « Prescrire » Voilà ben tout est, c'est l'outil informatique qui permet aussi d'aller plus vite et d'être plus pertinent, plus efficace. Et ça ben j'ai commencé à le mettre en place. Et euh...Et ça aide pas mal. 'Fin ça c'est pour aller plus vite.

Y'a -t- il d'autres moyens pour mobiliser les ressources que tu as acquis ?

- Euh ben, j'ai bien pensé mettre des bouquins dans une armoire à côté mais les bouquins c'est dépassé. Nan ben j'ai...euh... non. (Blanc 2 secondes) Non. Ben si après quand on est en visite on a toujours l'iPhone quoi. Moi j'ai l'iPhone avec mon VIDAL dessus et quelques applis santé.

D'accord

- Et après ce qui est bien, je sais pas si quelqu'un l'a déjà dit, mais un truc qui marche super bien aussi c'est twitter, il y a une communauté de médecins dessus et quand on sait pas un truc, alors c'est pas...c'est de l'instantané sans être de l'instantané mais voilà. Y un Hashtag qui s'appelle "Doc toctoc" et tu mets cet Hashtag-là : « Doc toctoc » et tu poses une question, et puis t'as tous les médecins qui, 'fin certains médecins qui répondent à ta question, qui donnent des idées ou des liens internet des choses comme ça.

Qu'est ce qui t'a donné la connaissance de cet outil-là ?

- Mmh, c'est au moment de l'élection présidentielle de 2012. (Q Rit)
- C'est vrai en plus. Je savais pas trop ce que c'était mais j'étais sur Facebook là et en fait c'est au moment de l'élection présidentielle, tous les candidats avaient un compte twitter et puis j'me suis dit : "c'est quoi d'ce truc » et donc au début j'y suis allé pour suivre les candidats, pour voir ce qui se disait et ce qui s'y passait et j'me suis rendu compte au fur et à mesure qu'il y avait des médecins, des communautés de médecins, y'avait des médecins blogueurs ; et des figures qu'on connaît bien comme Mathieu Calafiore euh et voilà. Et j'ai appris à les découvrir, à les connaître, et dès qu'il se passait un truc dans le monde de la santé, ben tout de suite ça, ça discutait, ça débattait, c'est très limité hein, mais c'est rigolo. Et donc y'avait notamment voilà ce truc-là, cet Hashtag comme on dit là : « Doc toctoc » qui permet de poser des questions. Donc je m'amusais à faire ça. Donc parfois je, j'ai des réponses assez amusantes, assez intéressantes et amusantes. Et donc ça permet de connaître plein de trucs. Et moi y'a une fois-là, avec ça j'ai découvert le site APOROSE sur l'ostéoporose, j'le savais pas du tout, c'est sur twitter, c'est sur twitter que j'ai découvert ça. Et donc maintenant j'ai un onglet APOROSE. Bon j'ai une question, que je me pose sur l'ostéoporose, et ben hop j'y vais. Ça fait partie des, des ressources aussi qu'on peut utiliser.

Initiés par la culture générale.

- C'est une espèce de groupe d'échange de pratiques.

Est-ce que tu as d'autres choses à rajouter sur le thème des insuffisances de compétences en médecine générale ?

- J'espère que je serai pas comme ces vieux médecins qui disent « oh c'est bon, je n'ai pas besoin de me former », c'est faux on a toujours besoin de se former. Euh on est jamais à 100% compétent et comme le système de santé évolue. Même si on est compétent à l'instant T. On sera incompétent à l'instant T+ je sais pas combien parce que il faut toujours s'adapter en fait dans ce travail-là, toujours se remettre à niveau, toujours s'adapter, toujours se remettre en question et donc l'histoire de la compétence ça peut être du début jusqu'à la fin. Donc il y a la formation initiale qui doit pas forcément t'amener à être compétent dans tout mais t'amener à te poser les bonnes questions et te faire prendre conscience que tu dois basculer de la formation initiale à la formation continue. Et je pense que c'est ça l'enjeu de la formation initiale, c'est qu'à la fin se dire : « bon ben voilà, toute notre vie faut qu'on se forme ». Donc voilà faut continuer à se former et donc c'est la formation continue. Voilà c'est une bonne conclusion ?

Oui. Merci.

VI. Verbatim de l'entretien individuel n°4 (S)

Tu te souviens que je t'avais demandé de réfléchir à tes premiers remplacements de médecine générale ?

- Je m'en souviens.

Comment se sont passés tes premiers remplacements ?

- Euh mmh...ça a été un peu compliqué euh... parce que c'était les premiers et que j'avais fait seulement le mmh...j'avais fait seulement le stage de praticien niveau 1 et que du coup j'avais pas eu une expérience euh...très importante mais j'avais envie de me lancer pour voir ce que ça faisait d'être tout seul sans avoir toujours quelqu'un à côté de soi... Donc c'était pas évident parce que j'avais l'impression qu'il me manquait euh, qu'il me manquait un peu tout : la pratique et les connaissances de terrain, j'avais pas mal les connaissances théoriques mais les connaissances de terrain euh, ben ça a manqué vraiment beaucoup donc j'avais vraiment l'impression un peu de partir de zéro au début.

Alors quel type de connaissances de terrain il te manquait ? Est-ce que tu as un souvenir d'une situation en particulier ?

- Euh mmh...bah, j'ai le souvenir d'une situation qui m'a surtout embêté et qui pour moi est révélatrice du fait que tout ce qu'on nous apprend à la fac et dans les bouquins c'est vraiment pas la vraie vie, c'est un monsieur de j'crois quarante ans à peu près qui venait pour une rhinopharyngite pour son fils, c'était en été, et à la fin de la consultation il me dit : « ah et au fait », voilà juste sur le point de partir, « et au fait, mon fils euh (se trompe dans ce qu'il voulait dire) ...moi la semaine dernière j'étais en train de conduire et j'ai plus du tout senti mon bras. Et en fait, en l'interrogeant c'était un gros fumeur et euh mais qui avait pas d'autres facteurs de risques cardiovasculaires, et ça c'est vraiment révélateur de ce qui m'a embêté, c'est qu'on n'est pas préparé aux situations comme ça euh aux situations d'entre deux où on n'est pas vraiment dans l'urgence mais en même temps ça peut être quelque chose de très embêtant et dans ces cas-là qu'est-ce qu'on fait ? Alors je pense qu'en pratique ça dépend beaucoup des médecins mais en tout cas voilà, moi j'étais vraiment pas préparé à cet entre-deux. Pour moi, soit on était dans l'urgence de l'AVC et c'était les urgences, soit on était, soit voilà, on n'était pas du tout dans l'urgence mais voilà, ces situations d'entre deux ça m'embêtait vraiment, et j'ai l'impression d'en avoir eu pas mal, donc euh...

Et du coup, tu as géré comment cette situation-là ?

- Ben du coup j'ai géré...c'était un peu compliqué parce que je remplaçais dans la région de mes parents et j'avais pas de correspondants médicaux, j'avais juste des numéros de téléphone, mais y'avait pas de neurologue à proximité, donc j'ai honte,

mais j'ai fait la solution de facilité, j'ai fait un courrier et euh, j'ai appelé les urgences en leur disant que je leur envoyais quelqu'un pour suspicion d'AVC semi récent.

Et pourquoi t'as honte ?

- Parce que je ne pense pas que ce soit l'urgence du siècle et je ne pense pas... je pense que quand t'as un réseau en ville, c'est le genre chose en semi urgence que tu peux régler au moins une partie faire l'imagerie peut-être les doppler et après adresser rapidement soit en hôpital de jour de neuro soit ...soit ailleurs ; mais euh, mais du coup je ne pense pas que ça relève de l'urgence vraie stricto sensu et si tu veux euh... fin c'est typiquement une des situations qui m'embêtaient c'est de devoir prioriser les choses et y'a quand même beaucoup de situations d'entre deux comme ça où tu sais pas trop quoi faire.

Ok. Et ça t'embêtait pourquoi ? Parce que tu ne savais pas faire ou parce que c'est un côté de la médecine générale que tu n'aimais pas ?

- Ça m'embêtait parce que je sentais que je ne maîtrisais pas en fait. Je me suis posée la question sur le moment, je me suis dit : est-ce qu'il y a des recommandations de médecine générale que je ne connais pas qui ont été faites sur la prise en charge euh des déficits neurologiques semi-récents en ville ? Et là, si tu veux je me suis senti confronté au fait que, que finalement tout ce que je connaissais c'était les recommandations de prise en charge pour la plupart hospitalières mais pas les recommandations de prise en charge sur euh, sur la médecine de ville.

D'accord. Est-ce que à un moment donné, c'est pas la gestion du temps, puisque c'est un motif de consultation avec un certain degré d'incertitude, est-ce que c'est pas la gestion du temps qui t'a embêté ?

- Euh ben ce jour-là pas tant que ça parce que je me laissais un certain temps pour les consultations et du coup euh, fin j'ai quand même pris le temps de l'interroger parce que je savais que c'était euh, je savais que voilà 'fin il fallait euh, 'fin c'était pas le genre de chose où il fallait fermer les yeux même si ça ne m'arrangeait pas forcément qu'il développe ça, c'est surtout euh ouais je te dis la notion de priorisation, est-ce que c'est vraiment une urgence ou pas ?

Ok. Est-ce que tu as d'autres souvenirs de tes remplacements et qui pourraient révéler un peu comment ça s'est passé, tu mettrais quel, quel sentiment sur tes remplacements ?

- Euh, j'ai un autre souvenir particulièrement qui m'avait embêté et ça, qui était vraiment révélateur du fait que tu soignes pas les personnes euh quand tu les connais et quand t'as l'habitude de faire de la médecine de ville que quand tu connais pas les patients et que t'as plus l'habitude de faire de l'hospitalier : c'était une jeune fille handicapée qui avait quatorze ans et qui avait eu une chirurgie de scoliose et qui était extrêmement douloureuse et qui était vue régulièrement parce qu'il y avait un contexte social un peu difficile avec euh avec la maman, qui était vue

régulièrement par le médecin généraliste et qui vient me voir pour euh voilà nouvelle poussée douloureuse et pas soulagée par les antalgiques usuels et la médecin n'avait pas été au-delà du Topalgic® et du coup j'étais un peu embêté parce que c'était compliqué, j'avais l'impression que c'était un contexte très particulier, la maman était très en demande de soins mais très en refus d'hospitalisation et euh du coup j'avais pas vraiment de solution à leur proposer, j'avais pas vraiment de solution à leur proposer parce que je me sentais un peu coincé, je sentais bien que c'était pas moi, c'était pas le remplaçant qu'ils voulaient voir, c'était euh, j pense qu'il y a, ils avaient besoin peut être d'être rassurés par le médecin généraliste et, j'ai été désarçonné par le fait que j'ai...fin voilà, j'ai bien senti que c'était pas vraiment une problématique somatique et qu'ils avaient besoin de parler mais ils avaient pas envie de parler avec moi donc euh, ça je pense que ça fait partie des problématiques du remplaçant et euh donc voilà, ça a été une autre situation, où je me suis sentie un peu euh, un peu embêté parce qu'au final j'avais l'impression qu'ils n'étaient pas satisfaits à l'issue de la consultation 'fin voilà des solutions que j'avais à leur apporter.

Et qu'est-ce qu'il t'a manqué à ton avis à ce moment-là ?

- Euh ben de la pratique peut être, parce que je ne sais pas gérer en 20-25 minutes de consultation euh, toutes ces problématiques, tout le contexte social derrière qui avait l'air assez compliqué, des relations mère fille qui avaient l'air assez conflictuelles, je pense ça nécessite du temps déjà, et puis ça nécessite de la confiance, de connaître les gens, donc euh, je pense que les, je sais pas si les remplaçants sont souvent confrontés à ce genre de problèmes avec la patientèle habituelle des patients (se corrige :) des médecins qu'ils rencontrent mais , voilà, je pense que ce qui m'a manqué c'est du temps, du temps et le fait de ne pas connaître vraiment les patients.

Et est-ce que côté gestion de la demande psychologique, et gestion relationnelle, tu étais plutôt à l'aise ou est-ce que c'était aussi de cet ordre-là, ce qu'il te manquait pour gérer ?

- C'était aussi de cet ordre-là parce que parce que j'avais fait quasi que de l'hospitalier à part mes six mois de stage chez le praticien et que, et que on gère pas du tout la relation de la même façon en hospitalier que la relation sur le long terme avec les médecins traitants (se corrige) euh avec les patients quand on est médecin traitant.

Parce qu'il n'y a pas de gestion psychologique à l'hôpital avec les patients dans la relation avec les patients ?

- Nan, c'est surtout...fin c'est pas qu'il n'y en a pas c'est surtout de la gestion du court terme, de l'information principalement pour leur expliquer ce qu'on fait, et vers où on va, mais t'as pas ce côté relation de confiance avec les gens et ça c'est quelque chose de très important en ville, les gens te choisissent comme médecin traitant s'ils ont confiance en toi et c'est pas parce qu'ils ont confiance en toi, qu'ils ont confiance en son médecin remplaçant et que c'est difficile de gagner leur confiance en quinze

vingt minutes de consultation quand tu les remplaces alors qu'ils sont suivis depuis dix quinze vingt ans par leur médecin traitant.

Est-ce qu'il y a d'autres situations qui étaient particulièrement problématiques ?

- Non, c'était principalement ces deux situations.

En général qu'est ce qui te mettait en difficulté dans une consultation ?

- Euh mmh (blanc de quelques secondes) bé bé principalement je dirais le temps, devoir gérer tout toutes les pathologies et le côté psychologique de la consultation en peu de temps. Ça c'était vraiment euh, devoir isoler et cerner tous les problèmes, ça j'ai trouvé ça assez compliqué parce que parce que (se répète) dans le temps imparti d'une consultation, il y a le motif de consultation pour lequel les gens viennent, et puis y'a toutes les autres choses qu'ils ne disent pas au début et puis qu'on devine au fur et à mesure de la consultation et puis essayer de refaire le tri sur l'ordonnance à chaque fois et puis euh, et puis quand on connaît pas les gens, essayer de, de voir les principaux antécédents parce que les dossiers sont pas toujours informatisés. Donc essayer de faire la synthèse de tout ça des antécédents des traitements et des problèmes pour lequel le patient vient consulter en vingt vingt-cinq minutes c'est très compliqué.

Est-ce que tu penses que c'est dû à un manque de savoir ou de savoir-faire?

- Je pense que c'est dû à un manque de savoir-faire parce que je n'étais pas habitué à ça. Ça c'est une certitude. Euh, j'pense que c'est quelque chose qui s'acquière avec le temps et euh après le manque de savoir, euh nan je pense pas. Par contre après, j'ai pas été amené à avoir des gestes très techniques mais je pense que s'il y avait des patients qui m'avaient consulté pour des infiltrations ou des choses comme ça je pense que j'aurai eu un manque de savoir technique parce que c'est des gestes que je n'avais jamais pratiqués.

En médecine de ville ?

- En médecine de ville.

Ok. Euh, est ce qu'il y a d'autres choses qui te mettaient en difficulté dans une consultation ?

- Mmh, nan. Nan, je n'en n'ai pas le souvenir. Je n'en n'ai pas le souvenir.

Quels sont les aspects de la médecine auxquels tu n'étais pas formé et qui t'ont été problématiques ?

- Euh, alors je sais pas, qu'est-ce que tu entends par les aspects de la médecine générale ?

Alors des aspects que tu as pu découvrir que faisaient un médecin généraliste. Autres que la clinique, le diagnostic, le traitement.

- Ouais ; ben on en revient toujours à la même chose : la relation avec le patient.

Ouais.

- Alors quelque chose qui peut paraître très bête mais euh, le côté, euh, le côté financier c'est quelque chose auquel on n'est pas du tout habitués, et j'ai trouvé ça difficile à gérer parce que, parce que, ben parce que voilà, c'est compliqué, on est, jusqu'ici je n'avais jamais été confronté au fait que la médecine ça coûtait de l'argent, et au fait que finalement c'était les patients qui nous payaient indirectement, voilà le fait que là ils doivent te faire un chèque, c'était assez compliqué ... euh à qui on fait le tiers payant, à qui on ne fait pas le tiers payant, les patients CMU, donc voilà ça c'était...la...faire payer les gens et l'administratif en dehors de ça, je pense que c'était vraiment très compliqué aussi.

Tu penses que ça relevait d'un manque justement de compétences, de savoirs qui étaient nécessaires pour être compétent, la gestion du financier ?

- Ah oui. Alors ça c'est une certitude. Je pense que... moi j'ai le souvenir qu'on nous a fait un jour à la fac sur comment gérer ses premiers remplacements mais je pense que on aurait besoin de choses carrées, fin voilà, noter toutes ses consultations sur un carnet, noter le mode paiement des gens. Euh... et puis tenir la comptabilité au jour le jour parce que moi je me suis trouvé rapidement submergé entre ça, la problématique de l'URSSAF aussi, euh donc, non, ça j'étais pas assez préparé j pense que, pourtant je pense qu'il y a du mieux au niveau de la fac, voilà on avait un cours sur préparation aux remplacements, mais ils peuvent, on pourrait encore faire mieux à mon avis.

D'accord. Est-ce que ça a eu des répercussions sur ta compétence professionnelle, ce manque de savoirs organisationnels ?

- Euh...je sais pas si sur ma compétence professionnelle ça a eu des répercussions mais...j'ai eu l'impression de perdre beaucoup de temps euh, beaucoup de temps parce que j'étais pas formé à ça et que j'ai dû découvrir sur le tas.

Donc peut-être pour l'équilibre ça pourrait être une répercussion.

- Ouais

Ok, alors d'autres aspects de la médecine générale, parce que tu vois tu as réussi à répondre tout seul à la question, est-ce que tu penses à d'autres aspects que tu as découverts de la médecine générale auxquels tu n'étais pas préparé et qui ont été problématiques par manque de savoirs ?

- Mmh, nan ça j pense que c'était euh, nan là j pense que c'est les principales choses vraiment, et l'aspect administratif.

L'aspect administratif : qu'est-ce que tu entends par là ?

- Euh... Alors pas mal de choses, bon ben déjà on a parlé de la comptabilité, l'URSSAF, l'URSSAF, le paiement des cotisations. Alors ça c'est pas tant un problème au début, c'est un problème euh qui se chronicise sur le temps parce que il y a des cotisations trimestrielles. C'est un problème vraiment opaque j'ai l'impression et on comprend rarement leurs calculs, leurs calculs de charges donc ça c'était quelques choses auxquelles j'étais pas préparé. Euh mmh. (Blanc 5 sec). Après la gestion du logiciel médical. Même si j'avais eu une heure de formation par le médecin généraliste que je remplaçais avant. Je pense qu'il y a autant de logiciels médicaux que... pas autant que de cabinets mais en tout cas c'est très divers donc ça je pense que si tu remplaces dans des endroits très différents, ça peut faire perdre du temps aussi, assez facilement. D'autant plus que les médecins sont pas forcément informatisés en plus donc ça peut être handicapant. Moi j'ai pas été confronté à ce problème là parce que ils avaient tous un logiciel informatique mais voilà. Et puis pour l'administratif, ma foi c'est à peu près tout ouais.

Tu parlais tout à l'heure de l'aspect psychologique.

- Ouais.

Est-ce que tu y étais préparé et est-ce que tu avais des armes pour euh, pour trouver des solutions ?

- Alors non j'étais pas préparé du tout et euh... et non effectivement j'avais pas d'armes parce que... je pensais... peut être que je le pense toujours que c'est pas quelque chose qui s'apprend dans les livres et c'est quelque chose qui s'apprend sur le tas et au fur et à mesure des consultations et après soit... je pense qu'il y a des gens qui ont peut-être plus de facilités de contact avec les patients, ça peut être plus naturel, mais c'est quelque chose que, que tu peux travailler mais, j pense que les gens sont... sont complètement inégaux par rapport à ça, l'aspect psychologique et le comment ça se passe avec les patients. (Blanc de 5 secondes)

Le côté social de la médecine générale. Est-ce que tu as eu des difficultés particulières ? Est-ce que ça faisait partie de ta compétence pour gérer ?

- Euh... ben alors le côté social, je sais pas ce que t'entends par ça, la gestion du contexte social ? de des différents milieux... ?

En précarité sociale, en difficulté d'accès aux soins, des difficultés d'ordre social parce que personne isolée, patient âgé isolé, qui peut pas se soigner même si tu as beau prescrire, des difficultés financières des patients... tu as pas été confronté à ces situations-là ?

- Si j'ai été confronté euh... j'ai remplacé dans un... dans un... dans une zone où il y avait pas mal de patientèle CMU donc c'est vrai que sur le plan social c'était euh, c'était pas évident, donc avec eux de toute façon l'aspect financier ça rentrait pas en compte. Là où j'ai eu le plus de mal: c'était des gens qui étaient pas à la CMU et à

qui je faisais bien évidemment le tiers payant, mais on sentait que même le tiers p' même payer le tiers payant euh c'était compliqué et euh et voilà on en revient à la problématique de faire payer directement les gens, je me sentais presque un peu coupable finalement de leur réclamer entre guillemets cet argent alors que finalement ils avaient eu une consultation et euh et... et voilà donc ça c'était euh, ça c'était euh

C'est toujours la relation financière.

- Ouais, 'fin, moi j'ai eu beaucoup de mal avec ça en tout cas effectivement. Peut-être que le tiers payant généralisé ça règlera au moins cette problématique de relation financière avec les gens. Et euh... ça sera peut-être plus facile...en tout cas pour les jeunes remplaçants je... en tout cas moi mes praticiens j'avais pas le sentiment que ça les dérangeait mais. Voilà. Ça c'était pour le point de vue financier. Et puis pour le plan social sinon...euh...non, j'ai pas le souvenir de beaucoup d'autres choses. Alors je faisais très peu de visites donc je rentrais très peu dans l'univers des gens euh...je me suis pas retrouvé dans des situations difficiles en tout cas, dans des milieux vraiment très précaires. Ça le fait que ce soit une clientèle plutôt urbaine euh... 'fin voilà, j'me suis pas retrouvé confronté dans le milieu des gens ça je pense que c'est p't'être encore plus difficile de voir la misère directement chez les gens et dans quel milieu ils vivent, c'est peut-être un, c'est peut-être encore plus difficile mais j'ai pas été confronté à ça et j'ai remplacé que trois semaines donc euh...donc voilà. J pense que j'ai pas...

Trois semaines au même endroit hein ?

- Oui

Le côté médico-légal de la médecine générale ?

- Euh, bé, ça j'ai bien senti que, que ...la santé ça se judiciarisait de plus en plus parce que j'ai le souvenir d'une dame qui m'a fait faire un certificat médical attestant de l'état de santé de ses enfants avant qu'ils ne partent trois semaines en vacances chez leur père, chez leur père alors qu'ils étaient divorcés. Donc ça, ça m'a vraiment embêté parce que je ne savais pas si ça c'était légal justement de faire faire ce genre de choses. Euh...et euh...et je ne savais si ça avait une valeur. D'une, parce que j'étais remplaçant et qu'en théorie du coup je pense que sans être thésé, mes certificats avaient aucune valeur, et voilà, donc ça c'était le côté médicolégal ça m'a embêté, j pense c'est la seule chose, le seul moment où j'ai été confronté mais cette dame m'a ramené ses enfants après leurs vacances chez leur père pour que je fasse constater l'état de santé après leurs vacances chez le père. Donc euh (petits rires). Donc ça, ça m'a vraiment embêté ouais (rire).

Et alors qu'est-ce que t'as fait ?

- Hé...Hé bé alors je me suis senti un peu démuni sur le moment. Du coup j'ai fait un certificat descriptif sans être du tout interprétatif en disant que c'était bien à la demande de la mère, y'avait un des enfants qui avaient une dermatose, donc j'ai

décrit mais vraiment en restant très descriptif la dermatose. J'ai bien stipulé : "réalisé à la demande de l'intéressée pour faire valoir ce que de droit". Euh, et puis quand elle est revenue trois semaines plus tard, il n'y avait pas beaucoup de différence, mais elle, a essayé de me faire dire que c'était beaucoup moins bien euh...que l'état cutané de ses enfants s'était dégradé, euh, donc euh voilà. Moi je suis restée sur sa demande, j'ai fait quelque chose de descriptif et en tout cas j'ai pas accédé à sa demande même si, même si je sentais bien qu'elle était un peu insistante et...je savais pas à l'époque qu'avec nos assurances responsabilité civile on avait des conseillers juridiques au bout du fil et euh...si j'avais su ça à l'époque, je pense que j'aurai appelé pour savoir si j'avais déjà le droit de faire ça et si ça avait une valeur euh voilà. Pour dire à la dame, pour pas la mettre dans une situation embarrassante si elle voulait porter ça à la police ou devant des tribunaux, et pour pas me mettre dans une situation embarrassante aussi.

D'accord. C'est bien. Tu fais les questions et les réponses. Je vais enchaîner sur la dernière question ouverte : **qu'est ce qui t'a fait détourner de la médecine générale ?**

- Euh ben c'est son champ d'action immense. C'est le fait de devoir tout gérer et en plus de ça finalement, quand on a la confiance des gens, souvent les gens reviennent te voir en disant : on m'a prescrit tel traitement tel traitement même dans des pathologies très très rares dont tu ne connais même pas le nom. Et ils te demandent ton avis. Et j'ai encore eu le cas aujourd'hui en consultation : une dame qui avait, qui avait une maladie très rare de médecine interne je ne sais plus ce que c'était ; pour qui ils avaient prescrits des corticoïdes, qui était sortie d'hospitalisation, qui avait été voir son médecin traitant, qui lui avait dit qu'il ne fallait pas prendre des corticoïdes, selon son avis, et qu'il fallait prendre des anti inflammatoires non stéroïdiens. Donc, moi, ça, ça m'embêtait parce que, parce que d'une, en sortant de l'ECN on a un volume très important de, de connaissances théoriques sur une pratique hospitalière et pas ambulatoire et que d'une, si on ne les applique pas régulièrement et comme on ne les applique pas régulièrement parce qu'on ne travaille pas en milieu hospitalier on les oublie au bout d'un certain temps. Et que de deux, elles étaient pas adaptées à la médecine générale et que du coup j'avais en partie l'impression de repartir de zéro. Et que pour moi la médecine générale c'était tellement vaste, il y avait tellement de nouveautés, de recommandations, de choses comme ça, il fallait vraiment se mettre à jour régulièrement pour être un bon médecin généraliste donc faire partie d'une formation médicale continue, euh ... d'enseignement post universitaire, de choses comme ça, régulièrement pour être à jour et ça me paraît inconcevable avec une pratique de ville. Voilà si on doit passer la moitié du temps à mettre ses connaissances à jour et l'autre moitié à consulter, c'est un peu compliqué.
- Et puis la dernière chose, qui m'a vraiment fait, 'fin qui a fait partie du choix, c'est les horaires, car ça me paraît difficile de concilier, de concilier euh, des horaires corrects en médecine générale, mais c'est peut-être par rapport à l'expérience que j'ai eue avec mes praticiens qui travaillaient vraiment énormément, avec une vie de famille

voilà, en médecine générale ça me paraît compliqué de fermer son cabinet à dix-huit heures trente parce que c'est l'heure à laquelle les gens sortent du travail et viennent te voir et donc euh ... moi j'avais des envies de vie de famille...de vie de famille. Et pour moi ça me paraissait difficilement conciliable avec une vie de famille de rentrer chez soi tous les soirs à vingt heures trente ou vingt et une heure comme le faisaient mes praticiens en tout cas. (Blanc de dix secondes)

Est-ce que tu penses aujourd'hui qu'il t'a manqué des savoirs, des savoir-faire ou un savoir être pour justement prendre ou ne pas prendre cette décision ? Est-ce qu'il t'a manqué des savoirs au moment où tu as dû prendre cette décision ?

- Euh... (blanc de quatre secondes) je sais pas, pour les savoir-faire je pense que ce qu'il m'angoissait beaucoup c'était pour les gestes : les infiltrations les choses comme ça, j'aurai peut être aimé avoir certains cours pratiques pour pouvoir me sentir plus à l'aise sur certains gestes pratiques et relativement courants qu'on peut faire en médecine générale ; mais après...nan j pense que c'est difficile d'avoir euh...c'est difficile en trois ans d'enseignements avec le peu de cours qu'on a, de nous mettre au courant sur toutes les recommandations de la médecine de ville ; parce que finalement on devrait presque tout réapprendre par rapport à ce qu'on a appris pour l'ECN c'est pas les mêmes connaissances c'est pas la même chose, donc euh, en ça non .

Est-ce que, ce sont ces difficultés de compétences qui t'ont détourné de la médecine générale ? ou c'est le rythme de vie ?

- Alors c'était un peu des deux. Je ne me sentais pas compétent en médecine de ville. J'avais l'impression qu'il y avait plein de choses 'fin que, plein de choses qui me paraissait compliquées bé par exemple l'histoire du déficit neurologique récent. J'avais l'impression qu'il y avait plein de choses qui me paraissaient compliquées et que si j'avais eu les connaissances et les notions sur comment ça se traite en médecine de ville, euh... ça m'aurait paru plus simple parce que je me doutais qu'il y avait des cons ... pas des consensus mais en tout cas des recommandations sur la prise en charge de certaines choses mais en tout cas c'était une des choses que je ne connaissais pas.

Est-ce que si on avait répondu à ce manque de compétences, est-ce que tu serais resté en médecine générale ?

- Ben j'me serais p't'être senti plus sûr de moi effectivement. Euh, j'pense ouais, j'me serai p't'être senti plus sûr de moi et je serai p't'être resté dans la filière médecine générale

Aujourd'hui avec le recul que tu as de ton expérience professionnelle, est-ce que ça critique un peu ton choix : est-ce que tu te dis : « ben finalement j'aurai p't'être pu y rester, c'est un peu pareil partout » ?

- Euh...j'me rends compte effectivement que c'est un peu pareil partout. J'me rends compte que le danger de la spécialité 'fin, spécialité d'organe en tout cas, c'est de rapidement s'enfermer dans quelque chose et de ne pas voir le patient dans sa globalité. Donc ça en ayant remplacé en médecine générale, je me rends compte que je suis passé à côté de quelque chose ben déjà une relation de confiance avec les patients, c'est quelque chose que j'aurai pas ou peu et puis je suis un peu frustré par moments, parce que justement ce qu'il me faisait peur en médecine générale avec toutes les problématiques du patient, mais là je suis sur l'autre versant et je suis un peu frustré de prendre en charge juste les problèmes, les problèmes vasculaires et pas tous les autres problèmes du patient. (Blanc deux secondes) Il n'y a pas de situation parfaite. (Sourire)

Je vais te donner une consigne et on va aller dans des situations un peu plus fermées en ouverture de réponse, mais il y a une consigne générale : être un professionnel compétent c'est avoir des ressources, des compétences au pluriel, et savoir les mobiliser pour agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins, en s'adaptant aux exigences et aux contraintes particulières de la situation. Tu as suivi du début à la fin ?

- Ouais à peu près (sourire)

Donc je te donne la définition de la compétence pour pouvoir après répondre par rapport à cet objectif. **Donc être un professionnel compétent c'est avoir des ressources et savoir les mobiliser dans un contexte particulier avec des exigences particulières de la situation. Dans quelles situations de consultation tu t'es senti démuni ? ça je pense qu'on y a répondu, est-ce que tu en vois d'autres ?**

- Euh mmh...

En reprenant cette définition de compétence

- J'en vois une autre, en y repensant, c'est une dame qui était en vacances sur le secteur d'habitation où je remplaçais et qui était sous morphine pour des douleurs chroniques euh pour une fibromyalgie ou je ne sais plus quelle pathologie, et qui avait l'air d'être en syndrome de sevrage mais qui n'avait euh, qui n'avait plus aucun morphinique sur elle, pas d'ordonnance, et donc ça, j'étais très embêté, non pas par la prescription de morphiniques mais par le fait que j'étais pas sûr de devoir croire la patiente sur les doses de morphiniques qu'elle ingérait et en même temps je me disais que si elle prenait vraiment les doses qu'elle me disait et que si personne ne lui prescrivait, elle allait rapidement se retrouver de une soit très douloureuse, soit de se retrouver en syndrome de sevrage. Et donc là j'ai été embêté par cette situation-là.

Qu'est-ce que tu ne savais pas faire ?

- Je ne savais pas si je devais lui re-prescrire à la dose qu'elle me disait ou si je devais faire une espèce de dose minimale pour être sûr qu'il n'y ait pas de surdosage ou de

chose comme ça, parce qu'elle avait une humeur très triste en plus, un contexte très particulier, un mari qui était assez bizarre aussi ; euh... du coup je ne voulais pas trop lui prescrire de morphine pour pas qu'elle se retrouve en surdosage parce que comme j'avais pas d'ordonnance, c'était juste sur ses dires les doses, et je voulais pas trop peu lui en prescrire pour pas qu'elle soit douloureuse et pas qu'elle soit en sevrage. Donc euh j'étais un peu embêté, du coup, j'ai appelé la pharmacienne de la ville où elle résidait qui m'a confirmé que, qu'elle passait d'une pharmacienne à l'autre et d'un médecin à l'autre et que c'était une patiente un peu compliquée. Donc j'ai fait un entre deux sur les doses que lui délivrait la pharmacienne que j'avais eu au téléphone, habituellement.

Est-ce que tu t'es senti du coup à ce moment-là en manque de compétence ? Ou finalement tu as bien su gérer la situation ?

- Je me suis pas senti en manque de compétence mais je me suis rendu compte que mes dix années de médecine n'allaient pas me servir à grand-chose (rire). C'était juste euh, c'était juste du bon sens et une espèce de balance bénéfique risque pour essayer de trouver, de trouver la meilleure solution pour cette dame. La facilité ça aurait été de prescrire les doses qu'elle demandait ou de ne pas accéder à sa demande et de ne rien prescrire et finalement j'ai essayé de trouver un entre deux ; j'ai essayé de trouver un entre deux.

Qu'est ce qui t'a manqué comme savoirs pour gérer cette situation ?

- Mmh, là il ne m'a pas manqué de, il ne m'a pas vraiment manqué de, de savoirs. (Sourire)

Ok. Euh je recommence : être un professionnel compétent c'est avoir des ressources donc des compétences, et aussi savoir les mobiliser dans un contexte particulier, pour agir avec pertinence. Raconte-moi ce qu'il te manquait en termes de savoirs, savoir-faire ou savoir être et, ou alors ce qu'il te manquait en critères de réalisation de l'activité demandée d'après la définition de la compétence donnée par le cabinet « le Boterf Conseil » dans différents thèmes :

Les motifs de consultation que tu as eus : est-ce qu'il te manquait des savoirs savoir-faire, savoir être, ou des difficultés à réaliser ce qu'on te demandait ? Dans les motifs de consultation ?

- C'était principalement... il manquait un peu de savoirs adaptés à la médecine générale. Ça c'est clair, il m'en manquait un peu. Euh, et savoir être aussi j pense que ça m'a manqué aussi.

Est-ce qu'il y a des motifs de consultation qui t'ont embêté, qui t'ont posé problème ?

- Euh, ben on en revient à la même chose je te dis le principal motif c'était le déficit neurologique un peu bizarre qui m'a posé problème, où je me suis senti un peu démuni. Pour le reste euh...

Des motifs neurologiques alors ?

- Les motifs neurologiques euh, les motifs c'est ce qui globalement m'embête, même quand j'avais été chez le praticien j'avais eu le même problème pour une dame qui avait eu un déficit neurologique semi récent et qu'on avait plus rien à l'examen, il était vingt heures, un vendredi soir, ça, ça m'avait embêté et la douleur thoracique en ville, ça c'est typique aussi, typique et c'est embêtant, j'ai pas été confronté pendant mes remplacements, mais chez le praticien j'avais été confronté et voilà. C'est euh, c'est embêtant, c'est angoissant de se dire : je suis le médecin qui décide si il y a vraiment une urgence et on doit régler ce problème rapidement ou si c'est un motif de consultation qui n'a pas lieu d'être traité en urgence.

Le manque de compétence à ce moment-là ou ce qu'il faudrait travailler c'est la gestion de l'incertitude selon toi ? Ou c'est autre chose ?

- Non, c'est la gestion de l'incertitude. Ça me paraît bien formulé ouais.

C'est pas une meilleure connaissance de la discipline cardiologique ou transversale ?

- Non parce que ça par exemple en GEP on avait déjà traité de la problématique parce qu'on était plusieurs à être embêtés pour ça. La douleur thoracique en ville, donc ça c'était pas un manque de compétence. A posteriori, c'est des choses que j'ai acquises pendant mon internat.

D'autres motifs de consultation ou des motifs multiples qui t'ont posé problème ?

- Non, à part ça non, il n'y a rien qui me revient.

Les patients eux-mêmes : quels patients te mettaient en difficulté ?

- Euh, les patients polyopathologiques principalement parce que trop de choses à gérer en même temps.

D'accord. Et alors qu'est-ce qu'il te manquait comme compétence ? Qu'est-ce que tu aurais pu avoir en plus pour mieux gérer cette situation ? Qu'est-ce qu'on aurait pu t'apporter en termes de savoirs faire...

- Je ne sais pas si on aurait pu m'apporter plus de choses, euh...je suis pas sûr, c'était surtout la problématique du temps finalement j'en reviens à ce que je disais tout à l'heure. Finalement c'est des situations que je savais gérer séparément toutes les unes des autres mais...Alors déjà le polyopathologique quand on ajoute toutes les choses ça devient compliqué ne serait-ce que de modifier l'ordonnance : pour quoi que ce soit il faut peser le rapport bénéfice risque pour chaque médicament qu'on introduit donc ça c'est compliqué parce que les patients viennent pour un problème, ils s'attendent à ce qu'on réponde à leur problème par une prescription de médicament qu'on ne peut pas toujours faire parce que s'ils sont vraiment poly

pathologiques avec des insuffisances d'organe multiples ben on est bien embêté parce que on est limité et, et à fortiori ce qui m'embêtait vraiment c'était des patients sur le fil qui faisaient que des allers retours hôpital-domicile, hôpital-domicile, donc là c'est des patients gé' compliqués à gérer en médecine de ville parce qu'ils sont peut-être même un peu limites pour la médecine de ville finalement. Et puis voilà.

Est-ce qu'il y a des patients qui te mettaient en difficulté par manque de compétences, par manque de savoirs ?

- Mmh...ben j'ai pas le souvenir d'avoir vécu ça non. Peut-être si, j'ai le souvenir d'avoir été embêté par des personnes qui étaient sous trithérapie anti hypertensive et à l'époque, parce que j'étais pas passé dans le service d'HTA, j'étais un peu euh... un peu embêté pour ça, pour l'adaptation des traitements antihypertenseurs, avec chez des patients à gros risque iatrogénique donc euh, voilà. Ça c'était peut-être le principal problème auquel j'ai été confronté et où je sentais que j'avais pas les compétences.

En termes de ...**Dans la gestion du face à face avec le patient, le relationnel, euh, le fait de négocier, de refuser, les situations conflictuelles, est-ce que c'est des choses que tu savais gérer ou est-ce que c'était des choses où il te manquait des compétences ou pas du tout ?**

- Euh négocier et refuser ça c'est vraiment pas facile, et là il me manquait clairement des compétences. Je pense que c'est plus facile de, de refuser dans un cadre hospitalier que de refuser quand on est le médecin généraliste des gens ça c'est beaucoup plus difficile quand on les connaît, et puis en médecine générale, il y a aussi une notion de...c'est à peu dur à dire mais de clientélisme qui fait que c'est peut être compliqué de refuser à des patients qu'on suit depuis très longtemps en se disant que si nous on le fait pas, peut être que le voisin le fera et le patient ne viendra plus nous voir.

Est-ce que tu as des situations de face à face avec le patient qui t'ont posé problème? Où tu ne savais pas gérer, où tu t'es senti démuni ?

- Euh... ben refuser la demande d'arrêt de travail d'un patient CMU qui voulait partir en week-end avec sa femme et ses enfants, ça...je pensais pas que c'était possible et euh...oui je me suis senti un peu démuni parce que euh ça leur paraissait naturel de demander ça et euh...

Qu'est-ce qu'il t'a manqué ?

- De l'assurance je pense. De l'assurance parce que je pense que quand on remplace et qu'on est interne, quand on est confronté aux difficultés souvent on a la carte blanche du : je vais en parler avec mon chef et que là quand t'es tout seul t'as plus cette carte blanche et du coup, il faut que tu apprennes à prendre tes propres décisions et c'est les premières décisions qu'on apprend à prendre tout seul je

pense, en remplacements ; et ces premières décisions c'est, s'affirmer soi-même en tant que médecin, c'est pas évident au début.

Le patient psychiatrique, est-ce que c'est un sujet qui te mettait en difficulté pour gérer ?

- Alors moi j'ai pas été confronté mais oui je pense que ça m'aurait mis en difficulté oui. (Blanc)

Concernant le déroulement d'une consultation : si tu visualises, encore plusieurs consultations difficiles du diagnostic au traitement. Euh, est ce qu'il te manquait des savoirs, des savoirs faire, savoir être, est-ce que tu vois des moments où il t'a manqué des compétences pour agir ?

- Non...

Concernant des consultations qui t'étaient difficiles, entre le moment du diagnostic et le moment du traitement, est ce qu'il y a des moments où tu manquais de savoirs, de savoir-faire ?

- Non

La démarche diagnostique en ambulatoire, est-ce que c'est quelque chose qui te paraissait clair ? Comme, comme tu l'avais apprise ? reproductible ?

- Euh, ben Je m'étais préparé à réfléchir plus par arguments de fréquence que par, ouais voilà je m'étais préparé à réfléchir par argument de fréquence et argument de gravité et à partir de ce moment-là j'essayais, d'une en premier lieu, d'éliminer toutes les urgences et de deux de réfléchir par argument de fréquence et puis si les gens reconsultaient et que du coup cet argument de fréquence, je mettais un peu en doute mon diagnostic par rapport à ça, je réfléchissais à des choses un peu plus rares euh, et là je pouvais enclencher d'autres examens complémentaires ou des examens complémentaires. Mais là je m'étais mis dans la tête qu'on était pas en hospitalier et qu'il fallait d'abord réfléchir, réfléchir au grave et au fréquent.

Et est-ce que tu avais toutes les connaissances pour le faire, en termes de connaissances de prévalences, de fréquence ?

- Euh je suis pas sûr que j'avais toutes les bonnes connaissances, euh euh j'avais quelques quelques restes de l'ECN avec pareil, de l'épidémiologie et des choses comme ça ; mais je suis pas sûr, j'ai pas le souvenir en tout cas qu'à la fac on nous ait enseigné ça, qu'on nous ait enseigné ça, adapté à la médecine générale.

Le coté clinique en ambulatoire est ce qu'il t'a posé souci ?

- Non, excepté chez l'enfant.

Ah, pourquoi ?

- Euh, parce que chez l'enfant c'est toujours un peu plus compliqué...euh c'est toujours un peu plus compliqué et toujours un peu plus de stress chez les enfants c'est comme ça que je le ressentais, j'étais un peu angoissé de poser un diagnostic, voilà fièvre chez l'enfant c'était quelque chose que je n'aimais pas du tout par exemple. (Petits rires)

A ton avis, pourquoi c'était plus compliqué la consultation chez l'enfant ?

- Mmh je sais pas, parce que je pense que principalement il y a l'angoisse des parents qui se ressent beaucoup, qui se ressent beaucoup lors de la consultation, ils sont dans l'attente et du coup l'angoisse des parents je pense que ça rejaillit sur le médecin. C'est l'angoisse de voir leur enfant malade, l'angoisse de voir que leur médecin généraliste habituel n'est pas là, et l'angoisse de voir que c'est un remplaçant qui pourrait être leur enfant qui va s'occuper de leurs enfants. (Petits rires)

Le savoir-faire clinique pédiatrique, est-ce que c'est ça qui t'a posé souci ou ce n'est pas ça?

- Non, ça m'a pas posé souci parce que vraiment trois mois, trois mois de clinique en pédiatrie aux urgences pédiatriques tous les jours euh dans la maquette de l'internat, c'est vraiment, voilà, je savais pas examiner un enfant avant et après ça, après trois mois on est vraiment au taquet sur l'examen clinique de l'enfant.

Super. Au moment de conclure ta consultation, est-ce que tu te souviens de difficultés particulières pour certaines demandes, pour certains motifs ?

- Ça coupe

Est-ce qu'il y a des consultations qui ont été difficiles à conclure ?

- Non je te dis, mis à part je te dis la problématique du règlement de la consultation où j'ai été embêté deux ou trois fois, sinon mmh nan. Je laissais toujours une porte ouverte aux gens en leur disant : « on essaie ça, on essaie ce traitement, on essaie de rester sur ce diagnostic, on essaie de commencer les examens qu'on a lancés, et puis si ça va pas, je reste disponible, et puis ça, ça permettait...certaines fois les patients par exemple voilà typiquement pour l'enfant dire c'est une virose si ça persiste revenez dans trois jours, typiquement en médecine de ville, je pense que c'est, c'est...euh...pas courant en tout cas, en tout cas pas chez les vieux médecins que je remplaçais, on a peut-être plus tendance facilement à prescrire des antibiotiques, en tout cas c'est l'impression que j'avais, et du coup je sentais que les patients restaient sur leur fin quand je leur disais : ben du coup votre enfant je pense qu'on va rien en faire à part du paracétamol et on va le surveiller

Ce qui est déjà beaucoup.

- Mais en laissant cette porte ouverte en disant je reste disponible à tout moment, il faut reconsulter si ça, ça et ça et on se revoit dans trois jours s'il a encore de la fièvre

par exemple, ça permettait de désamorcer un peu, de désamorcer leur angoisse et le fait qu'ils ne se sentent pas satisfaits à l'issue de leur consultation.

Tu disais à part le raisonnement clinique, t'as pas eu de difficulté au moment de conclure, qu'est-ce que tu entendais par-là ?

- Je ne sais pas, c'est moi qui ai dit raisonnement ?

Oui tu disais qu'en gros c'était des difficultés le raisonnement clinique.

- Euh mmh, ben en fait, mouais je sais pas. Ce que je voulais dire certaines fois les gens, les gens ont l'impression que à un problème une solution et que, et que ils sont pas satisfaits de ce qu'on leur, ils sont pas satisfaits de la solution qu'on leur apporte ou tout du moins leur dire : votre problème c'est pas un médicament qui va le régler ou on va attendre et puis on va voir et ça effectivement les gens restent un peu dans l'incertitude.

Alors qu'est-ce qu'il t'a manqué comme compétences pour mieux gérer cette situation

- Mmh peut-être le relationnel, peut être que j'expliquais pas assez bien, c'est p't'être une problématique de communication, peut être que si j'avais présenté les choses autrement, les gens auraient été moins septiques ou moins dubitatifs.

Au niveau de la proposition thérapeutique, les prescriptions typiquement ambulatoires qu'on ne retrouve pas à l'hôpital, est-ce que tu as eu des difficultés particulières ? Tu as le souvenir ?

- Mmh...c'est-à-dire ? les médicaments des prescriptions qui servent à rien ? Pour la rhinopharyngite par exemple ?

Ou symptomatiques, ça dépend comment on voit les choses.

- Euh mmh

Après ça peut être aussi le matériel, l'oxygène à domicile par exemple, mettre en place ces choses-là.

- Ouais le matériel médical : on m'a demandé de prescrire un matelas et un lit, et alors là j'étais complètement perdu et j'ai dû appelé, j'ai dû appelé le pharmacien ou je sais plus qui gérait le matériel médical pour lui demander ce que je devais prescrire parce que je savais pas du tout. Euh et après pour tout ce qui est traitement qu'on ne prescrit pas à l'hôpital, le traitement pour les viroses, des choses comme ça, euh mmh, je prescrivais seulement à la demande du patient en expliquant bien que ça n'avait pas fait ses preuves sur un raccourcissement, le raccourcissement des symptômes ou la diminution des complications même si ils étaient pas convaincus.

Les soins palliatifs ?

- J'ai pas eu à gérer et heureusement car je me serai senti démuni j'crois

Au niveau prescriptions, euh...paramédicales ? Est-ce que tu as eu des difficultés particulières, est-ce que tu en aurais eu ?

- Est-ce que j'ai prescrit ? J pense que j'étais un peu embêté pour les pansements ou les soins où j'avais pas de protocoles, typiquement j crois que j'ai dû prescrire des pansements pour des ulcères et à part mettre tulle gras, j'étais bien embêté. (Rire) Donc ça ouais les prescriptions de pansements je pense que si on pouvait incorporer ça à notre cursus, un cours sur ça, ça serait vraiment bien.

Et au niveau coordination avec les autres acteurs de santé de soins primaires ? Infirmières, kiné, pharmacien, plateau technique de biologie ou imagerie. Est-ce que tu as été démuni à des moments donnés pour gérer ce réseau et pouvoir l'utiliser ?

- Non, parce que j'ai découvert ce qu'était qu'un réseau de ville et que ça fonctionnait beaucoup mieux qu'un réseau d'hôpital euh parce que par exemple, voilà un patient avec un doigt déformé, il partait dans les deux heures à un cabinet de radiologie et souvent le radiologue me rappelait pour me donner les résultats donc euh, et après ça s'enclenchait assez facilement finalement parce que soit le radiologue envoyait directement, passait directement un coup de fil à l'orthopédiste ou autre, 'fin j'ai trouvé que finalement le réseau de ville il était plutôt bien. Et une fois qu'on a ses correspondants, qu'on a ses correspondants habituels avec qui on travaille et ben ça peut aller, ça peut aller très vite. On peut être très efficace je pense.

Donc, ça tu n'as pas eu de souci particulier. Les réseaux médico-sociaux ?

- J'ai pas été confronté à ça.

Les réseaux médico-psychologiques ?

- J'ai pas été confronté à ça non plus. J'avais le numéro du CMP et de l'hôpital de jour psychiatrique. Il me les avait laissés mais j'ai pas eu besoin de les appeler

Euh communication avec l'hospitalier ?

- Ma seule communication ça a été de prévenir les urgences avant d'adresser.

C'est déjà bien. Concernant l'organisation d'une journée : est-ce que tu avais des manques de savoirs, savoirs faire ?

- Euh...je me suis calqué sur, je me suis calqué sur l'emploi du temps des médecins que je remplaçais. Donc j'ai pas essayé de faire à ma sauce.

Et ça ne t'a pas mis en difficulté ?

- Nan ça va parce que j'avais l'impression que c'était assez fluide pour eux, J'ai juste rallongé les créneaux de consultation pour ne pas me retrouver pris par le temps et c'est la seule chose que j'ai fait.

C'est déjà bien. Quel patient t'a réellement mis en difficulté ?

- Euh mmh...bé les trois que je retiendrais c'est ça : le déficit neurologique

Nan mais il ne faut pas répéter.

- Faut pas répéter ?

Non, est-ce que tu penses à d'autres choses ?

- D'autres patients ?

Après avoir fait toutes ces réflexions-là ?

- Euh...nan je vois pas.

VII. Verbatim de l'entretien individuel n°5 (T)

Comment se sont passés tes premiers, tes remplacements ?

- Mon tout premier remplacement c'était chez un de mes maîtres de stage en SASPAS ; chez P.L à Hem. Heu mmh, je pense que comme tout premier remplacement ça s'est passé de façon stressante parce qu'on n'est pas sûr de soi. Euh... beaucoup d'inconnues au niveau...beaucoup de sensation d'être perdu au niveau comptabilité, de choses pratiques.

Sensation d'être perdu au niveau comptabilité ?

- Ouais au niveau comptabilité, dans les choses très pratiques...c'est pas comme quand t'es à l'hôpital ou quand t'es en SASPAS où t'as toujours quelqu'un au-dessus de toi, là tu es seul maître à bord et seul responsable et donc un peu de stress les premières semaines quand même. Euh voilà. Après comme tu arrives dans tes remplacements dans des secteurs que tu connais pas forcément malgré mes stages. Quand tu dois adresser des patients à des correspondants etcetera, c'est pareil je me souviens de sensations d'isolement assez marquées

Pourquoi ?

- Ben parce que tu sais pas forcément qui contacter si t'as un patient avec une suspicion de phlébite etcetera : qui tu contactes, quel angéologue tu vas voir, fin ...t'as pas forcément le carnet d'adresses qui est fourni avec le cabinet. Mais bon après c'est au fur et à mesure que ça s'est créé mais...voilà, sinon, au fur et à mesure ça se détend quand même hein, heureusement...

Comment tu as fait pour acquérir ce carnet d'adresses alors ?

- Ben j'ai fait des remplacements réguliers dans les mêmes endroits et très rapidement je tournais avec trois cabinets, trois médecins que je remplaçais, un sur Forest sur Marque, celui où je me suis installé aujourd'hui, qui était un de mes maîtres de stage de SASPAS aussi, à qui je reprends le cabinet actuellement. Un sur Bailleul et un sur Lille, et donc en fait à force de tourner sur trois cabinets quasiment toute l'année euh ben tu te fais voilà, tu te fais la main, tu connais le secteur et puis tu appelles euh, tu tâtonnes au début sur un ou deux praticiens spécialistes et puis après...tu décompresses , et c'est le côté qui m'a beaucoup rassuré c'est la répétition, le fait de ne pas redécouvrir à chaque fois parce qu'un des points très pénibles lors de tes premiers remplacements est le fait que les patients ne te connaissent pas donc ne te font pas forcément confiance au premier abord. Le fait d'avoir toujours l'impression de devoir justifier sa place, je me souviens que c'était assez pesant. C'est ça qui m'a motivé aussi à arrêter les remplacements. J'en avais marre d'être le remplaçant, avec l'étiquette le remplaçant.

Ok. Euh, tu parlais de situations pratiques au début auxquelles tu n'étais pas forcément préparé, tu as parlé de comptabilité. **Est-ce que tu peux être un peu plus précis, d'exemples où tu n'étais pas compétent au départ, au sortir de l'internat ?**

- Oui, euh, ben étant donné qu'on a pas de formation du tout sur la comptabilité pratique à la fac. Je me souviens que le tout premier remplacement que j'avais fait, c'était une journée, et j'avais laissé tous les règlements en plan dans le tiroir du toubib sans faire de calcul de quelque espèce que ce soit, de mode de règlement, de nombre de consultations parce que prr j'avais pas de notion de ce qui était utile derrière pour la pratique du médecin remplacé, parce que moi je n'avais jamais été confronté à ça réellement. Bon ça a duré une fois, c'était une journée et après j'ai pas refait la même erreur. Après quelles autres situations bloquantes j'ai pu connaître ? Après c'est des situations...je sais pas si c'est le fait, c'est le fait d'être jeune médecin plus que remplaçant je pense, j'me souviens c'était la situation d'une jeune fille de dix-sept ans qui était venue me voir, sortie des urgences, suite à une tentative de suicide. C'est pareil c'est des sujets auxquels jeune remplaçant je ne me sentais pas préparé ni formé et donc j'avais l'impression d'être dans l'improvisation la plus totale.

Et alors comment tu as fait ? Comment ça s'est passé ?

- Comment ça s'est passé (petit rire) ben je me souviens avoir pris beaucoup de temps, l'avoir écoutée longtemps. Essayer de souligner le positif, de voir avec elle les motifs de réalisation de cette tentative de suicide ou si c'était plus un appel ; et essayer de mettre en place avec elle un suivi, pour qu'elle puisse avoir un, un endroit où venir si elle ne se sentait pas bien quoi.

Ouais, et qu'est-ce qu'il t'a manqué alors à ce moment-là ?

- Manquer de pratique de la psychiatrie essentiellement. Manquer d'un quand t'es face à une situation médicale somatique, c'est beaucoup plus simple, tu te ressors ton chapitre d'internat à la limite si tu t'en souviens, et tu déroules le truc, quand tu es dans une situation comme ça euh, t'as pas de...il m'a manqué une trame de consultation si tu veux.

Ok. Et est-ce que finalement dans cette consultation tu t'es senti pas assez compétent ? à la fin ?

- Oui. Là-dedans dans cette consultation je ne me suis pas senti compétent du tout.

Et quand tu...avec le recul que tu as aujourd'hui, comment tu évalues cette consultation ?

- Comment j'évalue cette consultation ? c'est-à-dire ?

Est-ce que tu te dis avec le recul que tu as aujourd'hui, que finalement tu étais compétent pour le faire ?

- Si c'était aujourd'hui, je la ferai différemment, si c'est ça que tu veux savoir.

Alors qu'est-ce qu'il t'a manqué et que tu ferais aujourd'hui ?

- Je pense que j'ai voulu poser trop de questions parce que quand tu sais pas quoi dire quand t'es médecin, poser des questions ça rassure. Au moins t'attends une réponse. Euh j'pense que je...sur une première consultation j'irai peut-être moins loin comme ça parce que je pense que quand tu creuses trop la première fois c'est pas forcément très productif. Et par contre, je proposerai un débriefing rapide derrière, pour faire un deuxième entretien rapide derrière, pour pouvoir justement commencer à aborder le travail derrière quoi, j'ai voulu trop rentrer dans le sujet parce que j'ai voulu, j'essayais de me raccrocher aux branches pour trouver quoi faire et je pense que j'en ai fait trop.

D'accord. Ok. Euh...si on revient en général, qu'est ce qui te semblait difficile lors de tes expériences professionnelles ?

- C'est une bonne question. Différentes choses. Le côté pratique la gestion du temps et la gestion des différents modes de secrétariat, quand y'avait pas de secrétariat, des remplacements où t'as la ligne chez toi dès 7 heures du matin et y'a pas de secrétaire, je me souviens de ça, c'était plus que compliqué à gérer parce que quand tu sais pas dire non, et ben du coup tu rajoutes, tu rajoutes tu rajoutes tu rajoutes des gens. Euh...grosse difficulté, la plus grosse difficulté finalement je pense qu'au début elle était pas réellement médicale mais elle était dans le fait de savoir dire non aux gens. Que ce soit dans leurs demandes en consultation ou dans les demandes de consultations quand tu ne peux plus les assurer pour pas te retrouver avec un rythme de dingue. Après sur le plan médical pur, euh j'ai pas souvenir de difficultés particulières parce que je pense que le SASPAS il m'a bien, m'a bien, bien servi pour ça. Euh donc c'est pas... c'est surtout dans l'organisation je dirai les...les difficultés.

Ok. Euh, à quoi t'a servi le SASPAS, est-ce que tu peux dire en quelques lignes quand tu dis "dans les situations médicales" ?

- Oui ben le SASPAS il m'a permis d'apprendre la médecine générale réelle, parce qu'à l'hôpital c'est quand même pas terrible, et en stage N1 j'avais pas fait grand-chose. Là t'es confronté seul au patient donc t'as plus cette relation...Ce qui me déplaisait beaucoup... tu n'as plus cette relation triangulaire comme dans les stages où t'es en supervision directe où les gens ils sont sensés te parler mais en fait ils parlent au, à ton maître de stage qui est juste à côté de toi et t'as une sorte de triangulation qui est super difficile dans la consultation où tu trouves pas vraiment ta place. Là tu es confronté réellement aux problèmes et ben tu dois bien te débrouiller et apprendre à les résoudre. Euh ... donc la mise en situation concrète ça m'a énormément aidé. Et puis le fait de te rendre compte que tu pouvais parfois ne pas savoir ce qui se passait dans une consultation 'fin ne pas avoir de diagnostic, que c'était pas grave et que tu pouvais voilà apprendre à lancer les explorations, à revoir ton patient, à organiser ton, à organiser ton travail finalement.

Dans quels cas, essaie de te rappeler dans quels cas, dans quelles situations tu t'es senti complètement démuni, désarmé ?

Mmh, mmh des consultations où je me suis senti démuni désarmé...faut que je réfléchisse un peu...Ouais. J'me souviens de deux cas : un cas : une dame âgée que je suis allée voir à domicile, euh pour lesquelles je n'avais je crois aucun contact de la famille, si j'avais le contact d'une fille, elle m'a appelé pour une douleur abdominale, quand je suis allée la voir elle avait une défense claire à la palpation et elle a refusé catégoriquement que je l'envoie aux urgences, malgré les explications que j'ai réitérées plusieurs fois de gravité potentielle et de risque de décéder euh...j'ai, elle a jamais voulu rien entendre, parce que c'était aussi la première fois que je la voyais et je pense qu'elle n'avait pas envie d'aller aux urgences, surtout pas à cause d'un p'tit jeune qui la poussait à y aller, et j'étais en situation d'échec à la fin, j'ai dû appeler sa fille en lui disant "voilà ce qu'il faut faire: il faut aller aux urgences, mais elle ne veut pas m'écouter donc euh " Donc là je me suis senti particulièrement démuni. Et après une autre situation où c'était aussi dans un remplacement évidemment : une patiente qui venait consulter avec une suspicion de... avec un début d'hémi, une hémiparésie je ne sais plus de quel côté, donc a priori un début d'AVC et sur le coup elle refusait également d'aller aux urgences alors que je l'avais devant moi au cabinet. Elle, elle avait voilà, c'était un peu complexe à gérer. Là j'ai réussi à gérer. Mais euh...

Comment tu as fait ?

- J'ai insisté, insisté, insisté et j'ai...appelé sa fille, en lui...expliquant la situation. Je...Je l'ai pas laissée sortir du cabinet, je l'ai pas séquestrée mais je ne l'ai pas laissée sortir du cabinet. Je lui ai demandé quelles étaient ses retenues, pourquoi elle ne voulait pas aller aux urgences, elle m'a expliqué plein de conneries, à chaque fois j'ai trouvé un argument pour contrer et elle a fini par dire que sa voiture était mal garée donc je me souviens que je suis allé , je suis allé déplacer sa voiture moi-même pour pas qu'elle y aille et qu'elle se barre parce que je la sentais pas en mesure de le faire et euh...j'ai fini par pouvoir appeler, appeler euh je sais plus, je crois que c'était une ambulance, c'était pas un SAMU car elle n'était pas si mal, c'est une ambulance qui est arrivée et la fille est arrivée au même moment et donc j'ai réussi à l'envoyer et en effet elle débutait un AVC donc la conclusion était plus heureuse. Ouais d'ac.

Euh et la première situation qu'est qui t'a manqué pour gérer le refus d'hospitalisation de la vieille dame ?

- Je pense qu'il m'a manqué euh de la confiance en moi et de l'affirmation. Euh parce que si c'était aujourd'hui je ne laisserai pas le choix à la pauvre mamie. Moi qui ne le suis pas du tout, là je serai un peu paternaliste, et que j'appellerai l'ambulance et que contrainte et forcée elle monterait dedans. Euh...ou alors si j'avais la fille au téléphone je la ferais venir sur place, mais surtout je pense que j'aurai plus de ouais : d'aplomb et de confiance on va dire.

Quel genre de consultation te gênait ?

- Les consultations avec les dépressifs

Pourquoi ?

- Parce que je ne suis pas du tout à l'aise avec la dépression, parce que, essentiellement quand tu es remplaçant tu vois les patients ponctuellement et quand tu as un patient dépressif, ça s'inscrit dans le temps c'est une pathologie chronique et toi t'arrives, tu connais pas l'histoire tu ne t'inscris pas dans la démarche dans la progression de ce qui a été fait ou non et euh je me suis trouvé très inutile et aussi très incompetent là-dedans. Euh, parce que tu viens comme un cheveu sur la soupe je trouvais.

Maintenant que tu es installé, comment tu gères ces consultations ? Est-ce que c'est encore difficile ?

- Et ben écoute non, justement. Comme ça a été longtemps un sujet difficile euh, j'ai profité d'avoir un confrère sur Hem qui faisait beaucoup de psychiatrie. J'ai beaucoup discuté avec lui, je me suis posé beaucoup de questions, j'ai essayé de structurer mes consultations que j'avais l'impression à part de discuter de la pluie et du beau temps de pas faire grand-chose et ce qui fait qu'aujourd'hui je suis beaucoup plus à l'aise et je pense que j'attire un peu les patients dépressifs parce que, je pense que, 'fin voilà, je leur consacre du temps, et j'ai l'impression qu'on avance mieux, et de coup oui j'me sens beaucoup plus à l'aise là-dedans.

Ok. Dans quelles situations tu ne te sentais pas compétent pour gérer ?

- Pour gérer c'est-à-dire ?

On te demande de faire quelque chose, ton acte de médecin généraliste, alors **quelles-sont les demandes qui t'ont mis en difficulté** et parce que t'étais là pour proposer une solution et faire avancer les choses. **Où est ce que tu ne te sentais pas compétent ?**

- Ben écoute tout ce qui était mise en place au domicile des aides à la personne, quand tu as une personne en situation de perte d'autonomie, je connaissais mal la mise en pratique, comment faire. Là-dedans je me sentais particulièrement mauvais particulièrement incompetent et au début lâchement je proposais de rappeler le toubib quand je rentrais et après je renvoyais beaucoup vers la mairie vers le CCAS en disant : " ils vont vous expliquer parce que moi je ne sais pas trop."

Oui, **Est ce qu'il y a d'autres situations, est ce qu'il y a d'autres domaines où tu n'étais pas compétent pour gérer ? (Blanc de trois secondes) Qu'est-ce qui t'a manqué ?**

- (Blanc de deux secondes) Ben écoute, euh... (blanc de deux secondes) pas grand-chose.

Comme ça, non.

- Non c'était surtout des situations concrètes, 'fin médicalement parlant tu t'en sors toujours si t'explores un peu. Ce qui me manquait toujours c'était, c'était ce qui tourne autour de la, autour de la pathologie, c'était surtout le social, le psychologique. Médical c'est facile c'est le reste en fait, dont on a un manque de formation, et un manque de compétences, dont t'es pas souvent confronté à ça dans tes études. T'es jamais confronté à ça à l'hôpital, tu te reposes sur les assistantes sociales et quand tu y es confronté, que c'est toi qui doit faire le job ben au début tu sais pas. Fin je trouvais.

Ok, est ce qu'il y a des motifs de consultation. On va être un peu plus précis. Est-ce que tu te souviens de motifs de consultation qui t'ont été problématiques ? Ceux qui te gênaient le plus ?

- Des motifs précis alors je vais revenir sur, sur la dépression. Qu'est-ce qui peut me passer d'autre par la tête ? L'énurésie chez l'enfant c'était quelque chose avec lequel j'étais pas à l'aise, je savais pas quoi dire aux parents. Euh...

Pourquoi tu n'étais pas à l'aise ?

- Parce que... n'ayant pas à l'époque d'enfants moi-même, les motifs de, les.;la psychologie, 'fin le développement de l'enfant, la psychologie de l'enfant ça m'était un peu étranger malgré la théorie. Euh et puis je ne me sentais pas... forcément légitime pour donner des conseils aux parents parce que souvent c'est plus quelque chose de psychologique que somatique. Je ne me sentais pas ...ouais pas légitime pour donner des conseils sans être parent moi-même. L'énurésie est la plupart du temps lié à un conflit, très souvent à un contexte familial particulier, c'est quand même assez rare quand tu trouves une cause organique dessous, et c'est peut-être parce que globalement avec la psychiatrie au sens très large du terme que je n'étais pas à l'aise. Je ne connaissais pas, je n'étais pas à l'aise avec le sujet médical, donner des conseils aux parents alors que moi je n'avais pas d'enfant, je ne trouvais pas bien ma place là-dedans, après D'autres motifs de consultation je ne sais pas.

Est-ce que le coté pédiatrique, les consultations avec les parents, c'est quelque chose qui te gênait ?

- Non pas du tout, les consultations pédiatriques, non non non les consultations pédiatriques je trouve cela plutôt sympa. Au contraire, j'aime bien. J'aimais déjà bien. Maintenant c'est sûr que je n'étais pas forcément très concret dans les conseils parce que quand tu n'as pas de gosse, c'est difficile de savoir comment ça se passe. Quand tu es dans la médecine générale, tu as aussi une relation de proximité avec les patients, et aujourd'hui, tu as plus de, tu as au de l'échange d'expériences qui se fait aujourd'hui on va dire, expérience que je n'avais pas personnellement à cette époque-là.

Est-ce qu'il y a des contextes de consultation qui t'ont été problématiques ?

- Qu'entends-tu par contexte ?

Justement, soit la visite, le fait que ce soit différent de l'hospitalier, tu trouves des contextes différents les uns des autres, la consultation à plusieurs, lorsqu'il y a un accompagnant, ...

- D'accord. Ben écoute, pour le coup, en étant passé par 6 mois de SASPAS avant, non quand je suis arrivé en remplacement, cela ne m'a pas paru particulièrement compliqué. En SASPAS, à l'époque, si on met ça en parallèle, c'est surtout l'organisation à domicile, la visite à domicile qui me posait des soucis, parce que pas forcément de dossier médical ou alors peu de renseignements parce que tu n'as pas tes marques non plus, et puis là pour le coup tu t'inscris davantage dans l'histoire du patient, et donc tu dois composer avec les contraintes qui sont plus importantes que quand tu es au cabinet. Après par rapport au fait d'avoir un accompagnant ou pas, j'ai jamais hésité à demander aux accompagnants de sortir s'il y avait besoin, c'était essentiellement la visite à domicile on va dire.

Dans les consultations gynécologiques, demande de contraception, avec la maman à coté, est-ce que c'était compliqué à gérer ?

- Non, non, parce qu'encore une fois, si la demande vient vraiment de l'adolescente, la plupart du temps je proposais je demandais si elle voulait que la maman sorte, et après, non ça ne posait pas de soucis particulier, c'est pareil ça fait partie des expériences de tout jeune interne à faire une consultation bien foirée sur la contraception, du coup cela m'a bien servi, c'était d'ailleurs un de mes cas de portfolio à l'époque, donc j'ai simplifié ces consultations-là, donc ça ne m'a jamais trop posé de soucis, mise à part que la gynécologie n'est pas le domaine où je suis plus à l'aise, je n'ai pas de soucis, c'est une histoire de pudeur où quelque chose comme cela, non c'est pas quelque chose qui m'a posé souci.

Rappelle-toi de certaines demandes qui t'ont été problématiques.

- Euh ... des demandes ... Je me souviens de demandes d'arrêt maladie injustifiées, ce n'est pas toujours évident de dire NON, surtout quand tu es là devant une prolongation de prolongation que le médecin que tu remplaces a fait, et que toi tu es là pour prolonger la prolongation de la prolongation et qu'à la base ça ne te paraît pas légitime. Euh...(silence) et puis quoi d'autres, c'est essentiellement des demandes de certificats, d'arrêt de travail. Et après au tout début, mais cela a été assez rapide, des demandes de prescriptions un peu forcées, on veut te forcer la main pour des antibiotiques notamment, ce genre de choses, encore une fois, jeune remplaçant, jeune interne, je ne me sentais pas forcément, je manquais peut-être un peu de confiance, j'étais peut-être trop facilement influencé

Qu'est ce qui t'aurait aidé à ce moment-là comme compétence ?

- Ben écoute, un truc qui m'a beaucoup aidé, c'est le fait d'analyser les consultations pour savoir quel type de relation tu mettais en place avec l'autre patient, relation d'égal à égal, relation parent-enfant, le fait de prendre conscience de ça, je me

souviens que ça m'a beaucoup aidé à m'affirmer pour ne pas être soumis aux patients je dirai.

Quand est-ce que tu as analysé ces situations ?

- En cours de SASPAS aussi

Quels patients t'ont été problématiques ? Quels types de patients te gênaient pour faire ton métier de médecin généraliste ?

- Je ne vois pas bien comment tu catégorises les patients

Justement c'est à toi de me le dire

- Euh quel type de patient ben écoute euh ... Les patients non observant avec un faible niveau socio-éducatif on va dire parce que tu dois ramer deux fois plus pour faire accepter quelque chose et parce que je n'avais pas forcément, quand tu es remplaçant tu te sens parfois moins investi. Surtout quand t'es pas en remplacement régulier. En termes de compétence, c'est difficile

Qu'est-ce qu'il te manquait comme compétence ?

- Compétence d'adaptation à mon interlocuteur on va dire, je ne sais pas. J'ai du mal à mettre des mots sur les compétences.

Oui mais c'est très bien. Et après, est-ce que tu as eu des situations relationnelles qui ont été problématiques à gérer ?

- Je réfléchis, je revois un peu tous mes rempla. Relationnelles, nnn...fff. Il y a toujours des gens qui gueulent quand ils voient qu'ils ne te connaissent pas et qu'ils arrivent en consultation. Mais je leur disais : « Vous restez ou vous vous barrez », ça ne me dérange pas plus que cela. Non a priori pas plus que cela.

Sur le plan communicationnel, comment tu définirais ta compétence ?

- J'ai beaucoup de mal à définir les compétences.

Au niveau communicationnel, comment tu te sentais, tout simplement ?

- Ben écoute, la communication ne me posait pas trop de soucis, je me sentais plutôt à l'aise, j'avais parfois tendance à exagérer on va dire la communication, j'ai toujours voulu que les patients comprennent bien, je vulgarisais beaucoup les propos, les explications, et je pense que je rentrais trop dans les détails, je m'éparpillais un peu trop, le discours lui-même n'est à la base n'est pas compliqué à la base, mais un peu l'impression de se perdre dans le discours

Ce n'est pas un souci de communication, de compétence ?

- Ben écoute, je n'ai jamais été confronté à trop de difficultés dans la communication, je suis navré.

Tu parlais de difficultés à t'adapter aux patients, tu parlais d'un patient non observant, qu'est-ce qu'il te manquait pour t'adapter ?

- Peut-être le sens des priorités, quand tu es jeune, et que tu sors de l'internat, tu sais, pour prendre un exemple, qu'un patient diabétique doit faire ses HbA1C tous les X mois, il doit faire son fond d'œil machin voir le cardio, et quand tu te retrouves face à un patient qui fume, qui boit et qui prend son traitement un jour sur deux, et qui en a rien à foutre de son suivi, euh voilà, savoir comment toucher le patient, qu'est-ce qu'il va lui parler lui. Euh et puis voilà. Faire le tri dans ce que tu veux, pour avoir des priorités, en se disant s'il ne fait pas son fond d'œil cette année je m'en fous, mais ma priorité ça va être ceci ou cela, et trouver des mots, trouver des arguments pour lui parler. Euh donc en fait une adaptation de la théorie des livres à la pratique concrète, et s'adapter à ce que le patient peut accepter. (Blanc) je perds ma sous question
- J'ai l'impression de ne pas t'aider beaucoup dans mes réponses

Ah si si si c'est parfait, mais je me demande comment je vais rebondir... Quelles difficultés avais tu ou as-tu encore pour conduire la consultation ?

- Pour conduire la consultation, alors deux choses, je dirais, le souci que j'ai encore c'est quand les motifs de consultation se multiplient et que la consultation est très longue, difficulté de couper le patient ou lui proposer de choisir un ou deux motifs de consultation et de faire le tri et de se voir pour le reste. Je me dis que je voudrais le faire et que je n'arrive pas à le faire en pratique

Quelles difficultés avais-tu ou as-tu encore pour conduire la consultation ?

- Pour conduire la consultation, alors deux choses, je dirais, le souci que j'ai encore c'est quand les motifs de consultation se multiplient et que la consultation traîne en longueur, difficulté à couper le patient ou à lui proposer de choisir un ou deux motifs de consultation et de faire le tri et de se revoir pour le reste. Euh ça c'est un souci qui persiste. Euh j'me dis que je voudrais essayer de le faire mais je n'arrive pas à le faire en pratique. Euh deuxième chose, que je ne perde pas mon fil... euh ben c'est ça c'était... les patients... ça j'y arrive mieux, c'est les patients affables volubiles qui parlent qui parlent qui parlent et qui parlent beaucoup dans le vent et quand même de réussir à...des fois ne serait-ce que se lever pour aller à la table d'examen alors que ça fait déjà un quart d'heure que ton patient te parle alors qu'il vient pour une rhinopharyngite ou une connerie bah c'était plus par rapport à ça, après pour la conduite de la consultation pour le reste non je ne vois pas d'autre souci.

Qu'est ce qui te gêne ou qui te gêne encore dans la démarche clinique ?

- Qui me gêne dans la démarche clinique...ben écoute la clinique en général ne me pose pas trop de soucis donc euh...J'aurai tendance à te dire : pas grand-chose.

D'accord. Qu'est ce qui te gênait en termes de propositions thérapeutiques ? On a parlé de démarche clinique ; après : la proposition thérapeutique : est-ce qu'il y a eu des situations plus compliquées que d'autres ou que tu ne savais pas faire ?

- Tu veux des situations concrète ou des domaines ?

Des situations concrètes.

- Ouais y'a des situations...propositions thérapeutiques...Bon. Tu as compris que j'avais un problème initialement ce qui est plus le cas avec la psychiatrie donc les patients dépressifs, j'avais beaucoup de mal à leur proposer...pas le traitement médicamenteux parce que ça c'est...pareil quand tu sors de l'internat c'est facile mais leur proposer des choses concrètes en termes de réalisations pour eux au quotidien, en termes de démarches de psychothérapies euh ça c'est quelque chose qui me posait beaucoup de soucis donc ça heureusement , j'ai eu tellement de soucis que je me suis creusé un peu, j'ai creusé un peu et ça va donc mieux. En termes de propositions thérapeutiques autres (blanc de 3 secondes) : je réfléchis.... (Blanc de trois secondes).

En termes de prescriptions ? Est-ce qu'il y avait des prescriptions de médecine générale que tu ne savais pas faire ?

- Ben initialement les prescriptions pour des pathologies tellement bénignes que toi à la base tu ne prescrirais rien et que bêtement comme jeune remplaçant, ça te rassure de remplir une ordonnance. Donc euh...les produits euh...à la con.

J'ai pas tout entendu, tu peux répéter vis-à-vis de l'ordonnance à remplir ?

- Oui je te disais quand t'es remplaçant, ce qui est le plus difficile quand tu sors de l'hôpital, fin ce qui me semblait difficile c'était les pathologies bénignes euh pour lesquelles toi tu n'aurais pas consulté et les patients viennent te demander quelque chose et en tant que jeune remplaçant, je pense que on n'ose pas 'fin je n'osais pas faire des ordonnances vierges ou ultra light, et donc trouver des conneries à prescrire, des trucs à la con à prescrire parce que les autres faisaient comme ça et moi comme un boubourse je me disais : « ben moi aussi je vais faire comme ça ». Euh c'est ça qui me posait souci, après sur la partie plus dure du médical, sur les prescriptions non, je... le reste ça allait.

Et dans ce qui était un peu paramédical : matériel... oxygène... situations particulières...de soins palliatifs ?

- Oxygène non, soins palliatifs j'ai été pas mal formé dans mes études donc non parce que j'aime bien, j'aimais bien au contraire ; euh....

Comment as-tu appris pour l'oxygène ?

- Euh...ben je sais pas, bonne question, j'ai l'impression d'avoir toujours appelé Santély...(rire) comment j'ai appris...ben peut être au cours d'un stage de SASPAS,

ça devait être comme ça, à mon avis, on a dû appeler avec le toubib avec qui je bossai... appeler une société. Et puis du coup, une fois que tu l'as fait une fois c'est pas compliqué de le faire plusieurs fois donc, donc voilà, c'était juste Euh...prescription du matériel médical par exemple ouais : prescriptions initialement de tout ce qui est fauteuil, matelas anti escarres, lit médicalisé. Euh savoir, connaître déjà les termes de prescriptions, la nomenclature des objets euh prr j'étais parfois perdu et euh et puis après et ça c'est parfois toujours le cas c'est savoir quels sont tes droits de prescriptions et quelles sont les limitations de prescriptions dans le matériel médical parce que tu peux te mettre en porte à faux vis-à-vis des médecins...des médecins et des pharmaciens de sécu et te retrouver avec des trucs à rembourser euh parce que tu n'as pas respecté les conditions de prises en charge. Une mise en situation où j'ai pu demander l'aide d'un maître de stage. Voilà.

Donc ça c'était un manque de savoirs au niveau administratif, sécurité sociale, gestion des remboursements ?

- Oui c'est ça tout à fait.

Qu'est-ce que tu as découvert dans la médecine générale et qui t'a été problématique?

- Les rythmes de consultations peut-être. C'est-à-dire les journées de 11, 12, 13 heures de boulot. Associer ça avec une vie familiale c'est pas toujours évident. Euh qu'est-ce que j'ai découvert en médecine générale et qui m'a posé problème ? Ben globalement comme que le boulot se passe bien, c'est surtout ça en fait : c'est surtout savoir poser des limites, qui ne sont pas...qui ne sont pas évidentes à mettre. Après je t'avoue que dans mon activité je ne rencontre pas trop de problème en général. Donc pour l'instant je croise les doigts pour que ça continue.

Qu'est-ce que tu penses de ton rôle de santé publique, inscrit dans la définition de la WONCA de la médecine générale ?

- Ben si on voit la santé publique comme eux ben j pense qu'on a un rôle primordial que ce soit les dépistages, les campagnes de dépistages...

Est-ce que tu sais faire ? Est-ce que tu as été préparé à ce rôle-là ?

- Oh ben ça dépend : qu'est-ce qu'on voit dans le rôle de santé publique ? Moi je vois les vaccins, les dépistages de cancer euh...après éventuellement la prévention des addictions. Ouais pour ce qui est mise en place des vaccinations, de dépistage, que ce soit le sein ou le cancer colorectal, il suffit de prendre le temps j'ai envie de dire. Si tu prends le temps c'est pas compliqué. Euh...après si on est plus dans une optique des...des addictions parce que je pense que ça fait partie un peu de la santé publique, c'est moins facile parce que c'est encore plus chronophage mais globalement oui c'est...je sais pas si tu vois d'autres champs de compétences pour la santé publique euh en médecine générale ?

Non...La modification des comportements...

- Comportements à risque

Oui même alimentaires, la diététique euh tout. Est-ce qu'il y a des situations de médecine générale qui te gênent encore aujourd'hui ?

- Des situations de médecine générale qui me gênent encore aujourd'hui ...dans les demandes des patients tu veux dire ?
- Des situations qui me gênent encore aujourd'hui, c'est quand t'as des patients qui font un p'tit peu du...pas du nomadisme mais qui vont consulter des spécialistes à droite, à gauche et qui reviennent te voir et que t'as aucune notion, que tu peux pas avoir de coordination et que t'as l'impression de ne pas être vraiment le médecin traitant du patient parce que tu l'utilises pas comme ça ...Euh mais j'ai l'impression d'être avec des patients qui n'ont pas compris l'intérêt de, de notre boulot. Euh c'est essentiellement ça, je ne supporte pas d'avoir une sensation de, de manque de coordination et d'être mis de côté dans la démarche.

As-tu l'impression d'avoir un manque de savoir-faire ou de savoir ?

- De savoir-faire non, de savoirs oui y'en a toujours un peu mais après faut savoir aller chercher.

Est-ce que ça c'est problématique de chercher l'information quand tu en as besoin ?

- Non. Parce que aujourd'hui c'est facile de chercher l'information avec internet. Euh et puis parce que quand tu prends confiance en toi, tu prends aussi confiance dans... 'fin, t'es cap', j'me sens capable aujourd'hui, je, de dire au patient : ben je ne sais pas mais je vais me renseigner et je reviens vers vous. Euh, à partir du moment où je pense tu es honnête dans la démarche, c'est facile d'aller chercher, 'fin aller chercher c'est pas compliqué, faut juste prendre le temps de le faire donc non. C'est pas comp' ça ne me pose pas de problèmes.

D'accord. Le travail de coordination avec les autres professionnels de soins primaires, est-ce que ça a toujours été facile ? Est-ce que tu manquais de savoir-faire au départ ?

- Je manquais sûrement de savoir-faire au départ. Maintenant si tu te fais un réseau et dans la mesure où tu décroches facilement ton téléphone, c'est assez facile de centraliser, et de coordonner le parcours des patients. Euh non c'est pas quelque chose qui m'a trop posé de souci plus que ça, que ce soit dans le savoir-faire ou dans la compétence.

Parce qu'au tout départ, la première question, c'est la première chose que tu as dite.

- La sensation d'être perdu parce que tu connais pas l'entourage j'ai dû te dire. Ouais tout à fait.

- Ben là c'est pas par rapport à un manque de compétences, c'est par rapport à un...t'arrives dans un endroit où tu connais pas le réseau. Donc tu sais pas ce que tu vas faire comme coordination puisque tu viens en tant que jeune remplaçant. Tu t'inscris comme un...ouais, tu viens te greffer sur une histoire qui est déjà existante et tu connais pas les intervenants et c'est en ça que je trouvais ça difficile. Pas par manque de compétence mais parce que tu sais pas qui contacter. Alors après à force tu te fais ton carnet d'adresses. Après une fois que t'as ton carnet d'adresses, coordonner le tout et décrocher ton téléphone quand t'as besoin ou envoyer des courriers, il suffit de prendre le temps de le faire, la compétence me semble, pour le peu que tu veuilles bien t'en donner la peine, la compétence ne me semble pas difficile, et en plus comme elle me semble essentielle pour les patients et le suivi non je pense que c'est pas un problème aujourd'hui ; la problématique elle était plus de savoir au début qui contacter parce que si t'arrives à Confignon les oies, tu sais pas qui est le cardio, qui est le pneumo, qui est le kiné, qui est l'infirmière.

D'accord. Euh comment définirais-tu ta compétence après la fin de l'internat, ou en tout cas tout simplement qu'est-ce qu'il te manquait pour gérer les situations qu'on te demandait de gérer en tant que médecin généraliste. Qu'est ce qui te manquait ?
Après la fin de l'internat.

- Tu veux que je reprenne les compétences de médecine générale c'est ça ?

Ah non non non, pas du tout, il faut que ça vienne de toi, de ton expérience, qu'est-ce qu'il t'a manqué, qu'est-ce que tu as l'impression qu'il t'a manqué le plus ?

- Quand je suis sorti de l'internat ?

Ouais. Au moment de tes premiers remplacements. Voilà : est-ce que tu avais appris correctement la médecine générale par rapport au cursus pour être open, prêt au moment de tes expériences. Que t'ont dit tes expériences de ce que tu savais ? Et de ce que tu ne savais pas ?

- C'est un peu ce dont on parle depuis le début j'ai l'impression. Donc il y a des compétences organisationnelles : organisation du cabinet. Donc ça : pas avec le patient mais à titre personnel que ce soit en termes de matériel au sein du cabinet ou en termes de gestion des appels, en termes de comptabilité vraiment l'organisation...la logistique on va dire. Euh là pour le coup ça il faut 'fin je pense qu'il faut ramer pour apprendre, 'fin faut y être confronté. Euh après...tu m'as demandé ? J'ai perdu la question j'en suis navré.

Qu'est-ce qu'il te manquait pour exercer ton métier de médecin généraliste au tout début ? Qu'est-ce que tu ne savais pas faire ?

- Qu'est-ce que je savais pas faire. Au début euh...

De tes remplacements. Quand tu avais fini tes études et que tu commençais à exercer, est ce que tes études coordonnaient avec ce qu'on te demandait de faire et où est ce que tu étais le moins compétent, qu'est-ce qu'il te manquait le plus ?

- Qu'est-ce qu'il me manquait le plus ? Alors écoute, je t'avoue, le fait d'avoir fait un SASPAS ça m'a quand même énormément, énormément, énormément aidé euh...euh je pense que du coup je suis arrivé dans les remplacements avec vachement plus de compétences et vachement plus de...je sais pas si « a plomb » c'est le bon terme mais...ouais de confiance dans mes compétences on va dire euh...ça fait hautain de dire ça mais j...du coup je ne ressentais pas forcément de difficulté particulière.

Mmh, mmh (pas de souci) ben c'est très bien.

- Après les difficultés c'est plus du caractère provisoire des remplacements et le fait d'être remplaçant et non pas le fait d'être médecin généraliste installé parce que c'est quand même pas le même métier mais sinon je me suis...j'me souviens pas dans mes remplacements, mise à part ce dont on a parlé, des situations concrètes, je ne me souviens pas d'avoir eu des manques de compétences.

Mmh, mmh. L'installation, les modalités de l'installation, est-ce que c'est quelque chose que tu connaissais ?

- Euh alors pour l'instant je suis installé en collaboration. Je travaille quatre jours semaine, en collaboration avec un de mes maitres de stage justement qui lui prend sa retraite au premier juillet et donc on a fait une reprise progressive pour l'installation, du coup j'ai pas eu à gérer la partie immobilière, la partie matérielle au sein du cabinet donc ça, ça a été quand même beaucoup plus simple, après pour les démarches administratives pour l'installation à type de contacter l'URSSAF, la caisse de retraite, signer la convention à la sécu euh ouais, ça je connaissais pas et j'ai appelé un ami qui a quelques années de plus et qui s'est installé il y a quelques années pour, pour qu'il m'explique en fait, globalement. Sans lui, ça aurait fait défaut dans ma formation par exemple.

Donc on a parlé de ce que tu savais pas faire au départ de ton exercice de médecin généraliste, et maintenant aujourd'hui, qu'est ce qui a changé ?

- Alors ce qui a changé, c'est mon approche des patients psy. Fort de mes lacunes, on va dire que je me sens beaucoup plus à l'aise là-dedans du fait d'avoir travaillé ce domaine.
- Euh, ce qui a changé...c'est, ben c'est le fait que je suis plus le remplaçant, je suis le médecin généraliste médecin traitant des gens et donc je peux m'inscrire dans une démarche plus constructive, une démarche qui va s'inscrire dans la durée et que tu peux organiser le parcours de sans' fin ouais le parcours de santé de tes patients beaucoup plus facilement. Comme je me suis perdu encore une fois sais plus quelle était ta question de départ, je suis désolé, la fatigue aidant.

Qu'est-ce qui a changé par rapport au début, qu'est-ce que t'a apporté l'expérience ?

- Ben après plus de confiance et le fait d'avoir appris de ses erreurs et de ne pas essayer de les reproduire mais ça c'est un peu une banalité. Euh donc voilà ce qui a changé c'est le fait d'avoir pris plus confiance, de m'être affirmé auprès des patients et voilà c'est essentiellement ça.

Et ben c'est très bien. On termine l'entretien. En termes de savoirs, y a -t-il quelque chose qui te revienne en termes de manques ? De connaissances ?

- Ben rien de concret mais ça forcément ça arrive encore tout au long de la carrière, t'as toujours des situations où tu sais pas mais après comme tu disais, t'apprends soit à improviser, soit à temporiser, soit à passer la main. Donc aujourd'hui quand y'a des trucs où je sais pas, j'essaie d'être concret et puis voilà, tu reprends la base de ta clinique, tu te dis, ben voilà est ce que ton patient il va bien, il va pas bien, si il va pas bien, tu le balances quelque part, si il va bien, ben tu te laisses le temps de réfléchir et de surveiller, d'aller chercher ou d'organiser quelque chose mais disons que le manque de connaissances ne me fait plus peur aujourd'hui parce que je sais gérer l'arrière quoi.

ANNEXE N°4. POSTER PRESENTE AU CONGRES DU CNGE.**APPRENTISSAGE DE LA COMPETENCE PROFESSIONNELLE :**
EVALUATION DES BESOINS DES EX-INTERNES (résultats provisoires)

Contexte : Peu d'études interrogent les jeunes remplaçants pour évaluer leur acquisition de compétences en médecine générale (MG) pendant leur DES.

Objectif : L'objectif de ce travail est de rechercher les insuffisances de compétences en médecine générale des ex-internes, remplaçants ou installés dans le Nord Pas de Calais à partir de 2004, et de les comparer aux objectifs de stages ambulatoires actuels.

Méthode : Le recueil des données a été réalisé au cours d'entretiens semi-dirigés, focalisés puis individuels entre novembre 2014 et octobre 2015. Il sera poursuivi jusqu'à saturation des données. L'échantillon de jeunes médecins généralistes participants est variable et raisonné. Les entretiens ont été codés avec le logiciel n'vivo, selon l'approche qualitative par théorisation ancrée. Les codes ont été triangulés. Les catégories représentaient les aspects émergents importants pour répondre à la question de recherche.

Résultats : Les 16 médecins généralistes interrogés avaient terminé leur internat entre 2007 et 2014. 9 avaient effectué un SASPAS. 221 codes actuels ont été retenus pour répondre à la question de recherche. On peut citer par exemple : « Manque de formation aux techniques de communication pour conduire la consultation », « Manque de connaissances des acteurs, des outils et des réseaux sociaux » ou « Besoins de formation en accompagnement de fin de vie et oxygénothérapie au domicile ». Tous les codes ont été regroupés en 21 catégories d'insuffisances de compétence intégrées dans 3 ensembles : savoirs, savoir-faire, et savoir-être. Ces insuffisances de compétence ont été reliées aux objectifs de stages ambulatoires (Fig.1).

Discussion : La plupart des insuffisances de compétence professionnelle des jeunes généralistes sont reliées aux objectifs de stage ambulatoires. Ces objectifs sont donc soit méconnus, soit non atteints.

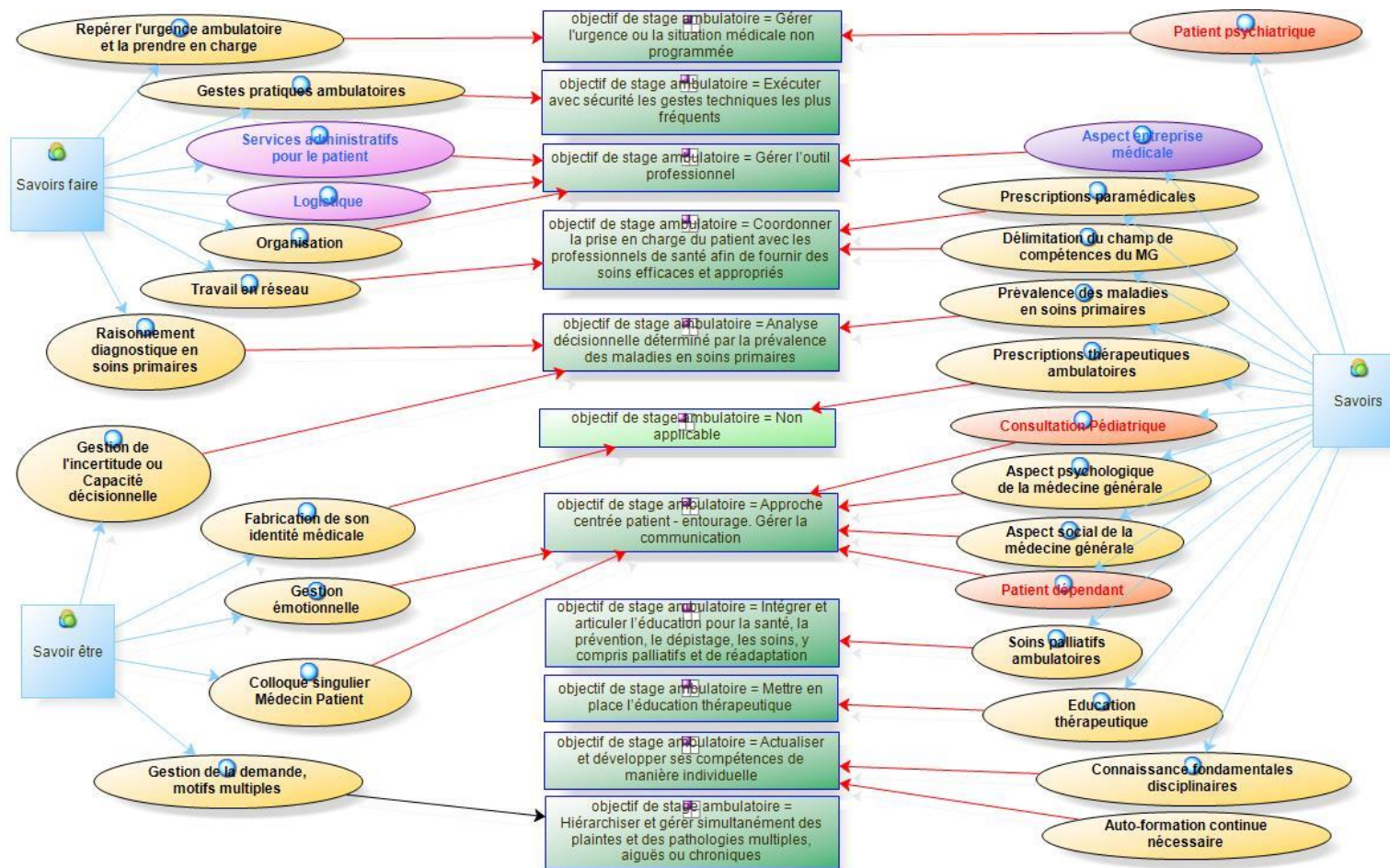
La question de recherche initiale portait sur le vécu des jeunes généralistes. Elle a dû être centrée secondairement sur les insuffisances de compétences à cause de l'étendue des angles de vue intéressant le codage et de la multiplicité des objectifs implicites poursuivis.

Il existe plusieurs points négatifs à ce travail : la nouvelle sélection des codes réalisée après triangulation à cause du changement de la question de recherche, les guides d'entretien des groupes focalisés non orientés par rapport à la question de recherche finale et la subjectivité de la connexion entre les catégories et les objectifs de stages ambulatoires. Les auteurs ont le regret d'une quantité importante de données intéressantes non exploitées par souci de répondre de façon correcte à une question de recherche unique.

Il existe plusieurs points positifs à ce travail : la rédaction d'un guide d'entretien modifiée au fur et à mesure pour répondre à la question de recherche, la triangulation de chaque verbatim par des binômes de domaines professionnels différents, la maximalisation de la technique d'échantillonnage et le recueil des données à la fois au cours d'entretiens de groupes focalisés et individuels.

Une perspective de ce travail peut être de rechercher des moyens permettant l'acquisition de ces compétences professionnelles au cours du DES.

Compétence professionnelle en médecine générale : besoins des ex-internes reliés aux objectifs de stages ambulatoires actuels.



Rouge : sous-catégorie de « typologie de consultations difficiles » ; Violet : sous-catégorie de « aspect entreprise médicale » ; Or : autres catégories issues de l'analyse
 Vert : objectifs des stages ambulatoires édités par le CEMG Lille accessibles sur le site <http://medecine.univ-lille2.fr/>; Carrés bleus : ensembles de catégorie

Emmanuelle Hennion, remplaçante en médecine générale, DES à Lille (2011-2014), ehennion.eh@gmail.com
 Dr Denis Deleplanque, directeur de thèse et Maître de conférences associé, Université de Lille2, DMG faculté de médecine Henri Warembourg, Pôle formation 59045 Lille Cedex.

ANNEXE N°5. LISTE DES CODES CONCERNANT LA CATEGORIE : BESOIN DE SAVOIRS THEORIQUES ADAPTES A LA MEDECINE GENERALE.

Chaque catégorie est formée de sous-thèmes qui regroupent un certain nombre de codes. Les codes soulignés sont les codes-liens qui réunissent deux catégories de besoins. La couleur utilisée désigne la catégorie de besoins mise en relation. Le code couleur est détaillé dans la légende du guide de lecture de la section résultats (Figure R-II.1). Pour chacun des codes, l'intervenant est précisé entre parenthèses. Ses caractéristiques sont décrites dans les tableaux R-I.1 et R-I.2 de la section Résultats.

1. *Connaissances inadaptées aux connaissances utiles pour la médecine générale*

- Manque de savoirs adaptés à la médecine générale (S)
- Situations types à travailler en médecine générale (M1)
- Difficulté à gérer la situation clinique atypique (M6 ; M2 ; N2 ; N7)
- Décalage ECN et vraie vie, on découvre qu'il y a des termes conceptuels dont on ne connaît pas la définition pratique pour la mettre en pratique (N7)
- Problème de correspondance entre savoirs enseignés et situations de médecine générale (R)
- Le manque de temps est un problème de connaissances (M4)
- Sait gérer le manque de savoir (T)

2. *Besoin de connaissances des recommandations de médecine générale*

- Manque de connaissances des recommandations de médecine générale (S)

3. *Besoin de connaissances pour gérer l'aspect psychologique de la médecine générale*

- Difficulté à gérer le côté psychologique de la médecine générale (Q ; N4 ; N7 ; N3 ; N5 ; N2 ; T)
- Difficulté à évaluer l'efficacité de notre soutien psychologique (N3 ; N7)
- La compétence dans l'aspect psychologique de la médecine générale dépend aussi de la personnalité du professionnel (S)
- Le suivi psychothérapeutique n'est pas du ressort du médecin généraliste (Q)
- Difficulté avec les situations psychosomatiques(S)

4. *Besoin de connaissances pour gérer l'aspect social de la médecine générale*

- Importance de l'aspect social en médecine générale (M5 ; M4 ; N2 ; N4)

- Connaître les acteurs sociaux ou personnes ressources est plus important que connaître les solutions sociales (R)
- Difficulté à gérer un patient au domicile dont la précarité sociale ne permet pas de corriger la santé (N2)
- Manque de formation aux problèmes sociaux et à leur gestion (M1 ; M5 ; M4 ; M3 ; M1 ; M2 ; N7 ; N5 ; P)
- Manque de connaissance des solutions sociales (P ; Q ; R ; T)
- Manque de connaissance des acteurs, des outils et des réseaux sociaux (M5 ; N4 ; P ; Q)
- Manque de connaissance des réseaux médico-sociaux (P)
- Manque de compétence pour gérer la mise en place des aides pour le maintien au domicile des personnes en perte d'autonomie (T)
- Limites floues entre le social et le médical. Place du médecin difficile à trouver (M3, M2, M1, P,)
- Pas de difficulté à trouver sa place entre le social et le médical (R)

5. Besoin de connaissances disciplinaires adaptées aux situations de médecine générale

- Manque de savoirs entraîne une demande d'avis au spécialiste d'organe (P)

a) Psychiatrie

- Sentiment d'un manque de formation pour gérer les problèmes psychiatriques (N7 ; N5 ; P)
- S'est formé par lui-même en psychiatrie pour être plus à l'aise (T)
- Manque de savoir pour appréhender la consultation psychiatrique (P)
- Manque de savoir en gestion des traitements antipsychotiques lié à un manque de formation (P)
- Pas de manque de connaissances des thérapeutiques médicamenteuses psychiatriques (T)
- Manque de savoir-faire pour les demandes d'HDT (R)

i. Patient dépendant

- Aimerais mieux prendre en charge les patients éthyliques (N1)
- Difficulté liée à la confiance à accorder au patient dépendant pour prescrire (S)

ii. Patient dépressif

- Manque de connaissances concernant la prise en charge non médicamenteuse du patient dépressif (T)
- Manquait de compétence pour structurer une consultation de patient dépressif (T)

iii. Patient hypochondriaque

- Manque de compétence en communication pour gérer un patient hypochondriaque (Q)

iv. Patient psychotique

- A su gérer les situations psychiatriques de patient névrotique et demande d'HDT par ses compétences relationnelles acquises par la pratique en médecine générale (R)
- Manque de connaissances pour l'évaluation des comportements psychiatriques (P)
- Manque de savoir en communication avec un patient psychotique ou avec trouble de la personnalité lié à un manque de formation (P)

b) Pédiatrie

- Manque de savoir pour appréhender la consultation pédiatrique (P)
- Insuffisance de compétence dans la prise en charge du nourrisson (P)
- Attestation de pédiatrie pour combiner et cerner la santé de l'enfant, le niveau familial et le suivi à domicile (P)
- Aimerais être plus calé en pédiatrie (N1)
- Difficulté de conseiller les parents en pédiatrie (T)
- Manque de compétences dans le développement de l'enfant (T)
- Manque de connaissances sur l'énurésie de l'enfant (T)

c) Diététique

- On n'est pas formé à la prise en charge diététique, on a les mêmes références que le grand public (N3 ; N1)

d) Cardiologie

- Manque de savoir-faire pour l'adaptation des traitements antihypertenseurs chez des patients à haut risque cardiovasculaire (S)

- Manque de savoirs concernant la gestion de modification de traitements cardiologiques autres que antihypertenseurs (P)
- e) Dermatologie
- Ce serait utile d'être formé sur les variantes cliniques dermatologiques (M7)
- f) Endocrinologie
- Manque de compétences en endocrinologie car n'y est pas passée en stage (Q)
 - Manque de savoir-faire dans l'interprétation des données du bilan thyroïdien et la conduite à tenir (P)
 - Manque de savoirs concernant les traitements de dysthyroïdies non typiques (P)
- g) Gynécologie
- Manque de savoirs concernant la demande de traitement hormonal substitutif (R)
- h) Neurologie
- Manque de compétences en neurologie car n'y est pas passé en stage (Q)
 - Manque de compétences séméiologiques en neurologie (Q)
 - Pas de manque de savoir perçu en cardio, pneumo, gastro, rhumato (R)
- i) Pharmacologie
- Difficulté à gérer le risque iatrogénique chez des patients polyopathologiques (S)
 - Manque de connaissances en pharmacologie (Q)
 - Les manques de compétences spécifiques disciplinaires dépendent en partie de nos motivations personnelles (Q)
- j) Soins palliatifs ambulatoires
- Un objectif utile en médecine générale serait d'être formé aux soins palliatifs ambulatoires car ils se développent (M1)
 - A été bien formé aux soins palliatifs pendant ses études (R)
 - A appris à s'appuyer sur les réseaux HAD et palliatifs pour gérer les fins de vie (R)
- 6. Besoin de connaissances en prescriptions ambulatoires**
- Angoisse de ne pas connaître le nom du médicament au début (M3)

- En médecine générale on traite des choses jamais vues en cours (R)
- Manque de formation sur les thérapeutiques symptomatiques en médecine générale (R, T, M7, M5)
- Pas de manque de savoir-faire concernant les prescriptions ambulatoires grâce aux logiciels et aux pharmaciens (Q)
- Pas de sentiment d'un manque de compétences pour prescrire des traitements symptomatiques de virose (S)
- Manque de connaissances concernant les prescriptions de matériel médical (M3, T)
- Besoin de formation en médecine générale comme l'accompagnement de fin de vie oxygénothérapie au domicile (M3)
- N'a pas été gêné pour prescrire l'oxygénothérapie en s'appuyant sur des personnes ressources (R)
- Aurait appris en SASPAS à prescrire de l'oxygène (T)
- En difficulté concernant les conditions de prise en charge pour la prescription de matériel médical à domicile (T)
- Prescriptions de soins dermatologiques et pansements (S)
- Prescriptions paramédicales ambulatoires (M4, R)
- S'aider des remarques des professionnels de santé paramédicaux pour mieux prescrire (R)

7. Besoin de connaissances techniques sur les gestes faisables en ambulatoire

- Manque de savoir-faire dans les gestes techniques faisables en médecine générale (S)
- Ce serait utile d'avoir une formation sur les petits gestes de dermatologie (M6, M7)
- Ce serait utile de savoir faire les infiltrations dans le cadre des objectifs de l'internat de médecine générale (M6, M7, S)
- Le manque de savoir-faire en gestes techniques a participé à la décision de ne pas faire de la médecine générale son métier (S)
- Manque de savoir-faire dans le geste technique de la vaccination (R)
- C'est en pratiquant qu'on apprend le savoir-faire technique du geste de vacciner (R)

8. Besoin de connaissances en éducation thérapeutique (M5, M1, M6, N3, R)

9. Besoin de connaissances en épidémiologie et en bactériologie de soins primaires

- Ce serait utile d'être formé sur les flores bactériennes de ville pour mieux gérer les antibiothérapies en contexte ambulatoire
- Pas de manque concernant les prévalences en médecine générale
- Sentiment d'un manque de formation sur l'épidémiologie en médecine générale

10. Besoin de connaissances de son rôle de santé publique

- Insuffisance d'automatisme concernant son action de dépistage au cours de consultations pour certificat de sport (P)
- Manque de formation en santé publique (R)
- N'avait pas conscience de notre rôle de santé publique dans notre métier de médecin généraliste (R)

ANNEXE N°6. LISTE DES CODES CONCERNANT LA CATEGORIE : BESOIN D'ADAPTABILITE.

1. Besoin de gérer le décalage entre la théorie et la pratique

- Difficulté avec la mise en application des théories au début des expériences professionnelles (M5 ; M3 ; M2 ; N1 ; N4 ; N7)
- En médecine générale on traite des choses jamais vues en cours (R)
- Le raisonnement en pratique est différent de la théorie (N2 ; N3)
- En pratique on dépend des contraintes ambulatoires (N2 ; N3 ; N7 ; N4)
- C'est à force de pratique qu'on apprend à gérer les situations jamais rencontrées en médecine générale (R)
- Relativise le manque d'expérience par sa capacité à gérer les situations nouvelles (R)
- Difficulté à se servir du bon sens pour analyser et répondre à une situation nouvelle (S)
- Importance du relationnel

2. Besoin de gérer le contexte

- Difficulté à gérer l'angoisse des parents : particularité de la consultation bébé (P)
- Rappeler sa disponibilité pour le patient : en cas de problème, désamorce l'angoisse et le patient insatisfait d'une consultation sans prescription médicamenteuse (S)
- Manque de sérénité à conduire une consultation mère-fille pour une demande de contraception de la fille surtout quand on est médecin homme (R)
- Pas de difficulté à gérer la consultation triangulaire (S)
- Difficulté avec la gestion de la visite (N1 ; N4 ; N5 ; T)
- Non préparé au côté organisationnel des visites (Q)
- Absence de gestion de notre renouvellement d'ordonnance par manque de temps en visite (N3 ; N5)
- Avoir une urgence en visite et prendre du retard dans son planning (M2)

3. Besoin de savoir gérer ses émotions

Codes-liens utilisés dans la figure R-III.B1 Liens d'adaptabilité au contexte et de gestion émotionnelle : de gauche à droite :

- Apprendre à se déculpabiliser (M7 ; M3 ; M2 ; N4)
- Manque d'entraînement à la gestion du stress en consultation (N6)
- Difficulté avec la gestion de l'urgence en visite (M2 ; N3 ; N6)

- Difficulté avec la gestion du temps en visite (M2 ; N6)
- Difficulté de communication avec le patient « ignare » en visite et absence de maîtrise de notre renouvellement d'ordonnance (N1)
- Difficulté avec le statut de médecin dans sa famille ou son entourage proche
- Difficulté de rentrer chez soi avec des choses émotionnellement pas gérées- besoin de partager son ressenti émotionnel

Autres codes-liens :

- Anxiété lors des premières expériences professionnelles (M4 ; M5 ; M6 ; N4 ; T)
- Avoir peur de se tromper de diagnostic parce que c'est son père ou sa mère (M1)
- Difficulté de rentrer chez soi avec des choses émotionnellement pas gérées- besoin de partager son ressenti émotionnel (M1)
- Difficulté avec la gestion émotionnelle (M1, M2, M4, M6, M7, N4, S)
- Difficulté à se gérer soi (M6 ; M1 ; M4)
- Difficulté avec l'expérience de la mort d'un de ses patients (M4)
- Pas de manque de compétence dans la gestion émotionnelle (R)

4. Besoin d'adaptabilité à la situation atypique

Codes-liens utilisés dans la figure R-III.B2 Liens avec le besoin d'adaptabilité à la situation atypique (de gauche à droite) :

- Atypique car pathologie émergente en médecine générale (M3)
- Pathologie pas encore constituée (N6 ; N1)
- Difficulté à évaluer le degré d'urgence dans une situation d'entre deux (S)
- Difficulté avec les situations d'entre deux en médecine générale qui sont nombreuses (S)

Autres codes-liens :

- Difficulté à gérer la situation clinique atypique (M6 ; M2 ; N2 ; N7)
- Difficulté à gérer le déficit neurologique semi récent en ville (S)

5. Besoin de savoir gérer l'incertitude et décider

Codes-liens utilisés dans la figure R-III.B3 Liens avec le besoin de gérer l'incertitude :

- A appris en SASPAS à gérer cette notion d'incertitude (R ; S)
- Débuts angoisse de devoir dire au patient que je ne savais pas (N4)
- Difficulté avec la prise de décision d'hospitalisation dans des situations atypiques- crainte que le patient ne meure dans la nuit (M5)
- A accepté de différer la réponse en situation d'incertitude diagnostique (N4 ; T)

- Débuts : difficultés à estimer l'urgence au téléphone et la légitimité de la visite- côté organisationnel (N3 ; P)
- Apprendre à rassurer le patient (N4)
- Initialement manque de confiance pour dire qu'il ne savait pas (T)

Autres codes-liens :

- Besoin d'apporter une réponse médicale même quand on ne sait pas (N4)

6. Besoin de savoir s'adapter à la situation particulière du patient

Codes-liens utilisés dans la figure R-III.B4 :

- Difficulté à gérer un patient au domicile dont la précarité sociale ne permet pas de corriger la santé
- Attestation de pédiatrie pour combiner cerner la santé de l'enfant, le niveau familial et le suivi à domicile
- Nécessité parfois d'imposer sa décision au patient
- Apprendre à analyser le patient pour gagner du temps en consultation
- Cerner rapidement les besoins contextualisés du patient
- S'est aidé du pharmacien pour décider de sa prescription au patient dépendant en demande
- Ne plus être débutant, c'est savoir coordonner une prise en charge multiple-complexe et aigue en ambulatoire lors d'un refus d'hospitalisation
- Analyser le patient et adapter son discours
- Difficulté liée à la confiance à accorder au patient dépendant pour prescrire
- Besoin de trouver l'information pertinente, applicable au patient

Autres codes-liens :

- Manque de souplesse dans ses règles et limites d'exercice (R)
- N'est pas en difficulté avec les patients qui ne prennent pas leur traitement (Q)
- Répondre aux questions des patients avec pathologie rare (R)
- S'adapter au niveau socio-éducatif du patient (P ; T)
- Hiérarchiser les objectifs de prise en charge en fonction du patient (T)

7. Besoin de savoir gérer une situation nouvelle

- Manque d'adaptation dans les situations nouvelles (R)
- A appris à gérer une consultation atypique en s'aidant de l'effet temps (N7)
- A acquis une compétence d'adaptabilité permettant de gérer les situations nouvelles (R)

ANNEXE N°7. LISTE DES CODES CONCERNANT LA CATEGORIE : BESOIN DE SAVOIR GERER LE COLLOQUE SINGULIER.

1. Besoin de concevoir son identité médicale

Codes-liens utilisés dans la figure R-III.C1 (dans le sens horaire et de droite à gauche) :

A appris à hiérarchiser et différer dans une consultation pour être disponible pour les patients suivants (P)

- Orienter sa formation continue en fonction de sa patientèle (P)
- Apprendre et assumer de refuser en fonction de ses compétences (P)
- Apprendre à refuser (M1 ; N2 ; P ; Q)

Difficulté de se positionner par rapport aux principes et aux règles posées ou non par le médecin remplacé avec ses patients (N6)

- Difficulté de rentrer chez soi avec des choses émotionnellement pas gérées- besoin de partager son ressenti émotionnel
- Difficulté à savoir quand est ce qu'il faut déléguer (N3 ; N4 ; N7)
- Le suivi psychothérapeutique n'est pas du ressort du MG (Q)

A appris à coordonner et déléguer les problèmes sociaux aux acteurs sociaux

- Limites floues entre le social et le médical. Place du médecin difficile à trouver
- C'est l'expérience des remplacements qui lui a permis de concevoir son identité médicale, ses règles et limites d'exercice (R)
- Apprendre à assumer son refus face au patient(Q)

Difficulté de concilier vie professionnelle et vie familiale dans le mode d'exercice libéral (T ; S ; N4)

Autres codes :

- La conception de l'identité médicale fait partie du professionnalisme (R)
- La conception de l'identité médicale, de ses règles et principes, est évolutive (R)
- Manque dans son identité médicale dû à un manque de pratique au début (R)

a) Dépasser la crainte de ne pas satisfaire le patient

- Début : sentiment d'être redevable envers le patient obligation d'une prescription médicamenteuse (M3 ; M2)
- Début : angoisse de devoir dire au patient que je ne savais pas (M4)
- Début : peur de ne pas répondre à la demande (M2 ; N7)
- Crainte de perdre son patient client en ne satisfaisant pas sa demande (S)
- Difficulté avec la consultation sans prescription médicamenteuse surtout au début

(M7 ; M3 ; M6 ; M2 ; M4 ; T)

b) Délimiter son champ de compétences

- Limites floues entre le social et le médical. Place du médecin difficile à trouver
(M3, M2, M1, P)
- Le suivi psychothérapeutique n'est pas du ressort du MG
- C'est complexe de décider de sa pratique avec des avis spécialistes différents
(N7)
- Apprendre ses limites (M3 ; M6 ; N3)
- Apprendre à se connaître pour décider de sa pratique (M3 ; P ; N3)
- Difficulté à savoir quand déléguer

c) Poser les règles et les limites de son exercice

- Difficulté à poser ses règles et limites d'exercice
- Besoin de poser les règles et les limites de son exercice (M1 ; M4)
- Difficulté avec le statut de médecin dans sa famille ou son entourage proche (M3)
- Manque de souplesse dans ses règles et limites d'exercice(R)
- Difficultés avec les demandes abusives de certificats médicaux (R)
- Difficulté à refuser des demandes non justifiées sur le plan médical par manque d'assurance (S ; T)
- Sait refuser des demandes de certificat (R)
- Difficulté à refuser des patients quand le planning est surchargé (T)
- Manque de souplesse dans ses règles et limites d'exercice (R)
- C'est complexe de décider de sa pratique avec des avis spécialistes différents(N7)
- Manque dans son identité médicale dû à un manque de pratique au début (M2)

d) Besoin d'équilibre personnel et professionnel

- Importance de poser ses règles et limites d'exercice- Besoin d'équilibre professionnel (R)
- Nécessité d'adapter son métier en fonction de sa propre personnalité
- A appris à hiérarchiser les motifs dans une consultation pour être disponible pour les patients suivants (P)
- Avoir de l'expérience pour se dire c'est pas ma vie, c'est pas grave face à certaines situations (M3)

- Difficulté de concilier vie professionnelle et vie familiale dans le mode d'exercice libéral (N4, S, T)
- Impression d'impossibilité de concilier formation continue et pratique de médecine générale (S)

2. Besoin de gérer la demande

Codes-liens utilisés dans la *figure R-III.C2* (de droite à gauche et dans le sens horaire) :

- Apprendre à refuser (M1 ; N2 ; P ; Q)
- A appris à hiérarchiser et différer dans une consultation pour être disponible pour les patients suivants (P)
- Difficulté à gérer les consultations à plusieurs, non programmées (Q)
- Ne savait pas hiérarchiser les motifs de consultations pour mieux gérer l'urgence (P)
- Sait différer certains motifs de consultation (Q, R)

Autres codes :

- Difficultés de gérer les multiples plaintes des patients au cours d'une consultation (M3, S, T, N3, N7)
- Insuffisance de gestion hiérarchique des motifs de consultation (P, T)
- Difficulté à refuser des patients quand le planning est surchargé (T)

3. Besoin de compétences communicationnelles et relationnelles

Codes-liens utilisés dans la *figure R-III.C3* (de droite à gauche et dans le sens horaire) :

- Manque de confiance dans sa légitimité pour rassurer en tant que remplaçant (S)
- Difficulté de gérer la réticence des patients à la prise en charge différente proposée par le remplaçant
- Besoin de compétence communicationnelle pour gérer un patient psychotique ou avec trouble de la personnalité (P)
- Analyser le patient et adapter son discours (N6, N3, N1)
- Manque de savoir-faire relationnel lié à un manque d'expérience en médecine générale (S)
- Analyser sa position dans la relation médecin patient l'a aidé à s'affirmer (S)
- Nécessité parfois d'imposer sa décision au patient (T)
- Interrompre le patient pour mieux gérer le temps (S)
- Difficulté de communication et de coordination avec l'hospitalier
- Besoin de technique communicationnelle pour refuser (P)

Autres codes :

a) Besoin de compétences en communication

- Besoin de compétences en communication (P, N3)
- Apporter une réponse médicale même quand on ne sait pas (N4)
- Les patients réclament un diagnostic exact (N3)
- Manque de formation sur la communication dans la relation médecin patient en France (M1, N7 ; Q)
- Pas de manque de compétence en communication grâce à de l'autoformation (M3)

b) Besoin de savoir-faire relationnel

- A appris par elle-même à rassurer le patient (N4)
- A su gérer les situations psychiatriques de patient névrotique et demande d'HDT par ses compétences relationnelles acquises par la pratique en médecine générale (R)
- Importance du relationnel (R)
- Avec l'expérience, a pris confiance et s'est affirmé auprès des patients
- Les compétences relationnelles avec le patient dépendent aussi de la personnalité du professionnel (S)
- Manque de savoir-faire relationnel prédominant (R)

c) Besoin de savoir refuser

- Besoin de savoir refuser les demandes de rendez-vous à plusieurs (Q)
- Savoir assumer son refus face au patient (P, Q)
- Savoir refuser des demandes non justifiées sur le plan médical (P, S, T)
- Sait refuser des demandes de certificat (R)
- Savoir refuser en fonction de ses compétences (P)

d) Conduire la consultation en s'adaptant au patient : besoin de technique communicationnelle pour :

- Difficulté liée à la confiance à accorder au patient dépendant pour prescrire
- Argumenter en fonction des sensibilités du patient (T)
- Gérer un patient hypochondriaque (Q)

- Savait bien conduire la consultation de médecine générale grâce au SASPAS (R)
- i. **Diagnostic grave**
 - Coordonner en cas de diagnostic grave quand on est remplaçant (M5)
 - Manque de préparation pour annoncer les diagnostics graves (P)
- ii. **Expliquer**
 - Difficulté à être concis dans les explications adaptées au patient (T)
 - Expliquer est plus important que convaincre parce qu'il faut respecter la volonté du patient (R)
- iii. **Gérer le patient insatisfait et la situation de négociation**
 - Crainte de perdre son patient client en ne satisfaisant pas sa demande (S)
 - Difficultés avec le patient insatisfait (M7, Q, S, N3)
 - Sentiment d'un manque de compétences relationnelles et communicationnelles pour gérer le patient insatisfait (S)
 - Gérer les situations de négociations et le patient insatisfait (S, P)
 - Rappeler sa disponibilité pour le patient en cas de problème désamorcer l'anxiété et le patient insatisfait d'une CSPM
- iv. **Gérer les situations conflictuelles**
 - Gérer les situations conflictuelles (R)
 - Difficulté avec le fait d'être remis en cause à tort par rapport à la prise en charge proposée (M4, M7)
 - Patient qui refuse de payer car juge le diagnostic faux (M8)
 - Gérer le patient en colère (N2)
 - Difficulté avec le fait que le patient refuse une hospitalisation justifiée (M7, T, N1)
 - Refus du patient toxicomane de faire une prise de sang qu'on a recommandée impasse à gérer (M7)
- v. **Gérer l'insistance des patients, argumenter et convaincre**
 - A su argumenter sa décision d'hospitalisation (T)
 - Expliquer est plus important que convaincre parce qu'il faut respecter la volonté du patient (R)
 - Manque d'argumentation pour gérer l'insistance des patients (P)

- A su gérer l'insistance de sa patiente et refuser sa demande (S)
- Sait argumenter sa décision (Q)
- Manque de compétence pour convaincre le patient (Q)
- Recours à la famille pour faire accepter la décision d'hospitalisation (T)

vi. **Manque de savoirs pour répondre aux patients informés sur internet**

- Manque de savoirs pour répondre aux questions des patients informés sur internet (Q)

4. Besoin de compétences pour rechercher l'information et besoin de formation continue

Codes-liens utilisés dans la figure R-III.C4 (de bas en haut puis de gauche à droite) :

- Sensation d'un manque de connaissances à combler en permanence et constat d'une impossibilité de tout revoir (N3)
- Sait gérer le manque de savoirs
- Il est nécessaire de pratiquer pour entretenir ses compétences en gestes pratiques ambulatoires, sentiment de perdre des compétences non mobilisées avec le temps (R)
- Trouver l'information pertinente, applicable au patient
- Organise son outil informatique pour être plus efficace dans sa pratique, retrouver les informations en consultations
- Difficulté à être rapide pour trouver l'information pendant la consultation
- Orienter sa formation continue en fonction de sa patientèle

Autres codes :

- Manque d'informations sur les réseaux des spécialistes du secteur
- Nécessité d'une formation continue tout au long de sa carrière (P, Q, S)
- Formation continue nécessaire parce que la médecine évolue (R)
- Impression d'impossibilité à concilier formation continue et pratique de médecine générale (S)
- La compétence professionnelle est évolutive (R)
- Manque de connaissance des outils pour apporter des réponses actualisées au patient en consultation
- Manque de formation pour trouver les réseaux de soins dans certains secteurs
- Difficulté à trouver les informations concernant protection sociale et assurances
- A connu l'outil twitter pour l'aide à la recherche par curiosité
- Manque de savoirs pour répondre aux questions des patients informés sur internet

- Ne pas savoir décider seule avec les informations recherchées sur internet et devoir s'en référer à un spécialiste
- Pas de manque de compétence pour trouver les ressources d'informations et se donne les moyens de les retrouver (R)
- Pas de manque de compétence pour trouver l'information si on se donne le temps de chercher (T)
- S'aide de la communauté de médecins sur twitter pour rechercher l'information (R)
- Sait faire des recherches en cas de connaissances oubliées (R)
- Sait rechercher les informations concernant les demandes de certificats sur un plan médico-légal (R)
- S'appuie sur un site internet ou le conseil de l'ordre quand ne sait pas s'il faut faire un certificat médical demandé (R)

5. Codes non classés dans un sous-thème

- Début : le fait de se retrouver seul face à son patient (N7 ; N1 ; N3)
- Angoisse d'être seul (T)
- Difficulté avec les impasses diagnostiques (M2)

ANNEXE N°8. LISTE DES CODES CONCERNANT LA CATEGORIE : BESOIN DE SAVOIRS PRATIQUES DE TERRAIN.

1. Compétences organisationnelles

Codes-liens utilisés dans la figure R-III.D1 (dans le sens horaire à partir de 6 heures) :

- Difficulté avec la visite (T, N1)
- La pratique de différents remplacements lui a permis de concevoir son modèle organisationnel de journée en médecine générale (R)
- Mise en place progressive de l'outil de travail avec la répétition (T)
- Imposer son rythme de consultation (M3)
- Organise son outil informatique pour être plus efficace dans sa pratique, retrouver les informations en consultations (R)
- Prévoir dans son organisation la possibilité de pallier à des situations d'urgences (R)

Autres codes :

- Manque de compétences organisationnelles (T)

a) Besoin de mieux savoir gérer la visite

- Absence de gestion de notre renouvellement d'ordonnance par manque de temps en visite (M3)
- Non préparée au côté organisationnel des visites (P)
- Avoir une urgence en visite et prendre du retard dans son planning (M2)
- Difficulté avec la gestion de l'urgence en visite (M3, N6)
- Les applications sur l'iPhone permettent de faire des recherches en visite (R)

b) Apprentissage de la compétence organisationnelle et apport de l'expérience

- L'apprentissage de la compétence organisationnelle est individuel (P)
- Prévoir dans son organisation la possibilité de pallier à des situations d'urgences (R)
- Sait gérer les trousse d'urgence pour le cabinet de groupe (R)
- Sait hiérarchiser les motifs dans une consultation (P, R)

2. Besoin de mieux gérer le temps

Codes utilisés dans la figure R-III.D2 (dans le sens horaire à partir de 6 heures) :

- Manque de temps est un problème de connaissances (M4)
- Apprendre à analyser le patient pour gagner du temps en consultation (N3)

- Avec l'expérience on arrive à faire plusieurs choses en même temps et on gagne du temps (M5)
- Manque dans la détection du motif urgent en début de consultation pour mieux gérer le temps (P)
- Les difficultés logistiques au début rajoutent à la difficulté de gérer son temps pour une consultation d'un quart d'heure (N2, N5, N6, N7)
- Difficulté à refuser des patients quand le planning est surchargé (T)
- Difficulté à interrompre le patient pour mieux gérer le temps (T)
- Difficulté à être rapide pour trouver l'information pendant la consultation (R)

Autres codes :

a) À l'échelle de la consultation

- Angoisse liée à la difficulté de gestion du temps (M2, M1, N3, N6)
- Difficulté à cerner rapidement les besoins contextualisés du patient (S)
- Difficulté à gérer toute une consultation en un quart d'heure (M3, M7, R)
- Difficulté au début à donner une réponse au motif de consultation en un quart d'heure (M4)
- Difficulté avec la gestion du temps d'une consultation avec un patient polyopathologique (S)
- Au début il faut prévoir du temps dans sa consultation pour la gestion logistique et administrative (M4, M1)
- Organise son outil informatique pour être plus efficace dans sa pratique, retrouver les informations en consultations (R)
- Difficulté avec la gestion du temps en visite (M2, N6)

b) À l'échelle de la journée

- Difficulté d'organiser sa journée de consultations en ambulatoire (M3, M4, T)
- Importance d'une bonne organisation pour qu'elle ne retentisse pas sur la qualité de la prise en charge. Ne pas se laisser dépasser par des problèmes d'organisation (M2)
- Débuts : difficultés à estimer l'urgence au téléphone et la légitimité de la visite côté organisationnel (P, M3)
- Difficulté de concilier vie professionnelle et vie familiale dans le mode d'exercice libéral (T ; N4)

- En consultation libre, les gens ont l'habitude d'attendre, il n'y a pas cette pression de l'horaire de consultation à respecter (N6)
- Pas de problème organisationnel pour une journée de consultations en calquant l'emploi du temps du médecin remplacé (S)
- Pas de manque de compétence pour trouver l'information si on se donne le temps de chercher (T)

3. Connaissances de l'aspect entreprise médicale

Codes-liens utilisés dans la *figure R-III.D3* (dans le sens horaire à partir de 6 heures) :

- En difficulté concernant les conditions de prise en charge pour la prescription de matériel médical à domicile (T)
- Considérer sa pratique comme une entreprise médicale qui doit être rentable pour en tirer un salaire correct (M3)
- Course à l'acte (M5)
- On s'imagine pas pendant l'internat toute la part administrative du métier de médecin généraliste (N3 ; N5 ; N6)
- Le manque de savoir-faire comptable entraîne une perte de temps (S)
- Avait appris pendant son D.E.S qu'il pourrait s'appuyer sur des personnes compétentes pour gérer le côté entreprise médicale au moment de son installation (R)
- Respect des règles du contrat (M4)
- Crainte de perdre son patient client en ne satisfaisant pas sa demande (S)

Autres codes :

- Pas de formation aux particularités de l'aspect libéral du métier de médecin généraliste

a) Comptabilité et gestion financière de l'activité

- Besoin de formation en comptabilité (P, R, S, T)
- Conseils stratégiques financiers d'un camarade (M4)
- Manque de savoir-faire dans les cotisations du libéral (M4, Q, R)
- C'est le syndicalisme qui lui a permis de savoir gérer le côté assurantiel et cotisations du métier de médecin généraliste (R)

b) Couvertures de l'exercice et du praticien libéraux

- Difficulté à trouver les informations concernant protections sociales et assurances (Q)

- Manque de formation concernant la protection sociale et les assurances obligatoires de l'exercice libéral (Q)
- Manque de savoirs concernant les assurances à avoir pour pratiquer en libéral (Q)
- Manque de savoir concernant la protection sociale de la profession libérale (Q)

c) Difficultés avec le rapport à l'argent

- Difficulté avec le rapport à l'argent (M8, M6, M4, M5, M3, S)
- Pas de difficulté avec le rapport à l'argent (P)

d) Fiscalité de la profession libérale

- Manque de formation à la fiscalité libérale (M4, Q)

e) Logistique

- Difficultés logistiques au début (M7, M5, N2, N7)
- Les difficultés logistiques au début rajoutent à la difficulté de gérer son temps pour une consultation d'un quart d'heure (M2, N5)
- Non préparé à la logistique biomédicale et administrative hors consultation (Q, N3)
- Gestion du contexte aléatoire en visite, difficulté de communication avec le patient « ignare » en visite et absence de maîtrise de notre renouvellement d'ordonnance (N1)
- La connaissance de son logiciel permet de ne pas perdre de temps (P, R)
- Bonne formation à l'importance du logiciel dans la compétence professionnelle (P)
- Manque de savoir-faire dans la gestion du cabinet qui relève d'un manque de formation
- Manque de savoir-faire dans la gestion du cabinet mais non problématique par le partage des tâches en cabinet de groupes
- On devrait en ambulatoire être mieux formé au fonctionnement du cabinet (N7)

f) Modalités d'installation

- Avoir appris pendant son D.E.S de médecine générale qu'il pourrait s'appuyer sur des personnes compétentes pour gérer le côté entreprise médicale au moment de son installation

- La collaboration a permis de ne pas être en difficulté à devoir gérer l'immobilier et la gestion matérielle de son installation
- Manque de connaissances des démarches administratives à effectuer lors de l'installation (T)
- Manque de savoirs concernant les modalités d'installation (P)

g) Services administratifs pour le patient

- Ce serait intéressant de savoir remplir des formulaires CERFA utiles à la médecine générale : arrêt de travail, feuilles de soins (M1, N7)
- Manque de savoir-faire en formulaires administratifs qui relève d'un manque de formation (P, Q)
- Manque de savoir-faire en services administratifs (P, Q)
- Ne sait pas faire une demande d'APA (Q)

4. Besoin de connaissances juridiques

- Absence de formation juridique (P)
- Connait les aspects médico légaux de la trousse d'urgence grâce aux GEP syndicaux (R)
- Manque de connaissances sur l'aspect médico légal de la rédaction de certificats médicaux (P, S)

5. Besoin de savoir travailler en réseau

Codes-liens utilisés dans *la figure R-III.D4* (dans le sens horaire à partir de 6 heures) :

- A appris à s'appuyer sur les réseaux HAD et palliatifs pour gérer les fins de vie (R)
- Connaître les acteurs sociaux ou personnes ressources est plus important que connaître les solutions sociales (R)
- S'aider des remarques des professionnels de santé paramédicaux pour mieux prescrire (R)
- S'est aidé du pharmacien pour décider de sa prescription au patient dépendant en demande (S)
- Manque de connaissances des réseaux de soins primaires en tant que remplaçant pour gérer l'urgence ambulatoire (S)
- Avait appris pendant son D.E.S de médecine générale qu'il pourrait s'appuyer sur des personnes compétentes pour gérer le côté entreprise médicale au moment de son installation

- Difficulté de communication et de coordination avec l'hospitalier (P)
- Manque d'informations sur les réseaux des spécialistes du secteur (T)
- Manque de savoirs entraînant une demande d'avis au spécialiste d'organe (P)

Autres codes :

- Difficulté pour le remplaçant de connaître le réseau de soins des endroits où il remplace (M6, M3, M2, M1, M7, T)
- La méconnaissance des réseaux de soins entraîne des difficultés de communication et de coordination dans certains secteurs (P)
- Difficulté pour le remplaçant de connaître les réseaux sociaux des endroits où il remplace (R)
- Manque de connaissances des réseaux médico-sociaux (P)
- Manque de connaissances des coordonnées médicosociales pour travailler en réseau (P)
- Aimerais apprendre à mieux travailler avec les réseaux, aimerais être meilleur logisticien pour le patient (N4, N7)
- Appeler la mairie pour connaître les réseaux de soins
- Besoin d'assurance en secteur inconnu
- Communication des résultats d'examens urgents non faits par le radiologue
- Difficultés avec le patient « limite » pour le gérer en médecine générale du fait de ses défaillances d'organes
- Manque de travail d'équipe chez certains généralistes (P)
- Ne plus être débutant c'est savoir coordonner une prise en charge multiple-complexe et aigue en ambulatoire lors d'un refus d'hospitalisation
- Pas de manque de compétence en communication avec les autres praticiens de soins primaires
- Pas de problème de coordination avec le réseau de soins et de diagnostic ambulatoire quand on le connaît (S)
- Pas de souci de coordination (T)

ANNEXE N°9. LISTE DES CODES CONCERNANT LA CATEGORIE : BESOIN DE SAVOIR REPERER ET GERER L'URGENCE.

Codes-liens utilisés dans la figure R-III.E1 (dans le sens horaire à partir de 6 heures) :

- Insuffisances d'automatismes concernant les critères d'urgences à rechercher en consultation (P)
- Difficulté à évaluer le degré d'urgence dans une situation d'entre deux (S)
- Difficulté avec la gestion de l'urgence en visite (M2 ; N3 ; N6)
- Difficulté avec la prise de décision d'hospitalisation en cas d'incertitude dans une situation atypique (M5)
- Quand on est au tout début de notre expérience, on reconnaît pas forcément quand quelqu'un va pas bien (M2)
- Manque de confiance pour imposer sa décision dans une situation urgente et grave (T)
- Manque de connaissance des réseaux de soins primaires en tant que remplaçant pour gérer l'urgence ambulatoire (S)
- Manque dans la détection du motif urgent en début de consultation pour mieux gérer le temps (P)
- Débuts : difficultés à estimer l'urgence au téléphone et la légitimité de la visite- côté organisationnel (N3 ; Q)
- Ne savait pas hiérarchiser les motifs de consultations pour mieux gérer l'urgence (P)
- Nécessité parfois d'imposer sa décision au patient (T)

Autres codes :

- Difficulté de gestion de l'urgence ambulatoire (P ; S ; T)
- Pas de difficulté avec la gestion de l'urgence en ambulatoire (R)
- Difficulté à gérer le déficit neurologique semi récent en ville
- Non préparé aux situations d'entre deux ou semi urgence
- Crainte que le patient meure dans la nuit (M5)
- Difficulté à évaluer le motif urgent de fin de consultation (P)
- Sait gérer les trousse d'urgence pour le cabinet de groupe (R)

ANNEXE N°10. LISTE DE CODES CONCERNANT LA CATEGORIE : BESOIN D'ASSURANCE.

Codes-liens utilisés dans la figure R-III.F1 (dans le sens horaire à partir de 6 heures) :

- Besoin d'assurance en secteur inconnu (T)
- Crainte de ne pas savoir au début (T)
- Difficulté à se servir du bon sens pour analyser et répondre à une situation nouvelle (S)
- Avec l'expérience, avait plus de confiance dans sa pratique (R)+ Avec le recul prise de conscience de sa crainte excessive liée au manque de savoirs et savoir-faire (R) + Remise en question personnelle parce que peu expérimentée (M2)
- Apprendre à se déculpabiliser (M7 ; M3 ; M2 ; N4)
- Manque de confiance pour imposer sa décision dans une situation urgente et grave (T)
- Anxiété liée à la difficulté de gestion du temps (M1 ; N6 ; M2 ; M3)
- Difficulté à s'affirmer en tant que médecin (S)
- Difficulté à refuser des demandes non justifiées sur le plan médical par manque d'assurance (S ; T)
- Analyser sa position dans la relation médecin patient l'a aidé à s'affirmer (T)
- Avec l'expérience a pris confiance et s'est affirmé auprès des patients (T)

Autres codes :

- Anxiété lors des premières expériences professionnelles (M4 ; M5 ; M6 ; N4 ; T)
- Débuts : peur de ne pas répondre à la demande (N2 ; N7)
- Difficulté avec la consultation sans prescription médicamenteuse surtout au début (N7 ; N6 ; N2 ; N3 ; N4 ; T)
- Angoisse de mal prendre en charge ses patients (M1 ; M2)
- Angoisse de ne pas connaître le nom du médicament au début (N3)
- Débuts : angoisse de devoir dire au patient que je ne savais pas (N4 ; R)
- Débuts : sentiment d'être redevable envers le patient obligation d'une prescription médicamenteuse (N3 ; N2)
- Impression d'être jugé du fait de la jeunesse du remplaçant (M5 ; N4)
- Manque de confiance dans sa légitimité pour rassurer en tant que remplaçant (S)
- Débuts : impression de bien faire son travail si le patient est satisfait même si ça va à l'encontre des convictions médicales (N3)
- Débuts : avoir l'impression de jouer un rôle d'acteur - manque de spontanéité- jouer au docteur (N4 ; N2)
- Pour assumer son refus face au patient (P ; Q)

- Apprendre à éduquer sa patientèle sur ses pathologies

ANNEXE N°11. LISTE DES CODES CONCERNANT LA CATEGORIE : BESOINS SPECIFIQUES LIES AU STATUT DE MEDECIN REMPLAÇANT.

Codes utilisés dans la figure R-III.G1 (dans le sens horaire à partir de 6 heures) :

- Besoin d'assurance en secteur inconnu (T)
- Manque de compétence pour gérer ponctuellement des pathologies chroniques (T)
- S'approprier les affaires d'un autre médecin, ce n'est pas évident au départ (M7)
- Angoisse liée à la difficulté de gestion du temps (M7 ; M1 ; N6 ; N2 ; N3)
- Difficultés d'ordre contractuelles (M4)
- Difficulté pour le remplaçant de connaître le réseau de soins des endroits où il remplace (M6 ; M3 ; M2 ; M1 ; N7 ; T) + Difficulté pour le remplaçant de connaître les réseaux sociaux des endroits où il remplace (R)
- Coordonner en cas de diagnostic grave quand on est remplaçant (M5)
- Autonomie floue dans la pratique du remplaçant
- Difficulté de se positionner par rapport aux principes et aux règles posées ou non par le médecin remplacé avec ses patients (M6)
- Les patients testent
- Difficulté de gérer la réticence des patients à la prise en charge différente proposée par le remplaçant (T ; N2) + Difficulté avec le fait que le patient remette en cause le diagnostic du médecin remplaçant (M8)

Autres codes :

- Manque de confiance dans sa légitimité pour rassurer en tant que remplaçant (S)
- Impression d'être jugé du fait de la jeunesse du remplaçant (M5, M6, N4)
- Difficulté avec le caractère provisoire des remplacements dans la prise en charge des patients (T)

ANNEXE N°12. LISTE DES CODES CONCERNANT LA CATEGORIE : BESOIN D'EXPERIENCE.

1. Manque d'expérience

- Sentiment d'expérience faible en médecine générale (M2, M4, S)
- Débuts : avoir l'impression de jouer un rôle d'acteur - manque de spontanéité - jouer au docteur ! (N2, N4)
- Inexpérimenté dans le milieu libéral (M5, N4)

2. Besoin de pratique

- C'est en pratiquant qu'on apprend le savoir-faire technique du geste de vacciner (R)
- Difficulté de mettre en application les théories au début des expériences professionnelles. Relation de cause à effet avec manque de pratique (M5 ; M3 ; M2 ; N1 ; N7)
- Manque d'entraînement à la gestion du stress en consultation
- Importance de l'expérience pour gérer les situations relationnelles avec les patients (P, S)
- La pratique individuelle permet de mieux gérer les consultations (P, R)
- Quand on est au tout début de notre expérience, on ne reconnaît pas forcément quand quelqu'un va pas bien (M2)

3. Apports du SASPAS

- A appris en SASPAS à gérer cette notion d'incertitude (R, T)
- Le SASPAS lui a permis d'être confronté seul à la pratique réelle de médecine générale (T)
- Savait bien conduire la consultation de médecine générale grâce au SASPAS (R)

4. Apports de l'expérience

- A appris à coordonner et déléguer les problèmes sociaux aux acteurs sociaux (R)
- A appris à gérer une consultation atypique en s'aidant de l'effet temps (R, N7)
- A appris à hiérarchiser dans une consultation (P)
- A appris à hiérarchiser dans une consultation pour être disponible pour les patients suivants (P)
- A appris à s'appuyer sur les réseaux HAD et palliatifs pour gérer les fins de vie (R)
- A appris par elle-même à rassurer le patient (N4)
- A acquis une compétence d'adaptabilité permettant de gérer les situations nouvelles (R)

- A permis d'apprendre à se déculpabiliser (M7, M3, M2, N4)
- A su gérer les situations psychiatriques de patient névrotique et demande d'HDT par ses compétences relationnelles acquises par la pratique en médecine générale (R)
- Apport de l'expérience pour gérer l'incertitude (N4, S)
- Apprendre à différer les réponses au patient (N4)
- Avec le recul, prise de conscience de sa crainte excessive liée au manque de savoirs et savoir-faire (R)
- Avec l'expérience, a pris confiance et s'est affirmé auprès des patients (T)
- Avec l'expérience, on arrive à faire plusieurs choses en même temps et on gagne du temps (N5)
- Avec l'expérience, avait plus de confiance dans sa pratique (R)
- C'est à force de pratique qu'on apprend à gérer les situations jamais rencontrées en médecine générale (R)
- C'est l'expérience des remplacements qui lui a permis de concevoir son identité médicale, ses règles et limites d'exercice (R)
- La gestion de l'incertitude serait une compétence que nous aurions, et insoupçonnée (R)
- La pratique de différents remplacements lui a permis de concevoir son modèle organisationnel de journée en médecine générale (R)
- L'éventail de responsabilités du généraliste est variable selon le secteur géographique (P)
- L'expérience lui a permis d'apprendre de ses erreurs (T, P, N7)
- Mise en place progressive de l'outil de travail avec la répétition (T)
- Mise en place progressive de stratégie de consultation psychiatrique (T)
- Prise de conscience que des traitements ne sont pas réalisables en une consultation (T)
- Relativise le manque d'expérience par sa capacité à gérer les situations nouvelles(R)
- S'aider des remarques des professionnels de santé paramédicaux pour mieux prescrire (R)

ANNEXE N°13. MARGUERITE DES COMPETENCES (CNGE).



Figure 2 de l'annexe n°14. Verso de la roulette combinatoire.

1) **Lexique**
 Rx : Médicaments CH : Centre hospitalier ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang N/A : Non applicable

2) **Les dix constituantes de la communication regroupées en quatre métacatégories ⁽¹⁾**

1	Les fonctions génériques et les dimensions de la communication	1. - Échanger information - Établir relation
		2. - Dimensions cognitive, affective et sociale
2	L'essentiel de l'entrevue médicale : les guides Calgary-Cambridge	3. - Les tâches transversales
		4. - Les tâches séquentielles
3	Les entrevues médicales adaptées à la variété des pratiques cliniques	5. - Âge et genre
		6. - Clientèles particulières
		7. - Situations spécifiques et sujets délicats
		8. - Contextes ou milieux de soins
4	La communication médicale : ses multiples formes et expressions	9. - Autres interlocuteurs
		10. - Moyens

Adapté et reproduit ici avec la permission de l'éditeur.⁽¹⁾

3) **Précisions sur la métacatégorie 3**

Cercle 5	L'ÂGE ET GENRE	
	Fille / femme ▲	Garçon / homme ▲
Cercle 6	CLIENTÈLES PARTICULIÈRES	
	<ul style="list-style-type: none"> Grossesse Multimorbidité Troubles cognitifs 	<ul style="list-style-type: none"> Santé mentale Milieu défavorisé Toxicomanie Faible littératie en santé Maladie terminale Culture différente
Cercle 7	SITUATIONS SPÉCIFIQUES	SUJETS DÉLICATS
	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des émotions Gestion d'un état de crise Gestion de l'incertitude et des risques Gestion des demandes inappropriées Divulgaration des complications inattendues et des erreurs médicales Inobservance au plan de traitement 	<ul style="list-style-type: none"> Consommation d'alcool, de drogues et de médicaments Discussion de l'orientation ou des comportements sexuels Situation d'abus physique et psychologique Discussion du niveau de soins Annonce d'une mauvaise nouvelle
Cercle 8	CONTEXTES EN MILIEUX DE SOINS	
	<p>Les transformations possibles dans la relation médecin-patient: Le genre de relation est déterminé par le problème du patient et le contexte des soins.</p> <p>Pour vérifier quel genre de relation correspond à un problème du patient, défini à la fois selon les dimensions aigu-chronique et bénin-grave, on trace une perpendiculaire sur la diagonale du continuum de la collaboration. Par exemple, dans le cas d'une IVRS, la relation proposée correspond au type expert-guide, tandis que dans le cas d'un RGCE stable, la relation est davantage du type facilitateur.</p> <p><i>'Le symbole de la courbe normale représente les variations possibles dues au contexte et aux caractéristiques personnelles.'</i></p>	

Reproduit avec la permission de l'éditeur.⁽¹⁾

4) **Cette roulette combinatoire a été développée dans le cadre des travaux du conseil de compétence communication dirigés par le CPASS⁽¹⁾**

Expertises des membres du conseil de compétence en communication (faculté de médecine de l'Université de Montréal)	
• D' Joseph Ayoub, coprésident, oncologue.	• D' Sophie Galameau, médecin de famille.
• Dr Olivier Jamouille, coprésident, pédiatre.	• Monsieur François Legarde (M.A.), expert-conseil en marketing social et en communication.
• D' Andrée Boucher, endocrinologue, vice doyenne à la pédagogie et au développement professionnel continu, directrice du secteur Compétences du Centre de Pédagogie Appliquée en Sciences de la Santé (CPASS).	• D' Maude Lefebvre, médecin-résident en génétique.
• D' Josée Dubois, radiologue.	• D' Marie-Thérèse Lussier, médecin de famille.
• D' Marie-Josée Dupuis, gynécologue-obstétricienne.	• D' Claude Richard, PhD psychologue, expert en communication.

Adapté et reproduit avec la permission de l'éditeur.⁽¹⁾

5) **Références**

1. Richard C, Lussier MT, Galameau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. <i>Pédagogie médicale</i> 2010;11(4) : 255-272.	2. Kurtz S, Silverman J, Benson J, et al. Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge guides. <i>Academic Medicine</i> 2003; 78 : 802-809.	3. Silverman J, Kurtz S, Draper J. <i>Skills for Communicating with patients</i> . 2 ^e édition - Éditions Radcliffe 2005.	5. Lussier, MT, Richard C. En l'absence de panacée universelle. <i>Répertoire des relations médecin-patient. Canadian Family Physician</i> 2008 ; 54 : 1096-1099.
		4. Kurtz S, Silverman J, Draper J. <i>Teaching and learning communication skills in medicine</i> . 2 ^e édition - Éditions Radcliffe 2005.	

AUTEUR : Nom : HENNION

Prénom : Emmanuelle

Date de Soutenance : 19 mai 2016

Titre de la Thèse : Apprentissage de la compétence professionnelle en médecine générale : évaluation des besoins des ex-internes.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : compétence professionnelle ; apprentissage ; médecine générale ; besoins

Introduction : l'objectif principal de l'étude était d'évaluer les besoins des ex-internes en termes d'apprentissage de la compétence professionnelle en médecine générale. L'objectif secondaire était de comparer ces besoins aux objectifs du programme du DES de médecine générale de Lille 2.

Matériel et méthodes : une étude qualitative a été conduite par entretiens collectifs puis individuels semi-dirigés. Les médecins généralistes recrutés devaient exercer en libéral dans le Nord Pas de Calais et avoir terminé leur DES après 2004. L'intégralité des entretiens a été retranscrite, anonymisée et triangulée. L'analyse par théorisation ancrée a permis de répondre à l'objectif principal, à l'aide du logiciel NVivo.

Résultats : 20 participants ont été interrogés entre novembre 2014 et janvier 2016. La saturation des catégories a été confirmée au cinquième entretien individuel. 8 catégories de besoins ont résulté de l'analyse : les besoins de savoirs théoriques médicaux adaptés à la médecine générale, de savoirs pratiques de terrain, de savoir repérer et gérer l'urgence, d'assurance, d'expérience, de savoir gérer le colloque singulier, d'adaptabilité et les besoins spécifiques liés au statut de remplaçant. La modélisation de ces besoins révélait un ensemble cohérent, par les interactions qui les reliaient. Les compétences communicationnelles et relationnelles, sous thème du besoin de savoir gérer le colloque singulier correspondaient à un besoin central. Ces besoins étaient pour la plupart retrouvés dans les objectifs du programme du DES de médecine générale de Lille 2.

Conclusion : ces besoins sont des problématiques des médecins généralistes retrouvées dans la littérature. Des perspectives pédagogiques d'apprentissage des compétences communicationnelles pourraient être inspirées des travaux canadiens.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet,

Monsieur le Professeur Marc Lambert,

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Denis Deleplanque