

UNIVERSITÉ DE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

L'utilisation consciente des différents modèles relationnels et de leur évolutivité améliore-t-elle la décision médicale conjointe ?

Présentée et soutenue publiquement le 02 Juillet à 14 heures

Au Pôle Recherche

Par Emmanuel NARGUET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Assesseurs :

Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Madame le Docteur BAYEN Sabine

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur SERRON Guillaume

Avertissement

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

Liste des abréviations :

- MRMP : Modèles relationnels médecin-patient
- DMP : Décision médicale partagée
- N1 : Stage de premier niveau
- API : Analyse phénoménologique interprétative
- MSU : maitre de stage des universités
- JDR : Jeux de rôles

Table des matières

INTRODUCTION	7
MATERIEL ET MÉTHODE.....	17
I) Conception de la méthode d'enseignement	17
II) Recrutement des participants et réalisation de la formation	18
III) Contexte	20
IV) Recueil des données.....	20
V) Analyse des données.....	22
RESULTATS ET ANALYSE	23
I) Une formation initiale décevante.....	23
II) Battre en brèche les fausses croyances et élargir les perspectives.	26
III) Apprendre à savoir utiliser le bon modèle.	29
IV) L'utilisation d'un modèle adapté améliore la et prise en soins accroît le sentiment du travail bien fait.....	33
V) Apprendre à utiliser un modèle adapté présente certaines difficultés en soi.	35
VI) L'utilisation d'un modèle adapté entravée par de multiples facteurs inhérents au médecin.	38
VII) Risquer d'être desservi par un fonctionnement instinctif.....	42
VIII) Une compétence essentielle qui doit nécessairement être enseignée.....	45
IX) Synthèse.....	49
DISCUSSION.....	52
I) Forces et faiblesses de l'étude	52
1. Limites et biais.....	52
2. Lignes de force.....	52
II) Principaux résultats.....	53
1. Un nouveau projet de formation naît d'un enseignement initial perçu comme décevant.	53
2. L'utilisation de nouvelles compétences sur le terrain.....	55
3. Prise en soins orientée par une mauvaise interprétation des textes de lois.....	57
4. Les insuffisances de la formation.....	58
5. Les différentes pistes d'amélioration	59
CONCLUSION.....	61

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62
--	-----------

ANNEXES.....	I
---------------------	----------

Annexe 01.....	I
Annexe 02.....	II
Annexe 03.....	III
Annexe 04.....	VII
Annexe 05.....	X
Annexe 06.....	XI
Annexe 07.....	XII
Annexe 08.....	XIII
Annexe 09.....	XIV
Annexe 10.....	XV
Annexe 11.....	XVI
Annexe 12.....	XVII
Annexe 13.....	XVIII

INTRODUCTION

Aujourd'hui, la décision médicale partagée (DMP) est considérée comme le modèle idéal de la relation médecin-patient. Il est perçu comme étant celui qui respecte le patient et son autonomie. C'est pourquoi la formation actuelle nous pousse à tendre vers l'utilisation de ce modèle.

Cette notion est apparue dans les années 80. Une première définition de « la prise de décision partagée » a été proposée en 1982 aux États-Unis par la Commission pour l'étude des problèmes éthiques en médecine et pour la recherche biomédicale et comportementale. (1)

L'idée centrale est celle d'un processus basé sur le respect mutuel et le partenariat. Le rôle du médecin ici est d'inviter le patient à dialoguer. Ainsi, il va aider le patient à comprendre la situation dans laquelle il se trouve. À la lumière des informations échangées, chacun exprime ses préoccupations et souhaits. L'information doit être adaptée au patient et à ses attentes.

Dans son rapport, le président de la Commission pour l'étude des problèmes éthiques en médecine et pour la recherche biomédicale et comportementale insiste sur l'importance d'une communication de qualité, pour que médecin et patient puissent connaître leurs points de vues réciproques sur ce qu'est le « bien-être ».

Le patient peut ensuite effectuer un choix parmi les différentes alternatives qui lui ont été proposées, ces dernières sont élaborées sur la base des besoins qui lui sont propres.

Le concept de décision médicale partagée a bénéficié d'un essor important au cours des années 90, en témoignent les publications de Charles, Parson, Coulter ou Emanuel et Emanuel. (2)(3)(4)(5)

Il était cependant assez difficile de trouver une définition consensuelle de ce modèle de prise en charge.

Makoul et Clayman en 2006, à partir d'une revue, ont proposé une modélisation de la DMP. (6)

L'objectif était de fournir une définition précise, conceptuellement solide et pertinente. Ils ont ainsi dégagé des éléments dits « essentiels » et d'autres dits « idéaux ».

Table 3
Essential elements, ideal elements, and general qualities of SDM: emphasis in prominently cited models^a

	President's Commission [19]	Charles et al. [4,7,8]	Coulter et al. [52,54,162]	Towle and Godolphin [27,173]	Elwyn et al. [5,6,28,65-67]
Essential elements					
Define/explain problem	X		X		X
Present options	X	X	X	X	X
Discuss pros/cons (benefits/risks/costs)		X	X	X	X
Patient values/preferences	X	X	X	X	X
Discuss patient ability/self-efficacy ^b					
Doctor knowledge/recommendations	X	X			
Check/clarify understanding		X			X
Make or explicitly defer decision		X	X	X	X
Arrange follow-up ^c				X	X
Ideal elements					
Unbiased information	X	X			X
Define roles (desire for involvement)		X	X	X	X
Present evidence		X	X	X	
Mutual agreement	X	X	X	X	X
General qualities					
Deliberation/negotiation	X	X		X	
Flexibility/individualized approach	X	X	X		X
Information exchange		X			
Involves at least two people		X		X	
Middle ground		X			
Mutual respect	X		X		
Partnership	X	X	X	X	
Patient education		X			X
Patient participation	X	X			X
Process/stages	X	X	X	X	X

^a Unless otherwise indicated, this table includes categories from Table 1.

^b This category was added by the authors.

^c This category was cited in fewer than 10% of articles, so did not appear in Table 1.

Tableau 1 : Éléments essentiels et idéaux retrouvés dans le modèle de décision médicale partagée. (D'après Makoul et Clayman, 2006)

- Les éléments essentiels : Ils doivent nécessairement être présents pour que patients et médecins s'engagent dans le processus de prise de décision partagée.

On retrouve par exemple la recherche des valeurs et des préférences du patient, l'explication au patient du problème en cours ou encore le fait de discuter des différentes options de traitement ou prise en soins.

- Les éléments idéaux : Ceux-ci peuvent améliorer le processus, mais ne sont pas considérés comme nécessaires à la prise de décision partagée. Ils ne sont pas toujours appropriés, ils dépendent de la situation.

On peut citer parmi ces éléments idéaux, la détermination du rôle que le patient désire jouer et donc le degré de participation qu'il souhaite, mais aussi le fait de bénéficier d'une information non biaisée.

L'objectif de ce travail était également de promouvoir la recherche, estimant que la disparité des définitions limitait la productivité au sujet de la décision médicale partagée.

En 2013, à l'initiative du service de bonnes pratiques professionnelles, la HAS a proposé une autre définition. (7)

On y retrouve un processus séparé en deux temps, schématisé sous cette forme :

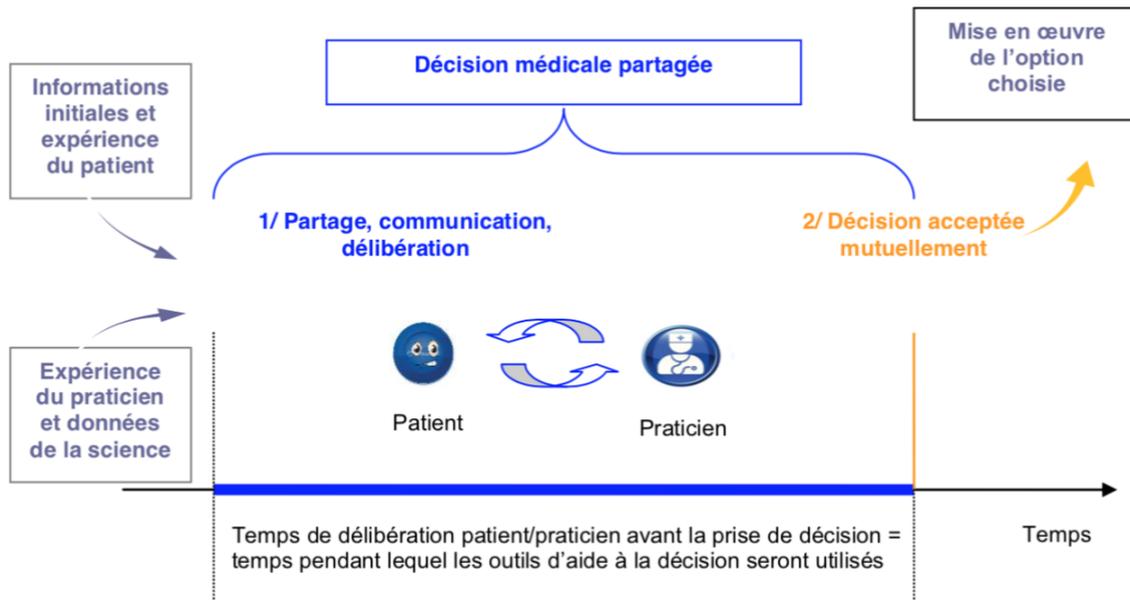


Figure 1 : Schématisation de la décision médicale partagée (HAS, 2013)

Dans un premier temps, il existe une phase d'échange d'informations qui est bidirectionnel. Le médecin partage ses connaissances par rapport à la pathologie ainsi que l'expérience qu'il a vis-à-vis de celle-ci. De son côté, le patient transmet ses propres connaissances, ses croyances, ses peurs.

Il s'en suit une période de négociation, durant laquelle les interlocuteurs échangent sur leurs préférences respectives.

Une nouvelle fois, les compétences communicationnelles sont ici jugées essentielles. À ce moment de l'entretien, le médecin a la possibilité d'utiliser les différents outils d'aide à la décision dont il dispose.

Le second temps est celui de la décision. La prise en soins couvre un large spectre, de l'abstention au traitement curateur agressif en passant par la surveillance ou les soins palliatifs.

Dans l'idéal, cette décision est approuvée par les deux parties.

La littérature, malgré la disparité des résultats, nous montre qu'une majorité de patients préfère que leurs médecins les incluent dans le processus décisionnel. (8)(9)(10)

De même, une très grande majorité des médecins oriente ses préférences vers ce type de relation avec leurs patients. (11)

Cette tendance générale en faveur de l'utilisation du modèle de décision médicale partagée étant établie, que savons-nous réellement aujourd'hui au sujet de l'impact de l'utilisation de ce modèle relationnel sur des résultats de santé ?

En 2019 le Dr VALLOT cherche à les évaluer à l'aide d'un outil d'évaluation spécifique et validé, ce qui n'avait jamais été fait. (12)

En l'absence de définition consensuelle à propos de la DMP, ils ont choisi d'axer leurs recherches en se référant à la définition initiale énoncée par Charles (2). Ils ont ensuite séparé leurs résultats en deux groupes : Les résultats de santé directs et les résultats de santé indirects.

➤ À propos des résultats indirects, appliquer un processus de DMP :

- Renforce la satisfaction des patients
- Renforce la qualité de la relation médecin-patient
- Réduit les regrets et les éventuels conflits liés à la prise en charge choisie
- Renforce l'autonomisation du patient
- Améliore l'observance thérapeutique ou l'adhésion à la prise en charge décidée.

➤ Les résultats de santé directs étaient pour leur part moins significatifs :

- Ces résultats concernent des populations plus spécifiques, tels que les asthmatiques non contrôlés, dont la qualité de vie semble améliorée.
- Les patients atteints de fibromyalgie semblent moins douloureux et moins stressés.
- Il semble également que cela diminue la prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires aiguës.

Ces résultats suggèrent que l'application de la décision médicale partagée améliore principalement des résultats de santé dits indirects.

Il a été établi que certains paramètres pouvaient influencer la positivité de ces résultats, tels que :

- Le style de communication du soignant
- Le degré de confiance du patient envers son médecin
- L'importance que le médecin attribue au point de vue de son patient.

Le modèle de DMP bénéficie ainsi de nombreux avantages pour patients et médecins, mais ce modèle ne permet pas de répondre à l'ensemble des problématiques rencontrées au sein de notre travail quotidien.

Même si une majorité de patients désire bénéficier d'un modèle collaboratif, il existe une part non négligeable de patients qui désire autre chose. (8)(13)(14)

Historiquement, d'autres modèles ont été décrits. Dans les années 1950, Talcott PARSON, sociologue américain, a commencé à aborder ce sujet avec une première description du paternalisme ou modèle du « médecin décideur ». (3)

Le médecin, du fait de son statut et de ses connaissances, est reconnu légitime par la société pour prendre les décisions qui concernent le patient, tout en respectant le principe de bienfaisance. Au sein de ce modèle, le médecin est seul décideur, les préférences du patient ne sont pas prises en compte.

A l'opposé, on retrouve un modèle informatif ou modèle autonomiste. Le médecin évoque toutes les options possibles de prise en soins ainsi que leurs balances bénéfices-risques. Il n'y a pas d'échanges de points de vue et le patient est seul décideur. (5)

La perception des modèles relationnels a évolué au fil du temps. D'autres modèles situés entre ces deux « extrêmes » ont été décrits durant ces dernières décennies.

Pour KIESLER, nous sommes passés d'une vision cloisonnée des différents types de relations, à la représentation d'un système évoluant sur une sorte de « continuum ». (14)

Il a montré que les préférences des patients en matière de participation à la décision se situaient sur un système continu, qui allait du passif au très actif, en passant par quelque chose de plus collaboratif. Par conséquent, les modèles ne sont pas compartimentés.

Le schéma proposé par l'équipe du Dr VALLOT illustre particulièrement bien cette vision non manichéenne des modèles relationnels :

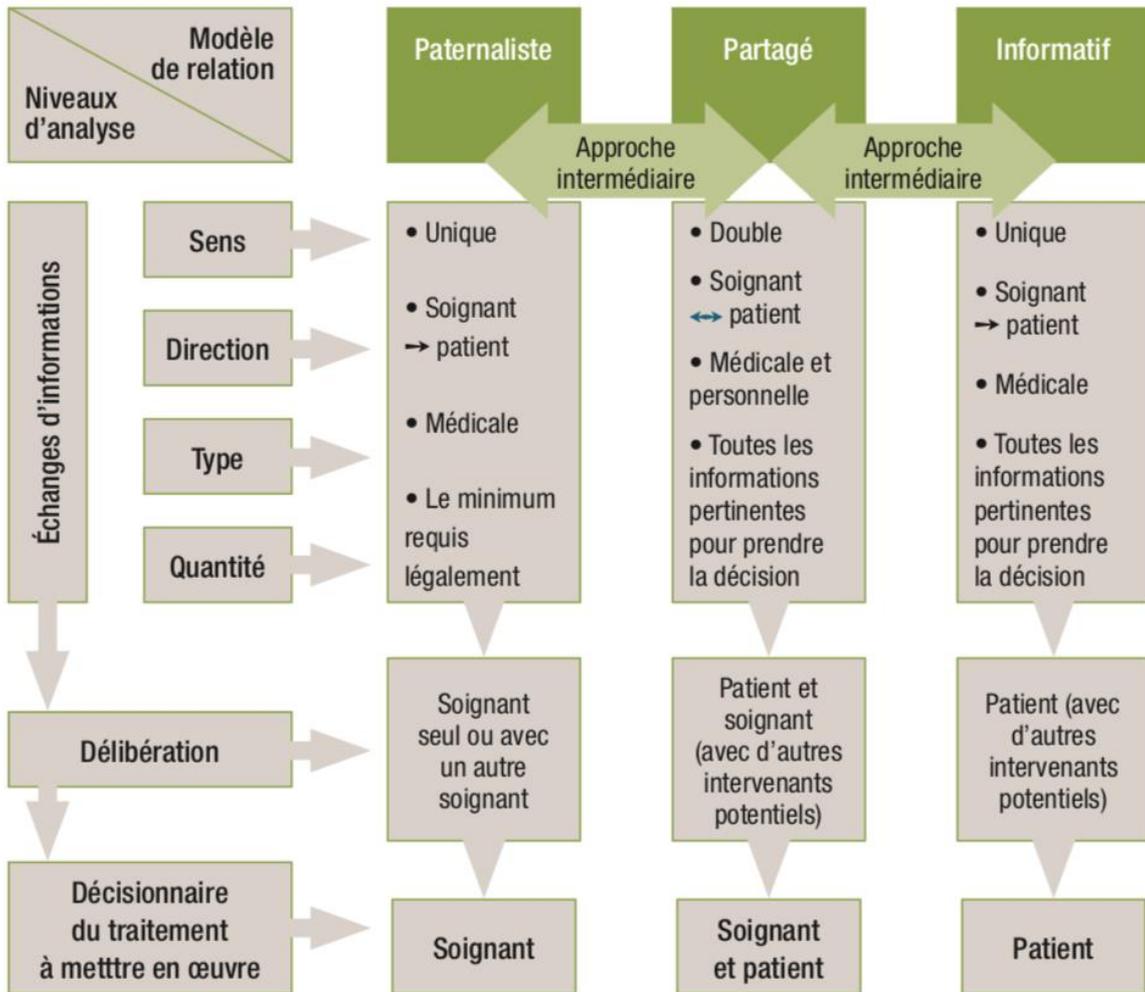


Figure n°2 : Schématisation des différents modèles relationnels entre médecins et patients (D'après Vallot et Al., 2019)

Sur ce schéma les « principaux modèles » sont représentés. On retrouve d'abord le modèle informatif, associé aux patients qui désirent être très actifs dans la prise de décision.

A l'opposé, le modèle paternaliste correspond aux patients qui souhaitent jouer un rôle passif dans le processus décisionnel.

A mi-chemin sur cette représentation, il y a le modèle de DMP.

Ici, les modèles ne sont pas cloisonnés, le « continuum » est représenté par des flèches bidirectionnelles entre chacun de ces différents modèles. Elles proposent des approches dites intermédiaires, dont le nombre est indéfini parce que chaque patient a des attentes différentes.

Les modèles relationnels ne se résument donc pas au modèle de DMP à lui seul. Les patients peuvent attendre autre chose de leurs médecins.

La HAS dit d'ailleurs que, « *l'un des enjeux de la DMP est de promouvoir la participation du patient aux décisions qui le concernent, mais ne pas lui imposer* ». (7)

C'est-à-dire qu'il faut impliquer le patient dans la mesure où il le souhaite. Le choix du bon modèle doit toujours être guidé par les valeurs et les préférences du patient. (15)

La littérature nous informe également que les attentes des patients concernant le modèle relationnel désiré peuvent varier d'une consultation à l'autre, mais également au sein d'une même consultation (2). Il est donc primordial pour le médecin d'être capable d'adapter le modèle qu'il utilise en fonction des préférences du patient.

La flexibilité et la souplesse dans le maniement des différents modèles semblent être des compétences primordiales. (2)(16)

Par ailleurs, il a été démontré qu'utiliser un modèle qui ne concorde pas avec les attentes du patient, qu'elles soient verbalisées ou non, pouvait être dommageable pour ce dernier :

- Présenter plusieurs choix de traitements à certains patients peut être vecteur de détresse émotionnelle. (17)
- Tenter d'impliquer certains patients à tendance passive dans le processus décisionnel peut provoquer une anxiété importante. (18)
- Induire une surcharge cognitive chez le patient peut conduire à la prise de mauvaises décisions. (19)

Je me suis rendu compte au cours de mon exercice que les modèles relationnels n'étaient absolument pas utilisés en conscience, que cela se faisait au feeling, de manière très instinctive.

J'ai constaté qu'à l'issue de la formation initiale, les professionnels de santé ne savent pas effectuer consciemment ce travail de mise en correspondance entre modèle utilisé et modèle désiré par le patient.

De là est né ce travail avec un triple objectif : Former des professionnels de santé aux modèles, les aider à les utiliser en conscience et évaluer leur expérience sensible de ces nouvelles compétences.

MATERIEL ET MÉTHODE

I) Conception de la méthode d'enseignement

En premier lieu, nous avons réalisé une revue de la littérature des connaissances actuelles des modèles relationnels entre médecins et patients. Par la suite, nous avons synthétisé ces informations pour élaborer une formation en deux parties distinctes. (20)(21)

La première partie a été une approche théorique du sujet. Nous avons remis à chaque participant un support PDF en appui de la présentation effectuée par le formateur. Cela a permis un enseignement synthétique et rapide, avec une bonne intégration des idées phares. Nous avons abordé l'historique, la synthèse des différents modèles, et les données récentes de la littérature.

La seconde partie a été une mise en oeuvre pratique de ces connaissances, en utilisant des jeux de rôles centrés sur des problématiques courantes en médecine générale. (**Annexe 1**)

La présentation sur support PDF a été réalisée 1 semaine avant de débiter les jeux de rôles, afin que les participants puissent avoir le temps d'intégrer les nouvelles données.

De plus, il été demandé aux individus formés de relire une seconde fois le PDF mis à disposition à la fin de la première séance avant de débiter les mises en situation, une nouvelle fois pour s'imprégner au maximum du sujet.

Les jeux de rôles ont ensuite été réalisés sur une même semaine, répartis sur 2 sessions pour rendre la formation plus claire, plus « digeste » et plus agréable. Le but

était de maintenir des capacités de concentration suffisantes pour un apprentissage optimal.

II) Recrutement des participants et réalisation de la formation

Le recrutement des participants a été partiellement réalisé par l'intermédiaire des réseaux sociaux. Nous avons transmis un message de proposition de participation, basée sur le volontariat, dans des groupes constitués d'internes de médecine générale effectuant leur stage N1 au moment de la formation.

Le stage N1 correspond au stage de premier niveau, il est effectué dans un cabinet de médecine générale. Au cours de ce stage obligatoire, les internes traversent plusieurs phases :

- Une première phase d'observation.
- Une seconde dite de supervision directe durant laquelle le médecin « en charge » de l'étudiant reste présent durant la consultation.
- Puis une phase de supervision indirecte durant laquelle le médecin laisse l'étudiant mener seul la consultation, tout en restant disponible pour l'aider.

Nous voulions que notre échantillon soit composé pour moitié d'internes en N1. Nous trouvions en effet intéressant que des internes « vierges » de toute expérience libérale puissent bénéficier de cette formation. En premier lieu, afin de pouvoir comparer leur vécu avec celui des autres participants médecins remplaçants ou installés ayant un peu plus d'expérience. Dans un second temps, cela nous permettait d'aller interroger les maitres de stages universitaires (MSU) responsables de ses étudiants pour recueillir leur ressenti concernant l'impact de la formation sur le travail, la prise en soins et les réflexions de leurs étudiants.

Deux MSU ont accepté de répondre à un questionnaire spécialement élaboré pour eux, conçu par le chercheur et corrigé par le directeur de thèse.

Les MSU, pour leur part, n'ont participé ni à la formation initiale sur PDF, ni aux jeux de rôles. L'objectif était ici de recueillir des données visant à pouvoir effectuer une triangulation avec les informations recueillies auprès des individus formés.

La seconde moitié de l'effectif était composé de médecins remplaçants ou installés. Ils ont été contactés par email, par le biais de connaissances communes.

L'effectif total était donc constitué de 3 étudiants N1, 3 médecins remplaçants ou installés et de 2 MSU interrogés par la suite pour la triangulation.

Les jeux de rôles ont été réalisés selon la Méthode des 6 Chapeaux, développée par Edward de Bono, médecin spécialisé en sciences cognitives. Cette approche consiste à assigner « un rôle » à chacun des participants durant les différentes situations, dans le but de favoriser l'émergence d'idées nouvelles sur un sujet donné. Il s'agit ici de réaliser un séquençage de la pensée afin de se concentrer sur une chose bien précise à la fois.

Les participants devaient nécessairement endosser les différents « personnages » à tour de rôle. Pour parvenir à cela, l'attribution des différents rôles a été établie avant le début de la formation par le chercheur. Les intervenants ont reçu un tableau représentant la séquence de passage. (**Annexe 2**).

Les 6 Chapeaux étaient composés ainsi :

- Chapeau 1 : **Patient**
- Chapeau 2 : **Médecin**
- Chapeau 3 : **Neutralité**
- Chapeau 4 : **Points positifs**
- Chapeau 5 : **Points négatifs**
- Chapeau 6 : **Voie alternative**

Durant chaque situation clinique jouée, seul l'acteur qui endossait le rôle du patient connaissait le contenu de la situation clinique. Les situations cliniques ont été envoyées préalablement aux participants pour qu'ils puissent s'imprégner de cette situation. De plus, des consignes ont été données séparément aux participants avant qu'ils ne jouent à tour de rôle le rôle de patient.

Le formateur jouait le rôle d'expert durant les mises en situation. Il avait pour rôle d'intervenir si nécessaire pour rectifier un propos, ou apporter des informations complémentaires, dans le but d'étayer les idées principales de cette formation.

A l'issue de la formation, les participants ont pu expérimenter leurs nouvelles compétences dans leur exercice quotidien.

Nous avons recontacté l'ensemble des participants deux mois plus tard, pour évaluer leur expérience sensible de leurs nouvelles connaissances.

III) Contexte

Les données ont été recueillies entre novembre 2019 et janvier 2020.

Les entretiens se sont déroulés directement au domicile des participants, la date était fixée par les participants eux-mêmes en fonction de leurs disponibilités.

Concernant les MSU, les rencontres ont eu lieu directement au sein de leurs cabinets, sur une plage horaire dédiée pour qu'il n'y ait pas de contrainte de temps.

IV) Recueil des données

Le recueil des données, à l'aide d'entretiens semi-dirigés, a été réalisé en moyenne 2 mois après la fin de la formation. Ce délai a été choisi arbitrairement, afin de laisser un minimum de temps aux participants pour « digérer » et appliquer sur le terrain les nouvelles connaissances. Toutefois, nous ne voulions pas attendre plus longtemps pour que le souvenir de la formation ne soit pas trop altéré.

Lors des entretiens semi-directifs, l'enquêteur était seul avec les participants. Ces entrevues se déroulaient en face à face dans un lieu calme et adapté.

Chaque participant a été informé que les entretiens seraient enregistrés et rendus anonymes. L'ensemble des participants a échangé un accord verbal à ce sujet avec l'investigateur.

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien élaboré quelques semaines auparavant. Celui-ci était composé de 6 items principaux, comportant chacun deux à trois questions. Les questions étaient pour la plupart d'entre elles courtes et ouvertes.

Un certain nombre de relances a été préétabli. Cependant, il est à noter que l'investigateur avait la possibilité d'enrichir les entretiens en cours avec de nouvelles questions ou relances si nécessaire.

Avant le début de chaque entretien, il a été rappelé aux participants que, dans ce type de travail, il était fondamental qu'ils utilisent leurs propres mots pour répondre aux questions, et non un langage composé spécialement pour la rencontre. Chaque participant a bénéficié d'un seul et unique entretien.

Les guides d'entretien ont bénéficié d'une révision par le directeur de thèse avant d'être soumis aux participants et aux MSU (**Annexe 3 et 4**).

Le chercheur a utilisé une application de smartphone ainsi qu'un dictaphone pour effectuer les enregistrements audio, permettant ainsi de ne perdre aucune donnée. La durée des enregistrements était variable, allant de 25 à 50 minutes.

Les retranscriptions en Verbatims étaient effectuées le jour même voire le lendemain si la rencontre se déroulait le soir. Cela permettait de se rappeler du sens

des mots utilisés par les participants, et améliorerait donc la compréhension des conversations.

Des comptes rendus de terrain ont également été effectués après chaque entretien pour retranscrire les éléments qui ne pourraient transparaître dans les enregistrements, des attitudes, des gestes ou des regards qui pouvaient être évocateurs d'une pensée, ou du moins interprétés comme cela dans ce contexte par l'investigateur.

Les verbatims d'entretiens n'ont pas été relus par les participants.

V) Analyse des données

Les données ont fait l'objet d'une analyse phénoménologique interprétative (API).
(22)

L'ensemble des données recueillies a été analysé et codé en 3 étapes : codage ouvert, codage axial et codage sélectif par l'investigateur lui-même. Certaines modifications ont été apportées après révision par le directeur de thèse.

Les différentes catégories ont été établies à partir des différentes étapes de codage et non à l'avance, ce processus est inhérent à la méthode d'analyse phénoménologique interprétative.

L'ensemble du travail de codage a été effectué à l'aide du logiciel NVIVO entre novembre 2019 et avril 2020.

RESULTATS ET ANALYSE

I) **Une formation initiale décevante.** (Schéma n°1 ; Annexe 5)

La formation initiale reçue durant le DES de Médecine générale à la Faculté de Lille au sujet des modèles relationnels Médecins-Patients (MRMP) a été perçue comme une forme de conditionnement.

« Avec la formation à la fac, j'avais plus l'impression qu'on essayait de nous faire tendre vers un modèle relationnel précis » P02

« La question n'était pas de développer des connaissances d'utilisation de différents modèles, c'était clairement un apport d'informations en disant : on est passés de ça à ça, et c'est comme ça » P04

Les participants ont décrit un enseignement axé sur la décision médicale partagée. Le modèle paternaliste était décrit comme obsolète, inadapté, déconseillé.

« Je n'ai pas très bien compris pourquoi on me parlait des modèles à la fac, en dehors de savoir qu'il faut faire de la décision médicale partagée » P03

« Les grandes lignes des messages qu'ils veulent nous faire passer : le paternalisme, c'est pas bien, la décision médicale partagée, c'est bien » P06

« En nous disant que ça n'était pas bien de prendre la décision pour le patient » P06

Les participants avaient conscience de disposer de connaissances incomplètes et imprécises au sujet des différents modèles.

« C'est un sujet qu'on avait vaguement évoqué lorsqu'on avait parlé de la communication » P05

« Je connaissais surtout les deux principaux modèles. Le modèle paternaliste où du coup, c'est le médecin qui prend plutôt la décision médicale, et la décision médicale partagée » P05

« Le modèle informatif, je ne le connaissais pas trop » P03

La formation initiale était à leur sens trop dense, diminuant leurs capacités d'assimilation au sujet des notions essentielles.

« Le problème de l'enseignement à la faculté c'est qu'on avait beaucoup de jeux de rôles avec les modèles, mais qu'on ne savait pas trop à quoi cela servait » P01

Les participants ont émis le souhait de pouvoir bénéficier d'un apprentissage plus précis à ce sujet, ciblé spécifiquement sur les modèles afin de disposer de connaissances exactes.

« C'était très ciblé et pertinent je trouve de se dire, on ne va pas couvrir tout le sujet car c'est beaucoup trop vaste, on va juste cibler un axe de travail, et du coup, ça nous a permis de retirer quelque chose de précis là-dessus » P04

Ils étaient cette fois-ci capables de percevoir la finalité pratique de la formation concernant les MRMP.

« Ce que j'avais dans ta formation et que je n'avais pas finalement dans celle de la fac c'est le but, la finalité de ce qu'on peut, ce qu'on pourrait en faire en consultation » P02

Les jeux de rôles (JDR) n'étaient pas particulièrement bien vécus lors de l'enseignement initial. Le nombre de participants jugé trop important engendrait l'appréhension d'un éventuel jugement. Organisé de cette manière, cet enseignement n'était pas considéré comme représentatif de l'exercice libéral.

« C'est de se retrouver au milieu devant tout le monde, cette impression de jugement des autres, ça ne met pas à l'aise du tout » P05

« C'était compliqué parce que les jeux de rôles devant tout le monde, ça pouvait être sujet à moqueries » P06

« Ça ne met pas à l'aise du tout, et c'est pas la réalité des consultations, on est jamais 25 dans le cabinet » P05

Les participants ont rapporté que des JDR en effectif réduit, associés à une participation active imposée par la Méthode des Chapeaux permettaient une meilleure immersion.

« Le fait que personne ne soit passif, et le fait que tout le monde passe en tant qu'acteur, ça permet d'avoir moins l'impression de te donner en spectacle » P05

« Ça permettait vraiment de bien décortiquer les situations, d'être concentrés » P03

Cette participation active les a amenés à défendre des positions différentes des leurs, favorisant l'émergence d'idées nouvelles, et participant ainsi à une remise en question de leur pratique.

« Ça permet aussi de mettre le doigt sur certaines choses qu'on ne voit pas forcément avec un rôle ou un autre rôle en réalité, ce qui était important » P06

« Défendre une position qui n'est pas forcément la sienne ça joue, ça permet de prendre conscience de certaines choses » P04

Ces différentes réflexions, personnelles et de groupes, ont permis aux participants d'adopter un nouveau point de vue au sujet de l'utilisation des modèles relationnels.

II) *Battre en brèche les fausses croyances et élargir les perspectives.* (Schéma 2 ; Annexe 6)

La notion de « compétence médicale » s'est enrichie. L'idée que la maîtrise seule du versant biomédical n'était pas suffisante a été renforcée chez les participants.

« La question c'est comment on définit la compétence médicale en médecine générale ? » P04

« Certains patients viennent pour qu'on leur dise les bons mots » P02

« Même si on a beaucoup de connaissances et qu'on connaît tout, si on n'arrive pas à transmettre certaines notions aux patients, si on arrive pas à échanger et à communiquer correctement avec lui, tout tombe à l'eau » P05

La formation proposée a permis aux participants d'élargir leurs perspectives. D'autre part, elle a aidé à affaiblir, voire à casser un certain nombre de fausses croyances à l'origine d'une prise en soins parfois inadaptée.

L'enseignement a rendu concevable l'emploi de l'ensemble des modèles disponibles.

« C'est une différence vis-à-vis de ma vision avant cette formation. C'est qu'il n'y a pas un seul modèle qui est bon » P04

« Je sais maintenant pourquoi je peux aller parfois vers du paternalisme, ou sur de l'autonomiste » P04

Le paternalisme, perçu comme mauvais, avait une place prépondérante dans les différents aprioris.

« Le paternalisme je trouve ça moins bien, et il y a forcément un bénéfice pour le patient » P06

« Cette sensation de pouvoir par rapport au patient, l'impression d'en faire une utilisation malsaine, l'impression d'imposer quelque chose à quelqu'un. » P04

« J'ai l'impression que ça infantilise le patient » P05

L'apport de nouvelles connaissances a rendu son utilisation possible.

« Toujours cette histoire de paternalisme que je ne m'autorisais pas du tout, et en fait il y a des patients avec lesquels ça fonctionne mieux » P06

« Je ne diabolise pas le paternalisme, je sais que c'est utile dans certaines situations » P05

« Ça n'est pas une mauvaise chose d'être paternaliste si c'est utilisé à bon escient » P03

La demande de paternalisme, certes jugée minoritaire, était incontestablement reconnue comme existante. L'utilisation de ce modèle pouvait être attendue, nécessaire et adaptée.

Le paternalisme n'était plus considéré comme délétère ou irrespectueux envers l'autonomie du patient.

« Le patient vient te voir parce qu'il ne contrôle pas du tout les choses, et c'est à toi de prendre la décision parce qu'il attend que tu prennes la décision, il vient pour ça » P02

« Le paternalisme peut être nécessaire dans le cadre de la consultation » P04

Cette nouvelle perception des MRMP, associée à l'idée que le biomédical ne constitue pas le seul élément à prendre en compte, ont entraîné un abord différent du patient. Les participants accordaient plus de place aux préférences de leurs patients.

« Le fait d'avoir fait la formation ça m'a permis de me dire qu'en fait là, ça n'était pas à moi de choisir » P06

« Les préférences des patients, c'est une chose à laquelle je fais maintenant plus attention » P03

« Au final, il n'y a pas que du mauvais ou que du bon dans certains modèles, ça dépend du patient » P04

« Je vais rajouter une étape en filigrane, qui va être d'identifier où est-ce que je dois me positionner en terme de modèle par rapport au patient » P04

Ils acceptaient les modèles préférés de leurs patients et les laissaient faire leurs propres choix.

« C'est tout, si c'est ce qu'ils cherchent tant pis, ce n'est pas forcément celui que j'aurais voulu mettre en place moi mais bon, c'est pas grave » P06

« Je passais sur du paternalisme parce que c'est ce qu'ils me demandaient » P04

Certains participants se sont aperçus que le choix du bon modèle n'était pas conditionné par le fait de suivre un patient au long cours. Au contraire, à l'aide des nouvelles compétences, ils ont déclaré que ceci pouvait être réalisé avec n'importe quel patient et à n'importe quel moment.

« Moi j'ai majoritairement vu des patients que je n'avais jamais vus, ça ne m'a pas du tout empêché de partir sur quelque chose, et cheminer en me disant : bah je tente autre chose, ou encore autre chose et essayer d'adapter le curseur » P04

« Pour l'appliquer tout simplement non, c'est pas nécessaire de connaître le patient, parce qu'en fonction du profil du patient et déjà dès les premiers instants, tu peux le faire » P03

III) Apprendre à savoir utiliser le bon modèle. (Schéma n°3 ; Annexe 7)

Les participants ont appris que les différents modèles sont perméables et organisés en un « continuum », sur lequel un curseur pouvait être mobilisé.

« On ne reste pas forcément sur un modèle jusqu'à la fin de la consultation » P03

« Au final, on n'est pas sur DMP/paternalisme/autonomiste. On est plutôt sur un curseur avec des notions d'entre deux, c'est plutôt un continuum, ça n'est pas tranché » P04

« Avant c'était plutôt tout blanc ou tout noir, et là finalement on s'est rendu compte qu'il y avait des nuances de gris » P06

Les participants ont appris à reconnaître le modèle adapté à une situation donnée. Ils ont également pris conscience de la nécessité de savoir faire preuve de flexibilité dans l'utilisation des modèles, et de savoir en changer si celui qui était utilisé ne convenait pas.

« On se rend compte qu'il faut être très flexible » P05

« Il y a différents modèles qui peuvent être des outils différents en fonction des patients qu'on a face de nous, des outils avec lesquels on doit savoir ou pouvoir jongler » P04

Les participants ont appris qu'il est possible, si nécessaire, de déplacer le curseur au sein d'une même consultation.

« La consultation va se dérouler sur ce fil-là, et s'il y a un changement je repartirai sur une adaptation du curseur petit à petit » P04

Ces nouvelles compétences ont été perçues par les participants comme un « nouvel outil » de prise en soins.

« J'ai un outil supplémentaire à disposition dans la prise en charge de mes patients. » P06

« C'est vraiment quelque chose que je cerne et que j'apprends à maîtriser comme outil » P04

Cet « outil », utilisé en synergie avec l'ensemble de ceux dont les participants disposaient déjà, facilitait le choix du modèle approprié dans une situation donnée.

« Je pense que je change de modèle relationnel plus facilement si je vois que ça ne correspond pas » P06

« Il y a un moment où tu bascules mieux d'un modèle à un autre parce que tu as eu la formation » P03

Il contribuait à une sélection en conscience du modèle adapté aux préférences du patient.

« Le fait d'avoir revu les différents modèles, on va dire que j'avais une palette en ma possession, et que j'ai choisi cette option-là, la bonne couleur » P06

« On peut piocher dans les différents modèles relationnels pour s'adapter à chaque fois » P05

« Je suis beaucoup plus conscient de ce que je fais, je sais ce que je fais et je sais pourquoi je le fais » P04

De plus, les participants étaient capables de mieux discerner les attentes de certains patients qui n'étaient pas nécessairement verbalisées.

« Cette formation ça peut vraiment t'obliger quand tu es en pratique en consultation à te dire, devant un patient qui fait une drôle de tête à te dire : bah là je suis peut-être un peu trop paternaliste, ou trop explicatif » P03

« En arrivant, dès que je lui dis bonjour et que je vois comment il réagit, je vais déjà avoir une idée du modèle à utiliser, je vais avoir une première idée » P04

Si cette sélection consciente n'était initialement pas possible durant la consultation, les participants effectuaient une analyse rétrospective de cette situation.

« Même si je n'ai pas réussi pendant, j'y ai repensé après » P06

« J'analyse les modèles utilisés après la consultation, pendant c'est plus compliqué » P05

« Il y a des fois où je suis revenu après à penser à la consultation, et je me suis dit : oui peut-être que j'aurais dû simplement être un peu plus paternaliste avec ce patient, ou plus informatif » P03

« En sortant de la consultation, je me disais : j'ai utilisé ça, est-ce que c'était vraiment pertinent ? » P04

Cette analyse était rendue possible par leur capacité à mettre des mots sur des situations déjà vécues venant faire écho à cette situation, mais également par leur aptitude à savoir identifier le modèle qu'ils avaient utilisé.

« Ce qui était bien avec cette formation, c'est que ça résonnait sur plein de consultations qui étaient déjà passées pour moi » P06

« Je me suis dit : là, clairement j'étais dans tel modèle relationnel ou tel modèle relationnel, je m'en suis vraiment rendu compte. » P05

« Au début c'était principalement je parlais, et ensuite je me disais : tiens, j'utilise ce modèle ! On était plutôt sur de la reconnaissance » P04

« Pendant la consultation je me rendais compte du modèle que j'utilisais » P01

L'analyse rétrospective permettait d'agir différemment durant les consultations similaires, en ne reproduisant pas les mêmes erreurs et en s'adaptant en conscience au modèle adéquat.

« J'ai utilisé plusieurs modèles ensuite assez facilement dans une situation similaire parce que je savais comment aborder le truc » P03

En outre, la répétition de ces analyses a rendu possible l'ajustement de manière inconsciente au bon modèle.

« Après le fait d'y réfléchir, ça nous conditionne pour mieux prendre en charge dans les consultations qui suivent » P05

« Avec toute cette formation, je pense que même inconsciemment tu bascules plus facilement d'un modèle à un autre » P03

« Je me suis déjà rendu compte a posteriori, en me disant : tiens, j'ai basculé de ce modèle à ce modèle-là plus facilement » P03

IV) *L'utilisation d'un modèle adapté améliore la prise en soins et accroît le sentiment du travail bien fait.* (Schéma n°4 ; Annexe 8)

En sélectionnant le modèle adapté en conscience, les participants estimaient améliorer la qualité de la relation entre médecin et patient.

« Si on est plus efficient avec le patient, on est sûrement aussi mieux dans notre relation avec le patient » P06

« Tu bascules plus facilement d'un modèle à un autre, et donc de fait, tu améliores la relation avec le patient » P03

Les compétences nouvellement acquises par les participants sont venues étoffer l'arsenal « d'outils » qu'ils utilisaient déjà.

« Ça a rajouté une dimension supplémentaire » P04

Certains participants, par l'utilisation des compétences acquises, estimaient améliorer la satisfaction du patient.

« Je pense que ça a permis le fait d'avoir plus de satisfaction de mes patients » P04

L'évaluation objective de cette dernière restait cependant difficile pour les participants.

« Tu ne sais jamais trop ce que pense le patient » P02

« Tu n'as que ton propre avis, très subjectif » P02

Etre capable d'utiliser le modèle adapté entraînait en soi une vraie satisfaction.

« Cette façon de passer de l'identification a posteriori à la mise en place en conscience est assez plaisante » P04

La perception d'une prise en soins de meilleure qualité a augmenté chez les participants la satisfaction du travail accompli.

« J'ai l'impression d'être capable d'identifier ce qu'il faudrait que je fasse, ça m'a permis d'identifier les choses que je pourrais améliorer, et ça me plaît » P05

« Globalement je me sens plus satisfait sur ma prise en charge » P04

« Quand on rentre à la maison, on rentre peut-être moins avec les épaules chargées » P06

Les participants, devenus capables de discerner une inadéquation entre le modèle utilisé et la situation, ont souffert d'insatisfaction lorsqu'ils utilisaient un modèle inadapté.

« Il y a quelques fois où je faisais une consultation pendant laquelle je n'étais pas forcément satisfait de la manière dont ça s'était déroulé » P04

« En voyant que je n'étais pas forcément satisfait de ma consultation, je me suis rendu compte que j'étais plutôt paternaliste alors que j'aurais pas dû l'être autant » P04

Dans un second temps, les participants devenus capables d'activer une boucle analytique rétrospective, modifiaient la prise en soins des patients suivants en utilisant un modèle adapté lorsqu'ils identifiaient des situations similaires.

V) Apprendre à utiliser un modèle adapté présente certaines difficultés en soi. (Schéma n°5 ; Annexe 9)

La recherche d'un modèle adapté présente certaines difficultés en soi, indépendamment des facteurs extérieurs, sources d'autres difficultés.

Pour les participants, la maîtrise du versant biomédical semblait être un prérequis nécessaire à l'utilisation des nouvelles connaissances.

« Je suis à l'aise pour l'utilisation de chacun des modèles si je suis à l'aise sur le plan médical » P05

« Je pense également qu'en maîtrisant un peu mieux le côté médical, je pourrais passer plus facilement d'un modèle à l'autre, je pense que c'est probablement nécessaire » P01

« De manière indirecte c'est beaucoup plus facile que face au patient, où là tu es dans le feu de l'action » P03

Les participants ont évoqué un manque de maîtrise des nouvelles acquisitions et une expérimentation insuffisante entre la formation et l'évaluation.

« Je suis encore dans un stade auquel je me rends compte des choses, mais je ne suis pas encore capable de changer. » P01

« J'essaie encore de travailler parce que je n'ai pas la prétention de le maîtriser bien sûr » P04

« Je n'ai pas encore assez utilisé les différents modèles pour être le plus efficient possible. » P03

« Je pense qu'il faudrait encore un peu plus de recul pour vraiment réussir à utiliser correctement tout ça. » P01

Toutefois, certains pensaient que l'expérience empirique à elle seule pourrait leur permettre, au fil du temps, après un certain nombre de consultations, de choisir plus facilement le modèle adapté à la situation présentée par le patient.

« Je pense que c'est aussi en partie liée à mon expérience professionnelle qui est de plus en plus importante » P06

« Il s'adapte un peu plus facilement en effet, et par expérience aussi je pense » MSU n°2

« Après 10 consultations, c'est bon tu les as bien cernés, et du coup tu connais leurs préférences » P03

Les participants décrivaient par moment la sensation d'être « emmurés » dans un modèle, ne maîtrisant pas encore la flexibilité nécessaire pour choisir le modèle adapté à un moment donné.

« Je me suis rendu compte que j'étais dans tel ou tel modèle, même si je ne voyais pas trop comment en sortir. » P01

La consultation était perçue comme un exercice normé par le temps, avec un souci de rentabilité non négligeable.

« J'ai l'impression d'avoir des ressources, de pouvoir faire des choses mais d'être limité par du cadre » P04

« Mais parfois ça m'emmerde de passer 15 minutes alors que je sais qu'en 30 je pourrais avancer de manière beaucoup plus importante et faire un truc de fou » P04

« Après il y a aussi le souci de la tarification à l'activité qui limite » P04

Le poids de ce facteur temps était parfois accentué, la recherche consciente du modèle adapté pouvant être perçue comme chronophage. Cependant, ce constat tendait à s'atténuer avec l'expérimentation des compétences.

« Ça prend un peu plus de temps » P04

« Avec l'expérience (de l'utilisation des nouvelles compétences), au plus tu fais attention aux modèles que tu utilises, au plus ça devient intuitif, et ça te demande moins d'énergie et moins de temps » P03

L'une des difficultés portait sur les attentes des patients en terme de modèle désiré, parfois difficiles à déterminer.

« Il faut réussir à cerner les préférences du patient, ce n'est pas toujours simple » P03

« C'est toujours un peu compliqué parce qu'il faut réussir à cerner le patient » P03

Par peur de manque de crédibilité, certains soignants étaient opposés à l'idée de clarifier les attentes du patient en terme de modèle désiré par l'intermédiaire de questions directes.

« Même si j'ai bien compris l'importance de déterminer les préférences du patient, je trouve que ça me décrédibilise en consultation si je lui demande directement » P01

« Je trouve ça délicat de demander trop l'avis du patient. Des fois, il pourrait avoir l'impression qu'on sait pas trop ce qu'on fait » P01

VI) L'utilisation d'un modèle adapté entravée par de multiples facteurs inhérents au médecin. (Schéma n°6 ; Annexe 10)

Certains éléments extérieurs, indépendants de l'apprentissage en lui-même, ont été source de difficultés supplémentaires à l'utilisation d'un modèle adapté.

Les participants étaient parfois animés par leurs propres certitudes.

« Il y a toujours un moment où t'as envie que ça soit de la décision médicale partagée, dans ta tête tu y penses » P02

« J'aime respecter l'autonomie du patient » P04

« J'ai commencé ma garde tranquillement le sourire aux lèvres en faisant de la DMP » P04

Par a priori personnel, les participants refusaient le paternalisme. Ce pli a potentiellement été renforcé par la formation initiale.

« Moi, le paternalisme, je trouve ça moins bien » P06

« Le paternalisme, c'est le truc que je n'ai pas envie de faire » P05

« Ce n'est pas que je suis mal à l'aise d'utiliser le paternalisme, ce n'est pas que je ne sais pas l'utiliser, c'est que je n'aime pas l'utiliser » P04

« Je pense qu'on est un peu conditionnés pour éviter le paternalisme quand même (...) je pense que c'est également lié à notre formation à la faculté. » P05

Par conséquent, l'utilisation du paternalisme pouvait être source d'insatisfaction.

« Il y a plutôt des modèles avec lesquels je me sens mal à l'aise de les avoir utilisés a posteriori, avec le paternalisme notamment. » P04

En parallèle, les participants idéalisent le modèle de décision médicale partagée.

« Essayer de prendre en compte les préférences du patient, et tendre vers un modèle partagé » P02

« Il y a des fois où ça passe bien et j'ai l'impression qu'on est sur la même longueur d'ondes, avec une sensation de confiance mutuelle. C'est vrai que là, on sera plus dans de la décision médicale partagée » P05

« J'ai une préférence très marquée sur le modèle de décision médicale partagée » P04

« J'essayais d'initier en décision médicale partagée, en « bon médecin » » P04

Pour autant, les participants "autorisaient" parfois l'utilisation du paternalisme en raison de certaines contraintes. Ce pouvait être par exemple la fatigue, ou bien une pesanteur psychique liée au retard.

« On a plus tendance à être paternaliste quand c'est la fin de journée, et que la salle d'attente déborde » P06

« Quand il y a des problèmes de temps avec du stress, on va partir sur un modèle plus « efficace », et le modèle paternaliste a cet avantage d'être un modèle « efficace » en terme de communication. C'est vertical, on dit : c'est comme ça ! On impose » P04

« Quand t'es à la bourre, ça sera plutôt le paternalisme, ou en fin de journée, tu as envie de faire durer les consultations le moins longtemps possible » P03

Ces éléments tendaient à diminuer la capacité d'écoute du participant envers son patient.

*« Si on est en retard, on n'est pas disponible intellectuellement parce qu'on y pense »
P06*

En utilisant un modèle en raison de contraintes et non d'attentes, les participants imposaient par moment leurs modèles.

« Ça m'arrivait parfois de manière involontaire de partir sur du paternalisme, et même volontairement, en me disant j'ai pas le temps, il faut que j'avance » P04

En diminuant leurs capacités d'écoute ou en imposant leurs modèles, les participants accordaient moins de place aux préférences du patient.

Certains participants estimaient qu'il ne fallait pas fournir un nombre trop important d'alternatives au patient, et qu'il était de leur « devoir » de médecin de choisir les bonnes.

« Si on propose plusieurs choses pour le traitement par exemple, on pourrait faire ça, ou ça, ou ça, qu'est-ce que vous voulez faire ? Je trouve que ça fait un peu « supermarché » et pas vraiment conseil médical » P01

De même, certains estimaient qu'il était indispensable de dispenser une information minimum au regard de la loi.

*« Il y a clairement des profils de patients avec lesquels on se protège beaucoup plus »
MSU n°2*

« Ça me permet de justifier ma prescription ou ma non prescription et je le dis quand même à tout le monde » P06

« Le fait qu'il faille aux yeux de loi, que les patients soient informés de tout » P05

Les participants ont admis eux-mêmes qu'ils étaient parfois amenés à délivrer une information inadaptée qui ne prenait pas en compte les attentes du patient.

« J'en donne probablement beaucoup trop en y repensant » P06

« Il y en a peut-être certains qui ne doivent peut-être pas comprendre tout ce que je leur dis » P06

« Le patient ne comprend rien parce que je me perds dans des explications invraisemblables » P03

En outre, les émotions comme la peur ou la colère pouvaient également détourner le médecin de l'utilisation du bon modèle.

« Une ado qui avait fait n'importe quoi avec ses médicaments, ça m'a embêté, ça m'a titillé, ça m'a énervé et donc j'ai été très paternaliste » P06

« J'étais juste en colère, c'est la raison pour laquelle j'ai été paternaliste » P06

« J'étais beaucoup plus dans l'informatif avec les patients « chiants » » P05

Certaines fausses croyances pouvaient inciter les participants à agir selon leurs propres certitudes, ces dernières n'étant pas toujours justes :

- Penser par exemple que le médecin était bienveillant par nature.

« Je pense que chacun d'entre nous, de base inconsciemment on veut le meilleur pour le patient » P02

- Ou, adhérer à l'idée qu'il était normal de céder par moment à l'utilisation d'un modèle non adapté en raison des contraintes, car l'Homme est faillible par nature.

« Quand t'es à la bourre ça sera plutôt le paternalisme, ou en fin de journée, tu as envie de faire durer les consultations le moins longtemps possible. Après, je pense que c'est moche, mais c'est humain » P04

VII) Risquer d'être desservi par un fonctionnement instinctif. (Schéma n°7 ; Annexe 11)

Certains médecins autorisaient par moment le paternalisme en raison de contraintes personnelles, et de fait imposaient leur modèle.

« Je lui demande son avis, mais je pense qu'il est toujours orienté par la manière dont tu lui proposes les choses » P05

« On dit toujours « d'accord » à la fin d'une phrase ou d'une proposition, mais on n'est pas vraiment dans l'interrogation mais plutôt dans l'affirmation » P05

De fait, en imposant leur modèle, les participants ont reconnu qu'ils pouvaient se livrer à un mésusage du paternalisme.

« J'ai été très paternaliste, presque comme une maman qui la sermonne alors que j'avais pas du tout envie d'être comme ça » P06

« Ça n'est pas une mauvaise chose d'être paternaliste si c'est utilisé à bon escient. Malheureusement, c'est pas tout le temps le cas » P03

« Ça m'arrivait parfois de manière involontaire de partir sur du paternalisme, et même volontairement en me disant j'ai pas le temps, il faut que j'avance » P04

Paradoxalement, ils ont également affirmé qu'imposer son modèle pouvait altérer la confiance du patient envers le praticien.

« Après, le patient ne vient plus nous voir, ou il prend son traitement à moitié, parce qu'il n'a pas forcément confiance en toi » P04

Certains participants, par le biais d'une pratique qui pouvait être guidée par leurs certitudes, avaient tendance à façonner leur patientèle selon leurs propres préférences.

« Ils viennent me voir moi parce que j'ai cette façon de faire, et ça leur a plu » P06

« Il y a plein de patients que je vois pour la première fois, et je fais avec ce que je suis moi, et ça leur convient ou pas » P06

Certains se justifiaient en expliquant qu'un patient devait probablement choisir un médecin qui lui ressemblait.

« En réalité, les patients ressemblent quand même beaucoup à leurs médecins » P06

« Les patients qui ont besoin de parler iront voir un médecin qui écoute » P02

« Sa patientèle lui ressemble beaucoup, un peu à moi aussi » P06

Le fait d'habituer le patient à une certaine prise en soins, qui était celle désirée par le médecin et non par le patient, pouvait entraîner un conditionnement de la

patientèle.

« Si tu utilises un autre modèle, ils (les patients) s'adaptent, comme tout le monde. »

P03

« Les patients sont habitués à un modèle utilisé par le médecin » P03

« Les patients qui me disaient : d'habitude le docteur il fait pas comme ça, le docteur il ne me demande pas ça. » P01

Les participants ont admis qu'en se focalisant sur l'aspect biomédical, ou en appliquant le modèle qu'ils préféraient, cela pouvait participer à une diminution de la qualité d'écoute au long cours envers le patient.

« Je pense que la prise en compte du patient, elle vient secondairement au biomédical » P02

« On peut être des fois tout le temps dans le même schéma avec le patient, alors que c'est une situation qui nécessiterait peut-être un autre modèle » P03

Ainsi, les participants ont constaté qu'ils utilisaient parfois un même modèle pour un patient donné, sans rechercher les préférences de ce dernier « par habitude ».

« Si on les connaît trop bien, peut-être qu'on se pose moins de questions » P06

Cette accoutumance à un même modèle entraînait une prise en soins inadaptée si le modèle choisi n'est pas celui qu'attendait le patient.

Malgré la satisfaction qu'apportait un travail exécuté selon leurs propres certitudes, les participants ont concédé qu'utiliser un modèle non adapté pouvait avoir des conséquences contre-productives.

Cela pouvait engendrer de nouvelles « résistances » de la part du patient, une inertie dans la prise en soins ou tout simplement un mécontentement, exprimé verbalement ou non.

« Si tu lui imposes mal, il ne va pas prendre le traitement ou le prendre n'importe comment » P03

« Le fait d'imposer un modèle non adapté, ça peut créer des résistances » P04

« Le fait de rester bloqué sur un modèle fait soit se braquer, soit tourner en rond et on n'aboutit pas à grand-chose en fait. » P04

VIII) Une compétence essentielle qui doit nécessairement être enseignée. (Schéma n°8 ; Annexe 12)

Les participants ont jugé la formation actuelle à la relation médecin-patient insuffisante.

« Tu te rends compte qu'en médecine, on est vraiment bien formés sur le biomédical et qu'en communication, on est vraiment des quiches » P02

« On a eu un cours de communication à la faculté mais qui n'était pas abouti du tout » P04

« Je trouve notre formation plutôt insuffisante » P01

Ce sentiment était renforcé par l'intérêt qu'ils portaient pour ce domaine en particulier.

« J'ai fait médecine pour les relations humaines, pas pour autre chose, je le dis toujours depuis que j'ai commencé mes études » P06

« La communication, ça m'intéresse depuis toujours parce que c'est quand même la base de notre boulot » P05

« Moi, tout ce qui est relation et communication médecin-patient, c'est un sujet qui m'a toujours intéressé » P04

Avant de pouvoir bénéficier de notre formation, les participants nous ont dit que la majorité de leurs connaissances avaient été acquises sur le tas, ou au travers de groupes de pairs.

« Tout ce que je pouvais trouver à côté et qui me permettait de compléter ma formation, oui j'étais preneur. » P04

« Je m'étais même renseignée auprès d'un professeur de faculté pour savoir s'il y avait des formations à ce sujet » P05

« C'est plus mon expérience personnelle et les interrogations que j'ai pu avoir pendant mes études » P06

À la suite de cette formation, les participants ont élargi leur définition de la « compétence médicale » en soulignant l'importance de se détacher d'une approche purement biomédicale. Ce nouveau point de vue est venu renforcer le sentiment d'une formation insuffisante dans le domaine de la relation médecin-patient.

Les participants décrivaient une utilisation ou une réflexion permanente au sujet des nouvelles compétences.

« Ça reste quand même quelque chose que tu utilises tout le temps. » P02

« C'est quelque chose qui m'a accompagné chaque jour » P04

« Du coup, ça a un réel impact sur la prise en charge au quotidien » P02

Les participants estimaient que ces nouvelles compétences étaient placées au cœur de leur travail.

« Je trouve que c'est la base de notre profession » P05

À la lumière de leurs nouvelles connaissances, ils ont objectivé une prise en soins parfois inadaptée chez certains de leurs confrères, ne disposant pas de connaissances précises au sujet de MRMP.

« Parfois, en voyant des entretiens avec mes praticiens, je me disais que ça n'est pas possible de faire comme ça, et pourtant... » P01

Les MSU interrogés ont d'ailleurs admis l'intérêt de former les MSU n'ayant pas pu bénéficier de ce genre d'enseignement, qui peuvent servir de modèles aux étudiants en formation.

« Ça pourrait être intéressant en effet de former les MSU, dans le cadre de la formation médicale continue. » MSU n°1

« Former les MSU en priorité je pense, parce que clairement pour nous, ces notions étaient quasi inexistantes » MSU n°2

« Au moins, on pourrait aborder ces nouvelles notions pendant le N1 de manière concrète. On peut aborder ces notions en supervision directe » MSU n°2

La formation universitaire initiale a pu venir renforcer ou faire naître de fausses croyances, notamment au sujet du paternalisme.

Ainsi, ces fausses croyances ont encouragé les participants dans l'idée qu'il était bon d'agir selon ses certitudes. Ils se percevaient nécessairement bienveillants, et jugeaient préférable d'appliquer un modèle de décision médicale partagée.

Les participants ne disposaient que de connaissances acquises sur le tas au sujet des MRMP, un savoir qui restait lacunaire et qui ne leur permettait pas de sélectionner le modèle adapté dans l'ensemble des situations rencontrées.

Par conséquent, reposer sa prise en soins sur un savoir empirique associé à de fausses croyances, qui venaient renforcer des certitudes personnelles, était parfois délétère pour le patient car cela pouvait induire une prise en soins inappropriée.

Toutefois, la formation que nous avons réalisée sur les modèles de relation médecin-patient est venue battre en brèche ces fausses croyances, permettant ainsi aux participants formés d'adopter un nouveau point de vue, et de recentrer en conscience leur prise en soins sur les préférences du patient.

Cet apprentissage a aidé les participants à développer de nouvelles compétences qui leur ont permis de sélectionner, en conscience, un modèle adapté aux attentes du patient.

Cet exercice a par moment pu souffrir de difficultés de mise en application, notamment par le biais d'un manque d'expérimentation des nouvelles compétences.

Aidés de leurs nouvelles compétences, les participants pouvaient cependant effectuer une analyse rétrospective de la situation vécue, afin d'agir différemment en conscience lors d'une prochaine consultation et ne pas reproduire les mêmes erreurs.

Ils pouvaient également, à travers la réalisation d'analyses rétrospectives successives, s'adapter de manière inconsciente au bon modèle si une situation présentant des similitudes se produisait.

Les participants formés ont également rapporté divers éléments qui pouvaient parasiter ce travail et par conséquent perturber leur choix du bon modèle. Ils pouvaient entre autres, être guidés par leurs émotions, ne pas réussir à cloisonner travail et vie privée ou même s'exposer à un état de fatigue trop important du fait d'une charge de

travail excessive.

En définitive, par l'intermédiaire d'un choix dorénavant effectué en conscience et adapté aux préférences du patient, les participants se sentaient mieux armés.

Ils avaient le sentiment d'améliorer leur prise en soins, amenant la satisfaction d'un travail « bien fait ».

DISCUSSION

I) Forces et faiblesses de l'étude

1. Limites et biais

L'étude entière a été menée par un investigateur unique qui était lui-même le formateur. Par ailleurs, l'investigateur ne disposait d'aucun financement extérieur pour mener ce travail.

L'étude était requérante en terme de temps disponible pour les participants, il était difficile de leur proposer un nouvel entretien à plus long terme.

De plus, nous n'avons pas pu tester la méthode sur plusieurs échantillons car nous ne disposions pas d'un effectif suffisant.

Les résultats ne sont peut-être pas représentatifs de la population médicale générale.

Il existait un biais de recrutement. En effet, certains individus ont participé à la formation car ils étaient intéressés par le domaine exploré. D'autres individus ont participé à cette étude pour satisfaire un confrère, guidés par l'empathie.

Se pose donc la question de savoir si cette même formation sur d'autres personnes reproduirait le même résultat.

2. Lignes de force

L'outil de formation a été construit à partir de plusieurs travaux de littérature validés. La structure de la méthode de formation a été construite sur un schéma de consultation, celui-ci étant considéré dans la littérature comme un modèle adapté et efficace de la relation médecin-patient. (23)(24)

La formation en effectif réduit a permis une meilleure participation et d'avantage de cohésion au sein du groupe de participants. De plus, l'ensemble des participants était présent lors des différentes séances qui constituaient la formation.

Nous avons également intégré l'évaluation par leurs MSU de certains participants formés. Cette triangulation des données permettait d'augmenter la validité des résultats obtenus.

II) Principaux résultats.

1. Un nouveau projet de formation naît d'un enseignement initial perçu comme décevant.

Les participants estimaient que la formation universitaire dans le domaine de la relation médecin-patient était décevante. Son intérêt et sa finalité étaient mal perçus par les participants.

Ils étaient désireux de pouvoir bénéficier d'une formation ciblée sur les modèles relationnels.

On retrouve les mêmes résultats dans d'autres travaux qui confirment le désir d'une formation plus importante au sujet de la relation médecin-patient de la part des étudiants, ceci afin de pouvoir associer savoir-faire et savoir « être ». (25)(21)

Il a été montré que les médecins n'étaient pas compétents pour déterminer le modèle attendu par leurs patients. En effet, les études ont montré que lorsque les médecins tentaient de déterminer implicitement les préférences de leurs patients, elles différaient considérablement des véritables attentes des patients. (26)(27)(28)

Nous voulions rendre les participants capables de s'adapter au modèle relationnel attendu par le patient.

Charles, dans les années 90, a émis l'idée « *qu'au début de la rencontre, le médecin, le patient ou les deux devaient échanger leurs préférences concernant leur propre rôle et celui de chacun dans le processus de prise de décision* ». (2)

Schattner a fait une analogie au sujet du recueil préalable des préférences de nos patients quant au modèle décisionnel désiré. Il compare cela aux directives anticipées, et dit qu'avant qu'une situation impliquant le choix d'un modèle décisionnel

ne se produise, il serait peut-être nécessaire de recueillir ces dites préférences, au même titre qu'un consentement au don d'organe. (29)

Cependant, il a été montré que les médecins n'osaient parfois pas discuter avec les patients au sujet de leurs préférences par peur de provoquer de la détresse. (30)

Des outils tels que des questionnaires ont été élaborés pour tenter d'évaluer les préférences des patients en matière de participation aux soins. (31) (**Annexe13**)

Mangin a mené en 2016 une étude visant à étudier les différents outils d'aide disponibles pour évaluer les préférences des patients en matière de prise de décision concernant leur santé. Il a dit que quelques outils existaient, cependant ils ne concernaient que des maladies uniques ou spécifiques. Aucun ne prenait en compte le caractère multiple des comorbidités de la plupart de nos patients aujourd'hui. (26)

Jerofke et Garnier en 2018 ont étudié un outil qui avait pour but d'évaluer les préférences individuelles des patients concernant leur participation aux soins qui les concernent. Cet outil était composé de 27 items. Ils ont montré que l'âge, le nombre de maladies chroniques, l'état de santé autoévalué et le niveau de scolarité n'étaient pas significativement prédicateurs des préférences des patients en matière d'engagement dans le processus décisionnel. (32)

Nous avons donc voulu concevoir « un outil », qui ne se base pas uniquement sur des variables « situationnelles » pour déterminer les préférences des patients quant au modèle relationnel attendu.

2. L'utilisation de nouvelles compétences sur le terrain.

Les participants nous ont rapporté qu'avant la formation, ils avaient des difficultés à déterminer le modèle relationnel désiré par leurs patients.

Notre formation leur a permis d'intégrer la possibilité d'utilisation de l'ensemble des modèles.

Les participants ont appris à quitter leur choix plus ou moins conscient de modèle de relation en fonction de leurs préférences, pour les utiliser en fonction des préférences du patient.

Ils estimaient que la majorité de leurs patients désiraient participer au processus décisionnel.

Dans une étude de 2007 étudiant les préférences des patients concernant la participation dans le processus décisionnel, 70% des patients avaient eu recours à leur modèle de prise en charge préféré durant les entretiens. (8)

Dans un autre travail réalisé par la même équipe, ce sont cette fois-ci les préférences des médecins qui ont été étudiées. Dans cette étude, 87% des médecins estimaient jouer le rôle qu'ils préféraient. (11)

Les propres préférences des médecins sont donc des éléments particulièrement prédictifs du modèle qui est utilisé durant l'entretien.

Les taux de satisfaction peuvent également s'expliquer par une mise en adéquation par défaut. Le patient choisi peut-être un médecin qui lui ressemble, et donc par effet miroir, le médecin se retrouve avec une patientèle à son image.

Notre formation a permis aux participants d'être flexibles dans l'utilisation des modèles relationnels, qu'ils ne soient pas figés dans leur exercice, et ainsi qu'ils ne ferment pas la porte à un certain nombre de patients qui ne partagent pas leurs propres préférences.

Charles dans son exposé soulignait d'ailleurs « *l'importance de la flexibilité, afin que les médecins soient en mesure de reconnaître les changements dans les préférences des patients quant à la nature de l'interaction au fur et à mesure que le processus de prise de décision se déroule.* » (2)

Antérieurement, ce manque de maniabilité dans l'utilisation des différents modèles était lié à des connaissances lacunaires sur le sujet et à l'absence d'utilisation en conscience.

Les nouvelles connaissances apportées ont permis de balayer certaines fausses croyances susceptibles de parasiter la bonne prise en soins du patient. Ces fausses croyances ont pu être renforcées par la formation initiale vécue comme un conditionnement, visant à promouvoir le modèle de DMP.

Le paternalisme, par exemple, qui était initialement perçu comme non respectueux de l'autonomie du patient, voire délétère, est apparu utile si utilisé à bon escient. (33)

Jonsen et al. émettent eux aussi l'hypothèse qu'il peut se produire des situations dans lesquelles une prise en charge paternaliste est éthiquement admissible. (34)

Cette demande était cependant jugée minoritaire. Cela a d'ailleurs été vérifié dans plusieurs travaux.

L'étude menée par Benbassat et Al. a montré un taux de patients qui souhaitaient être totalement passifs allant jusqu'à 8%. (10) Ces chiffres varient selon les études, mais la tendance reste la même.

Kiesler et Auerbach affirment cependant que cette portion de la patientèle ne peut être négligée. (14)

A l'issue de la formation, les participants ont été capables par moment, de sélectionner en conscience, le modèle qu'ils pensaient adapté à la demande de leurs patients.

Lorsque la sélection en conscience n'était pas possible durant l'entretien, leurs nouvelles connaissances ont rendu possible la réalisation d'analyses rétrospectives de ces situations.

Ces analyses permettaient une prise en soins différente, consciente et plus adaptée, lors des consultations suivantes qui présentaient des similitudes. Ils avaient ainsi l'impression de ne pas reproduire les mêmes erreurs

Les participants ont également rapporté qu'effectuer des analyses rétrospectives successives les avaient amenés à sélectionner un modèle adapté aux attentes de leurs patients de manière inconsciente.

Forts de leurs nouvelles compétences, les participants avaient le sentiment d'améliorer la prise en soins du patient lorsque la sélection consciente du modèle adapté était possible. C'était également source d'autosatisfaction pour les praticiens, avec la sensation d'un devoir davantage accompli.

3. Prise en soins orientée par une mauvaise interprétation des textes de lois.

Les participants nous ont dit parfois se sentir « obligés » au regard de la loi et de la déontologie de délivrer une « information minimum », comme si l'information était standardisée.

Par ailleurs, certains participants en délivraient systématiquement dans l'intention de respecter l'autonomie du patient.

Il est vrai que l'article Article R4127-35 du Code de Santé Publique (35) et l'article L1111-2 du Code de Santé Publique (36) insistent sur la nécessité de délivrer une information loyale, claire et appropriée dans le but de recueillir un consentement libre et éclairé de la part du patient.

Cependant la loi du 4 mars 2002 stipule que « *lorsque le patient exprime la volonté de ne pas être informé, cette volonté doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission* ». (37)

Les propos de Schattner, comme ceux d'autres auteurs, vont dans ce sens. Schattner affirme que « *le respect de l'autonomie des patients devrait inclure l'identification des patients qui souhaitent en savoir moins, et se conformer à leur choix* ». (29)(38)

C'est au patient de décider à quel degré il souhaite jouir de cette autonomie. L'information doit donc être, conjointement au modèle utilisé, adaptée aux attentes du patient, et non délivrée de manière automatique.

4. Les insuffisances de la formation

Malgré notre formation, certaines idées reçues, certaines certitudes restaient ancrées dans l'esprit des participants

Certains participants adaptaient leur prise en soins au niveau socioculturel du patient. Ils estimaient que le paternalisme était préféré par les personnes de bas niveau socioculturel, préférence retrouvée dans la littérature (10), cependant majorité ne signifie pas totalité.

Il en est de même pour le modèle utilisé avec les sujets âgés. Il a également été rapporté dans la littérature que les plus de 60 ans préféraient majoritairement jouer un rôle passif. (10)

Ceci est peut-être lié au fait que le paternalisme soit resté le modèle prédominant jusque dans les années 80. (3) Cette tendance est probablement amenée à diminuer dans les années à venir.

Le modèle choisi par les participants était parfois guidé par leurs émotions. La peur de s'impliquer dans le processus décisionnel, la peur d'orienter de manière trop importante le choix du patient, la peur d'être responsable de ce choix. La colère pouvait également faire glisser le médecin vers une prise en soins non adaptée, n'étant plus dans l'action mais dans la réaction.

Le PDF constitue l'outil que nous avons utilisé pour effectuer la formation. Cette formation a orienté les participants vers de nouvelles compétences. Cependant une confusion persistait chez les participants entre outil et compétences, il y a donc encore un cheminement pour amener les participants de l'intégration de notre outil, à l'acquisition de nouvelles compétences.

La persistance de ces fausses croyances et ce manque de maîtrise étaient certainement en rapport avec une expérimentation insuffisante des nouvelles compétences.

Les participants ont également affirmé qu'il serait certainement nécessaire de répéter la formation.

La littérature appuie elle aussi l'idée que la répétition d'un enseignement est nécessaire à son assimilation. (39)

5. Les différentes pistes d'amélioration

Les participants se sont rendus compte que fonctionner de manière instinctive, en se basant uniquement sur un savoir empirique, imprécis au sujet des modèles relationnels, risquait de les desservir.

Les nouvelles compétences ont parfois permis aux participants de s'adapter au modèle attendu par le patient, et également de changer ce modèle en cours de consultation si nécessaire.

En effet, les attentes du patient concernant le modèle relationnel attendu peuvent changer entre chaque consultation, mais elles peuvent aussi évoluer au sein d'une seule et même consultation. (2)

Ces nouvelles compétences sont par conséquent plus adaptées qu'un questionnaire qui ne prendrait en compte les attentes d'un patient qu'à un instant « t ».

Il y a donc un intérêt à réviser la formation actuelle pour intégrer l'apprentissage de ces compétences.

Les participants ont également souligné l'importance des compétences communicationnelles lors des entretiens.

Benbassat et al. affirment que « *la capacité de communiquer des informations liées à la santé et de déterminer le désir des patients de participer aux décisions médicales doit être considérée comme une compétence clinique de base.* » (10)

L'utilisation consciente des modèles de relation médecin-patient est intimement liée avec les techniques de communication. On ne peut donc pas enseigner les modèles de relation médecin-patient, sans enseigner en parallèle les techniques de communication.

L'acquisition des compétences en communication et l'utilisation des modèles de relation médecin-malade ne dépendent pas du niveau de compétence biomédicale. C'est pourquoi les enseignements de ces différents domaines doivent se faire en parallèle pour générer une intrication vertueuse.

Les MSU ont également abordé l'intérêt de former les médecins qui peuvent servir de « Modèle », et qui forment eux-mêmes les étudiants.

Pour aller plus loin, une formation à la relation médecin-patient devrait faire partie intégrante de la formation médicale continue. On reprend ici l'idée de la répétition pour que cette formation soit efficace.

D'autres leviers sont peut-être mobilisables pour former les professionnels de médecine générale en activité.

Nous avons vu que certains participants avaient participé à cette étude par empathie. Ainsi, nous pourrions éventuellement utiliser ce levier pour inciter les professionnels de santé à se former aux modèles relationnels.

Au sein des valeurs qu'ils défendent, il y a l'empathie. Toutefois, afin de répondre correctement à ce désir d'empathie, il est nécessaire de maîtriser correctement l'utilisation consciente et adaptée des modèles relationnels. Cela permettrait aux médecins un meilleur accompagnement de leurs patients, basé sur le respect de leurs préférences.

CONCLUSION

En définitive, la méthode de formation que nous proposons au sujet des modèles relationnels entre médecins et patients est appréciée et efficace.

Par le biais d'une séance de formation théorique, la remise d'un outil dédié, des séances de jeux de rôles en effectif réduit et leurs analyses par le groupe, les participants ont acquis des compétences nouvelles dans la relation médecin-patient.

A l'issue de cette formation les participants estiment effectuer un travail de meilleure qualité.

Cette formation correspond à un réel besoin, qui concerne autant les étudiants en formation que les professionnels de santé en activité.

Les maitres de stages des universités interrogés soutiennent d'ailleurs cette idée, et estiment qu'ils devraient être capables d'aborder ce genre de problématique correctement avec les étudiants en formation à leurs côtés.

Cette formation reste perfectible principalement par son manque de répétition, nous le savons par l'intermédiaire du retour d'expérience des participants. Il serait ainsi utile voire nécessaire pour assurer une rétention durable des nouvelles connaissances que cette formation soit répétée durant le cursus.

Il serait judicieux de l'intégrer en fin de 2e cycle ou en début de 3e cycle, conjointement aux enseignements qui abordent la communication. Cela permettrait aux étudiants d'appliquer et de développer leurs nouvelles compétences sur le terrain durant le N1, et rendrait ainsi l'enseignement plus concret.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Making Health Care Decisions: A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient- Practitioner Relationship, Volume One: Report. October 1982. 210 P.
2. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* sept 1999;49(5):651-61.
3. Parsons T. *The social system.* New ed. London: Routledge; 1991. 575 p. (Routledge sociology classics).
4. Coulter A. Partnerships with Patients: The Pros and Cons of Shared Clinical Decision-Making. *J Health Serv Res Policy.* avr 1997;2(2):112-21.
5. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA.* 1992;267(16):2221-2226.
6. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns.* mars 2006;60(3):301-12.
7. Haute Autorité de santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée » 2013;76.
8. Murray E, Pollack L, White M, Lo B. Clinical decision-making: Patients' preferences and experiences. *Patient Educ Couns.* févr 2007;65(2):189-96.
9. Moreau A, Carol L. Comment les patients se positionnent-ils par rapport à la décision médicale partagée ? *Exercer* 2009;85(supp1):52S-3S.
10. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' Preferences for Participation in Clinical Decision Making: A Review of Published Surveys. *Behav Med.* 1998;24(2):81-8.
11. Murray E, Pollack L, White M, Lo B. Clinical decision-making: physicians' preferences and experiences. *BMC Fam Pract.* 15 mars 2007;8:10.
12. Vallot S, Yana J, Moscova L, Fabre J, Brossier S, Aubin-Auger I, et al. Décision médicale partagée I Soins. 2019;15.
13. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not All Patients Want to Participate in Decision Making. *J Gen Intern Med.* juin 2005;20(6):531-5.
14. Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions. *Patient Educ Couns.* juin 2006;61(3):319-41.

15. Clayman ML, Makoul G, Harper MM, Koby DG, Williams AR. Development of a Shared Decision Making coding system for analysis of patient-healthcare provider encounters. *Patient Educ Couns.* sept 2012;88(3):367-72.
16. Peters RM. Matching physician practice style to patient informational issues and decision-making preferences. An approach to patient autonomy and medical paternalism issues in clinical practice. *Arch Fam Med.* 1 sept 1994;3(9):760-3.
17. SM Levy, RB Herberman, JK Lee, ME Lippman, and T d'Angelo. Breast conservation versus mastectomy: distress sequelae as a function of choice. *Journal of Clinical Oncology* 1989 7:3, 367-375
18. Hack TF, Degner LF, Dyck DG. Relationship between preferences for decisional control and illness information among women with breast cancer: A quantitative and qualitative analysis. *Soc Sci Med.* juill 1994;39(2):279-89.
19. Lisa R. The Paternalism Preference — Choosing Unshared Decision Making. *N Engl J Med.* 2015;4.
20. Cuenot S, Cochand P, Lanares J, Feihl F, Bonvin R, Guex P, et al. L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade :résultats d'une évaluation préliminaire. *Pédagogie Médicale.* nov 2005;6(4):216-24.
21. Louis DB. Le jeu de rôle dans l'apprentissage de la relation médecin-malade aux étudiants en médecine. À propos d'une expérience de 2 ans. 2009.
22. Restivo L, Julian-Reynier C, Apostolidis T. Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Prat Psychol.* déc 2018;24(4):427-49.
23. Patin B. Le jeu de rôles : pratique de formation pour un public d'adultes. *Cah Int Psychol Soc.* 2005;Numéro 67-68(3):163.
24. Girard G, Clavet D, Boulé R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie Médicale.* Août 2005;6(3):178-85.
25. Schleck L. La formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale : une expérience nancéienne utilisant la simulation. Université de Lorraine ; 2016.
26. Mangin D, Stephen G, Bismah V, Risdon C. Making patient values visible in healthcare: a systematic review of tools to assess patient treatment priorities and preferences in the context of multimorbidity. *BMJ Open.* juin 2016;6(6):e010903.
27. Sonntag U, Wiesner J, Fahrenkrog S, Renneberg B, Braun V, Heintze C. Motivational interviewing and shared decision making in primary care. *Patient Educ Couns.* avr 2012;87(1):62-6.
28. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, Rapport F, Wensing M, Cheung W-Y, et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect.* mars 2005;8(1):34-42.

29. Schattner A. What do patients really want to know? *QJM Int J Med.* 1 mars 2002;95(3):135-6.
30. Reynolds J, Croft S. Applying the preferred priorities for care document in practice. *Nurs Stand.* 2011;25(36):35-42.
31. Krantz DS, Baum A. Assessment of Preferences for Self-Treatment and Information in Health Care. :14.
32. Jerofke-Owen T, Garnier-Villarreal M. Analysis of the Patient Preference for Engagement Tool. *Nurs Outlook.* janv 2019;67(1):115.
33. PAPRSB Institute of Health Sciences, Universiti Brunei Darussalam, Jalan Tungku Link Gadong BE1410, Brunei Darussalam, Zolkefli Y. Evaluating the Concept of Choice in Healthcare. *Malays J Med Sci.* 29 déc 2017;24(6):92-6.
34. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine.* 8th .
35. Code de la santé publique. Article R.4127-35 du code de la santé publique. Mai 2012
36. Code de la santé publique. Article L1111-2 du code la santé publique.
37. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
38. Hope T, Savulescu J, Hendrick J. *Medical ethics and law: the core curriculum.* 2nd ed. London, UK: Churchill Livingstone;2008
39. Hermann Ebbinghaus, *La Mémoire : Recherches de psychologie expérimentale.* L'Harmattan, 2011.

ANNEXES

Annexe 01 : Thématiques des différentes mises en situations

Situation n°1 : *Prise en soins d'une patiente dépressive refusant initialement l'introduction d'un traitement de fond, dont l'état clinique se dégrade progressivement.*

Situation n°2 : *Consultation d'une adolescente de 16 ans souhaitant obtenir des informations au sujet des MST et abord de la question du secret médical. Enchaînement sur une problématique de cyber harcèlement.*

Situation n°3 : *Consultation d'annonce de découverte d'une lésion cancéreuse. Attitude du médecin face aux différentes réactions du patient (mutisme, projection agressive).*

Situation n°4 : *Prise en soins d'un patient bénéficiant d'une HAD à visée palliative. Attitude face à un entourage familial qui exige une antalgie efficace sans sédation associée. Abord de la question des directives anticipées.*

Situation n°5 : *Consultation d'une jeune femme désirant arrêter une contraception mécanique au bénéfice d'une contraception médicamenteuse. Adaptation du choix en fonction de problématiques multiples (professionnelles, médicales, fausses croyances).*

Situation n°6 : *Gestion du patient expert de sa pathologie, incapable par la suite d'investir une nouvelle problématique qui concerne sa santé.*

Annexe 02 : Tableau de répartition des rôles.

	jeu de role 1	jeu de role 2	jeu de role 3	jeu de role 4	jeu de role 5	jeu de role 6
participant 1	patient	médecin	neutralité	points positifs	points négatifs	voie alternative
participant 2	voie alternative	patient	médecin	neutralité	points positifs	points négatifs
participant 3	points négatifs	voie alternative	patient	médecin	neutralité	points positifs
participant 4	points positifs	points négatifs	voie alternative	patient	médecin	neutralité
participant 5	neutralité	points positifs	points négatifs	voie alternative	patient	médecin
participant 6	médecin	neutralité	points positifs	points négatifs	voie alternative	patient

Annexe 03 : Guide d'entretien pour les participants

CONNAISSANCES DU SUJET

OBJECTIF

Identifier les connaissances des différents modèles de relation médecin-patient avant la formation.

QUESTION

- **Que saviez-vous des modèles de relation médecin-patient ?**
- **Qu'est-ce qui vous a poussé à participer à cette formation ?**

THEMES DE RELANCE

- Difficultés personnelles déjà identifiées
- Formation antérieure insuffisante
- Désir de formation
- Sensibilité au sujet

FORMATION

OBJECTIF

Évaluation de la qualité de la formation / ressenti.

QUESTION

- **Quel est votre avis concernant le format utilisé pour cette formation, c'est-à-dire formation théorique puis mise en pratique avec 2 soirées de jeux de rôles ?**
- **Que pensez-vous du support pédagogique utilisé ?**

THEMES DE RELANCE

- But de la formation clairement identifié par l'étudiant (contrairement à l'enseignement réalisé à la fac)
- PDF suffisamment clair ?
- Trop court, trop long, difficile en terme d'organisation
- Nombre de participants
- Utilisation de plus d'exemples de situations concrètes durant la formation théorique.
- Expérience au cabinet insuffisante (N1)

APPRENTISSAGE

OBJECTIF

Evaluer ce qui a été retenu de cette formation.

QUESTION

- **Qu'avez-vous compris / retenu de la formation concernant les modèles relationnels entre médecins et patients.**

THEMES DE RELANCE

- Relecture du PDF mis à disposition nécessaire / utile.
- Notions importantes retenues (préférences du patient, flexibilité/adaptabilité du médecin, évolutivité des modèles durant une même consultation, conséquences liées au fait d'imposer un modèle au patient, utilisation des nouvelles connaissances comme d'un outil).

MISE EN APPLICATION

OBJECTIF

Savoir si les participants ont su mettre en place le modèle de relation médecin-patient voulu dans les différents temps de consultation ; si oui comment y sont-ils parvenu ?

QUESTION

- **Avez-vous réussi durant vos consultations à identifier les moments dans lesquels vous auriez voulu appliquer un modèle ou un autre ?**
- **Cela vous a-t-il fait réfléchir sur la quantité d'informations que vous délivrez au patient (information adéquate).**

THEMES DE RELANCE

- Appréhension de l'utilisation de certains modèles, par préférence personnelle, ou au début pas très à l'aise avec le modèle paternaliste par manque d'expérience.
- Les patients sont-ils habitués/conditionnés par la pratique du médecin chez qui vous travaillez ?

- Nécessité d'être suffisamment efficace/à l'aise avec le versant clinique avant d'investir d'avantage l'aspect relationnel.

EXPERIENCE DE LA CONSULTATION

OBJECTIF

Savoir si le vécu des consultations est différent depuis la formation.

QUESTION

- **Concernant la mise en place vos connaissances durant la consultation, cela a-t-il été possible, ou cela n'a-t-il pas été possible ?**
- **Si cela a été possible, quelles sont les modifications que cela a induit ?**
- **Si ça n'a pas été possible, quelles en sont les raisons ?**
- **Vous êtes-vous senti à l'aise en utilisant chacun des différents modèles en conscience ?**
- **Avez-vous réussi à changer de modèle relationnel en cours de consultation si nécessaire ? étiez-vous à l'aise ?**
- **Avez-vous l'impression d'accorder plus d'importances aux préférences du patient concernant la prise en charge désirée suite à cette formation ?**

THEMES DE RELANCE

- Maque de temps
- Certains moments de la journée plus propice
- Nécessité de connaître un peu mieux le patient
- Modification de la répartition des différentes étapes de la consultation (plus de temps pour l'interrogatoire ?)
- Modification de la communication verbale/non verbale.

MODIFICATIONS

OBJECTIF

Quelles modifications auraient pu être apportées à la formation pour qu'elle soit encore plus efficace.

QUESTION

- **Quelles sont les modifications que vous auriez apporté à cette formation, concernant l'organisation, le contenu, les supports ?**

THEMES DE RELANCE

- Plus de séances
- En début de journée plutôt qu'en fin de journée
- Plus de diversité concernant les jeux de rôles
- Plus de disponibilité de la part du formateur
- Utilisation de vrais acteurs

Annexe 04 : Guide d'entretien pour les MSU

CONNAISSANCES DU SUJET

OBJECTIF

Identifier les connaissances des différents modèles de relation médecin-patient.

QUESTION

- **Que savez-vous des modèles de relation médecin-patient ?**
- **Avez-vous déjà participé à des formations sur le sujet ou dans le domaine de la psychologie médicale ?**
- **Vos internes vous ont-ils dit qu'ils participaient à cette formation, et si oui que vous ont-ils dit ?**

THEMES DE RELANCE

- Difficultés personnelles déjà identifiées
- Formation antérieure insuffisante
- Désir de formation

⇒ ***Rappel bref au MSU des différents modèles si nécessaire / ainsi qu'une explication de la formation effectuée.***

MISE EN APPLICATION

OBJECTIF

Identification de la mise en application des différents modèles par l'interne.

QUESTION

- **Aviez-vous repéré auparavant des difficultés de votre étudiant avec certains profils de patients ?**
- **Avez-vous l'impression d'avoir été davantage interrogé sur l'aspect relationnel durant les débriefings ?**
- **Avez-vous réussi à identifier l'utilisation consciente par l'interne des différents modèles ?**

- **Pensez-vous que votre N1 soit principalement focalisé sur l'aspect purement biomédical pour le moment ?**

THEMES DE RELANCE

- Tendance personnelle du MSU à utiliser un même modèle, et donc patientèle habituée.
- Difficultés à accorder plus d'importance à l'aspect relationnel pour un N1 (focalisé sur la clinique)

EXPERIENCE DE LA CONSULTATION

OBJECTIF

Savoir si l'interne en consultation est meilleur.

QUESTION

- **Avez-vous l'impression que la mise en place des nouvelles connaissances acquises par votre N1 ait amélioré certaines de ses compétences ? Si oui, lesquelles ? (Meilleur, plus efficace, plus rapide, plus pertinent, amélioration de la communication)**
- **Est-il capable de s'adapter plus facilement aux différents modèles désirés ? (Initialement étudiant plutôt informatif en début d'exercice ?).**
- **Avez-vous l'impression qu'il accorde plus d'importances aux préférences du patient concernant le modèle décisionnel désiré ?**

THEMES DE RELANCE

- Manque de temps
- Manque d'expérience
- Nécessité de mieux connaître le patient
- Modification de la répartition des différentes étapes de la consultation
- Modification de la communication verbale/non verbale.

MODIFICATIONS

OBJECTIF

Evaluer le besoin concernant d'avantage de formation au sujet des MRMP.

QUESTION

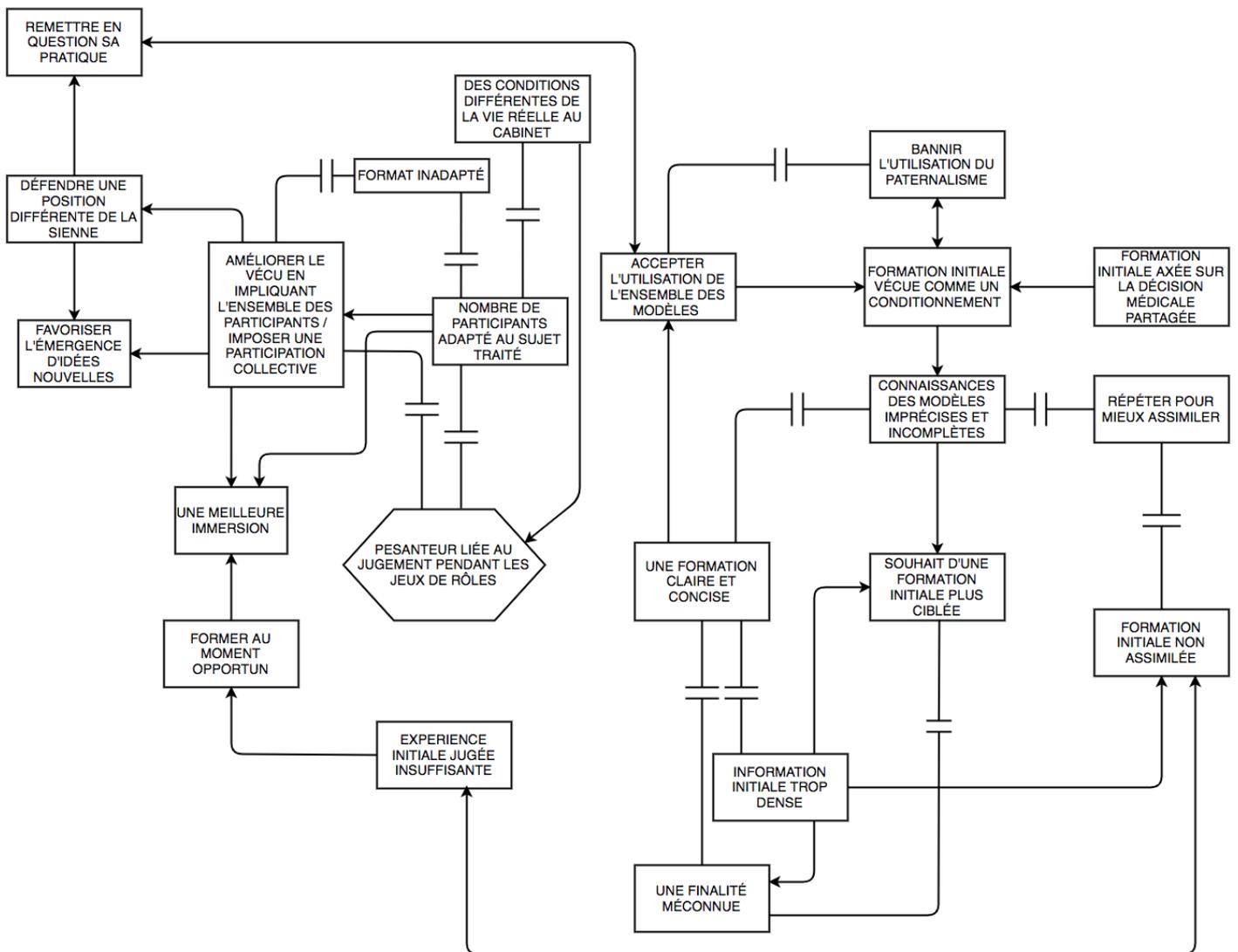
- **Que pensez-vous de la formation actuelle des étudiants concernant la psychologie médicale (modèles relationnels, stratégies de communications...)**

- **Pensez-vous qu'au-delà des étudiants en formation, il faille former d'avantage les médecins généralistes en activité et les médecins hospitaliers ?**

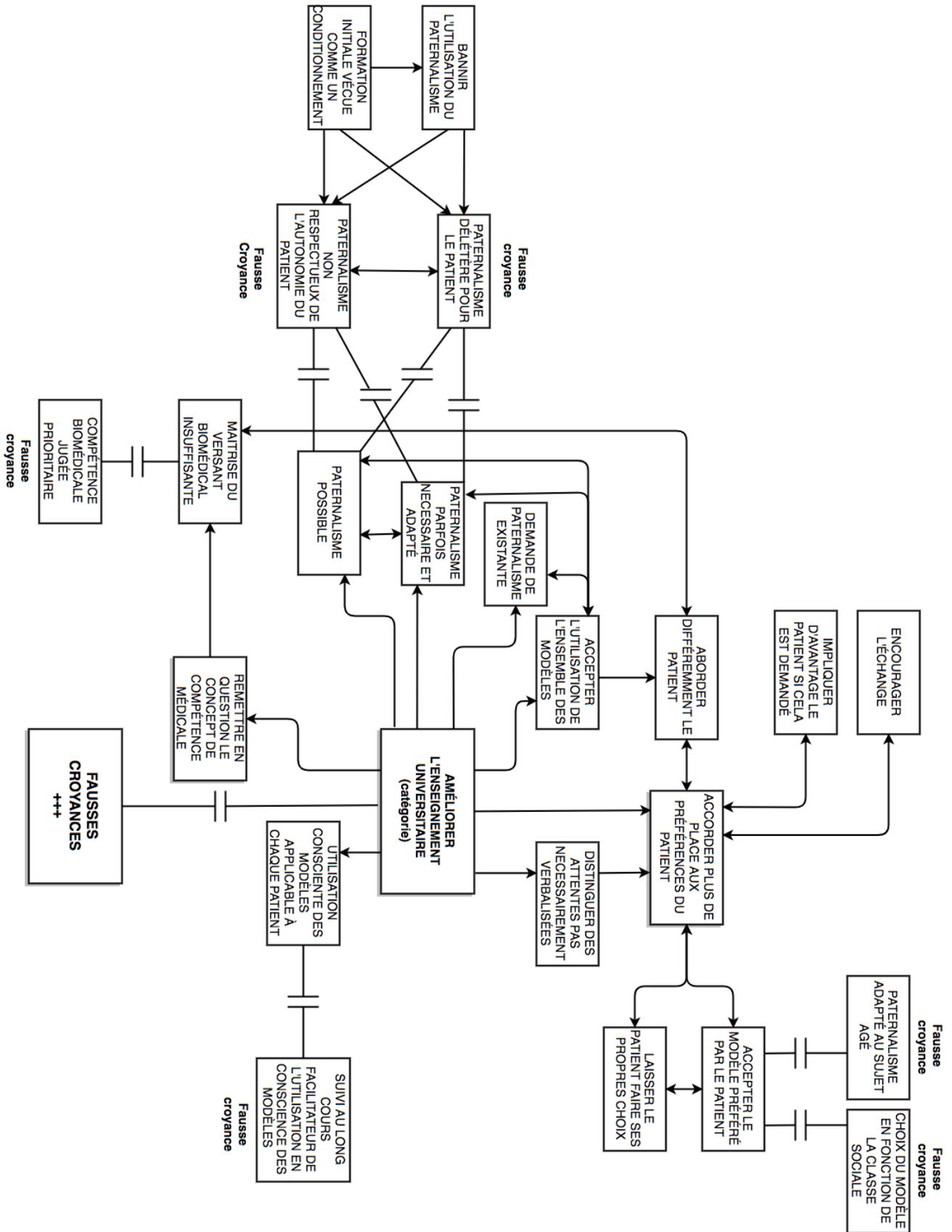
THEMES DE RELANCE

- Sensibilité au sujet
- Sensibilité du MSU à la FMC

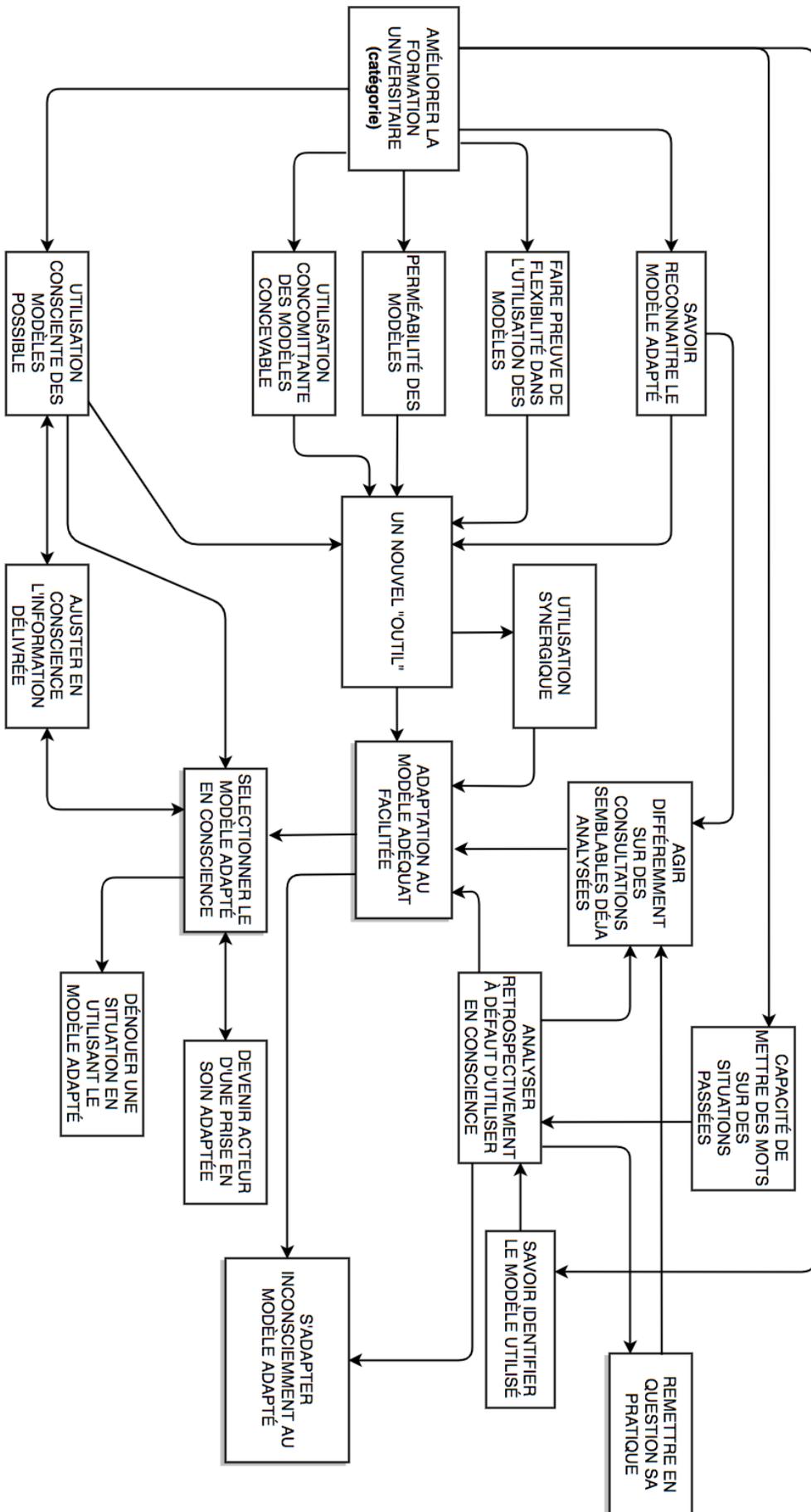
Annexe 05 : Schéma de codage N°1 : « Une formation initiale décevante »



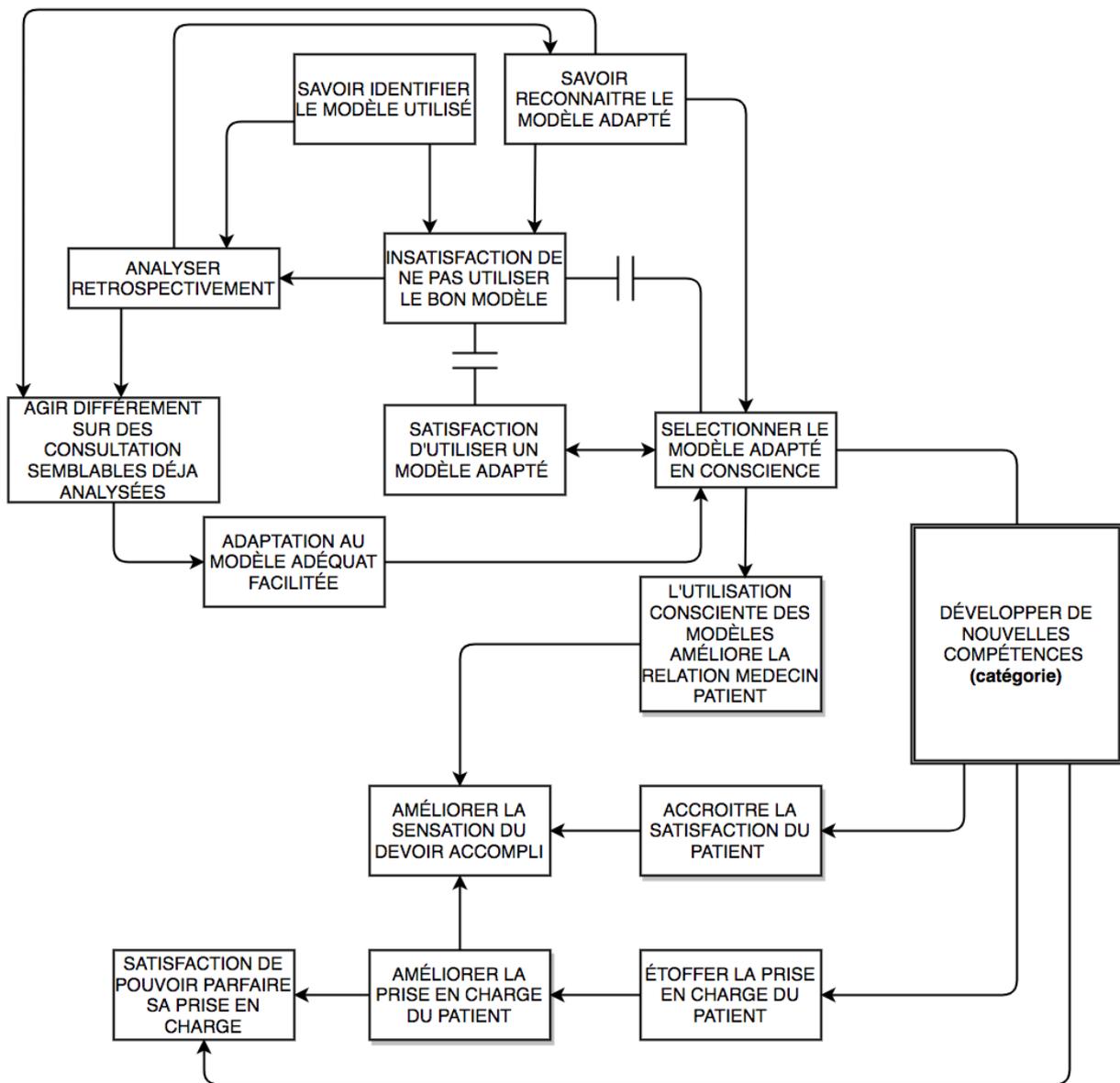
Annexe n°6 : Schéma de codage n°2 : « Battre en brèche les fausses croyances et élargir les perspectives »



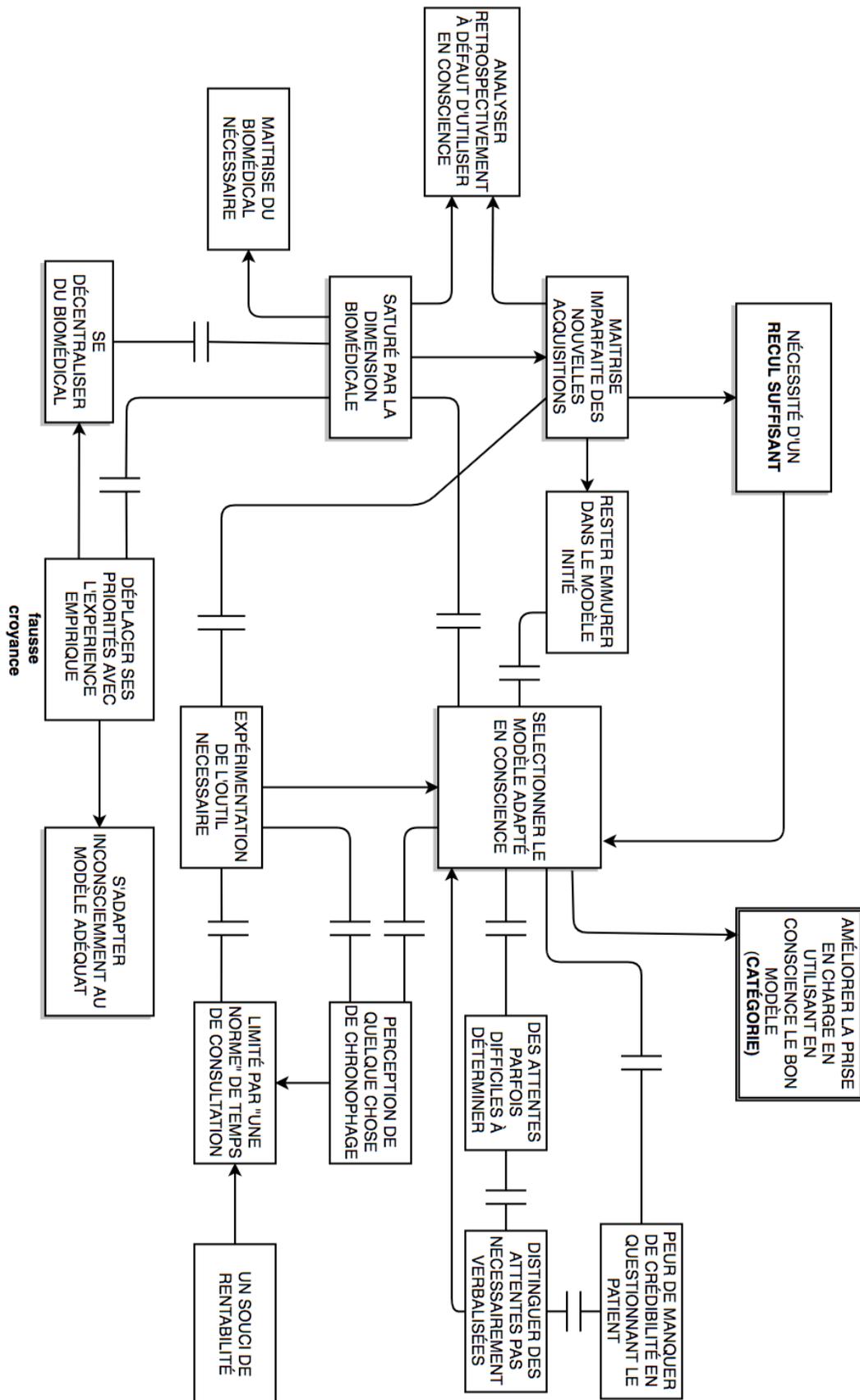
Annexe n°7 : Schéma de codage n°3 : « Apprendre à savoir utiliser le bon modèle »



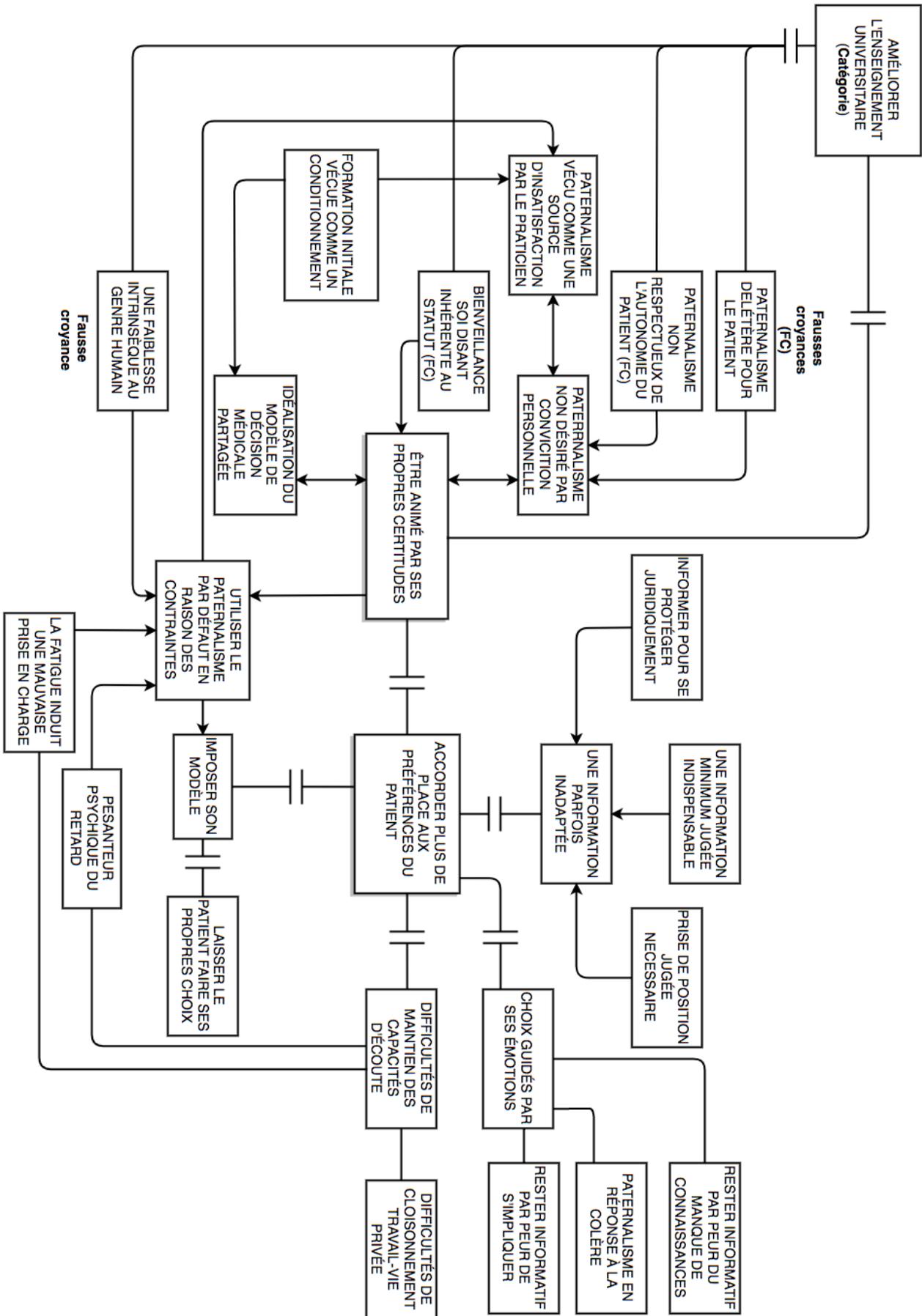
Annexe n°8 : Schéma de codage n°4 : « L'utilisation d'un modèle adapté améliore la prise en soins et accroît le sentiment du travail bien fait »



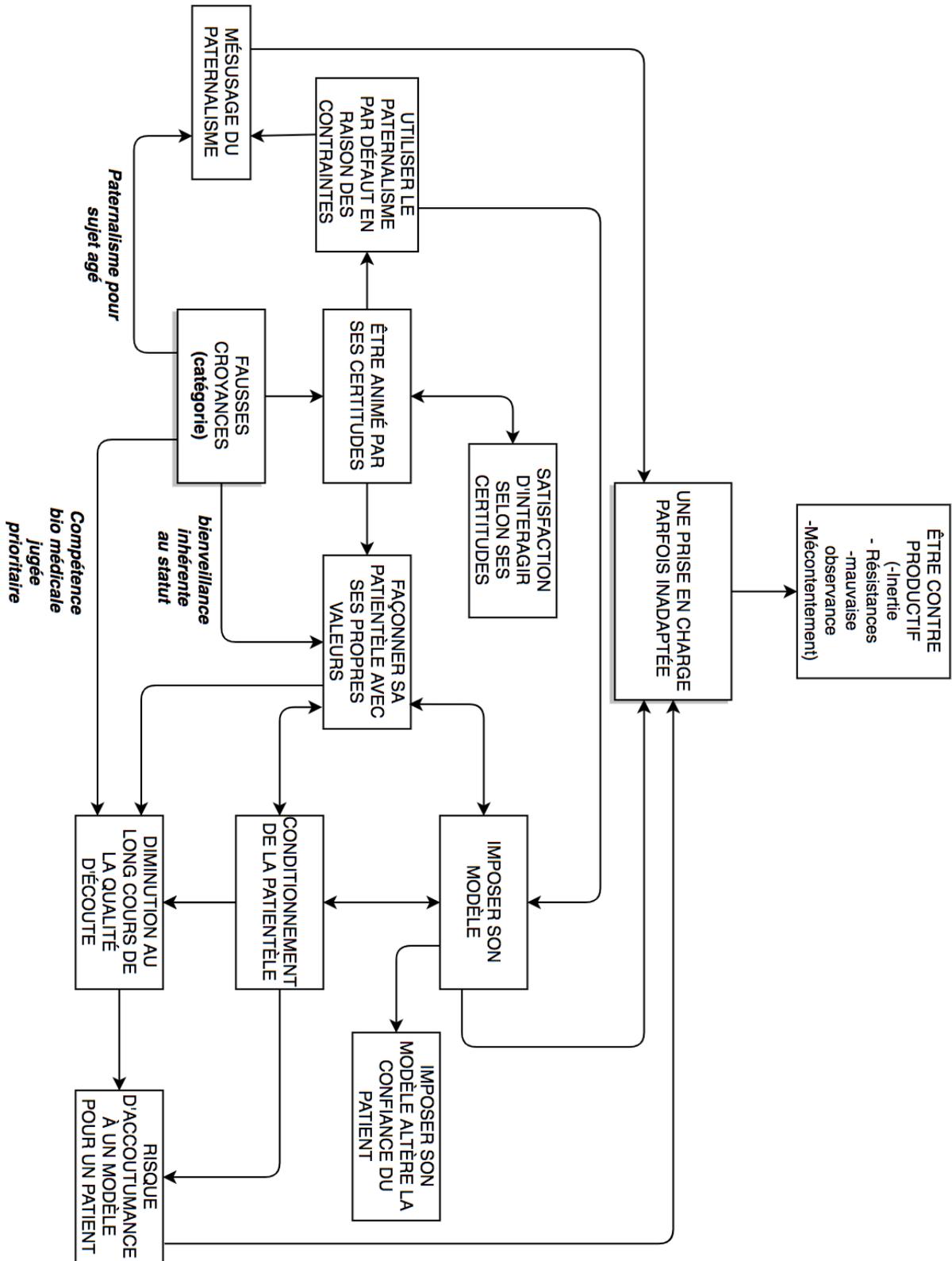
Annexe n°9 : Schéma de codage n°5 : « Apprendre à utiliser un modèle adapté présente certaines difficultés en soi »



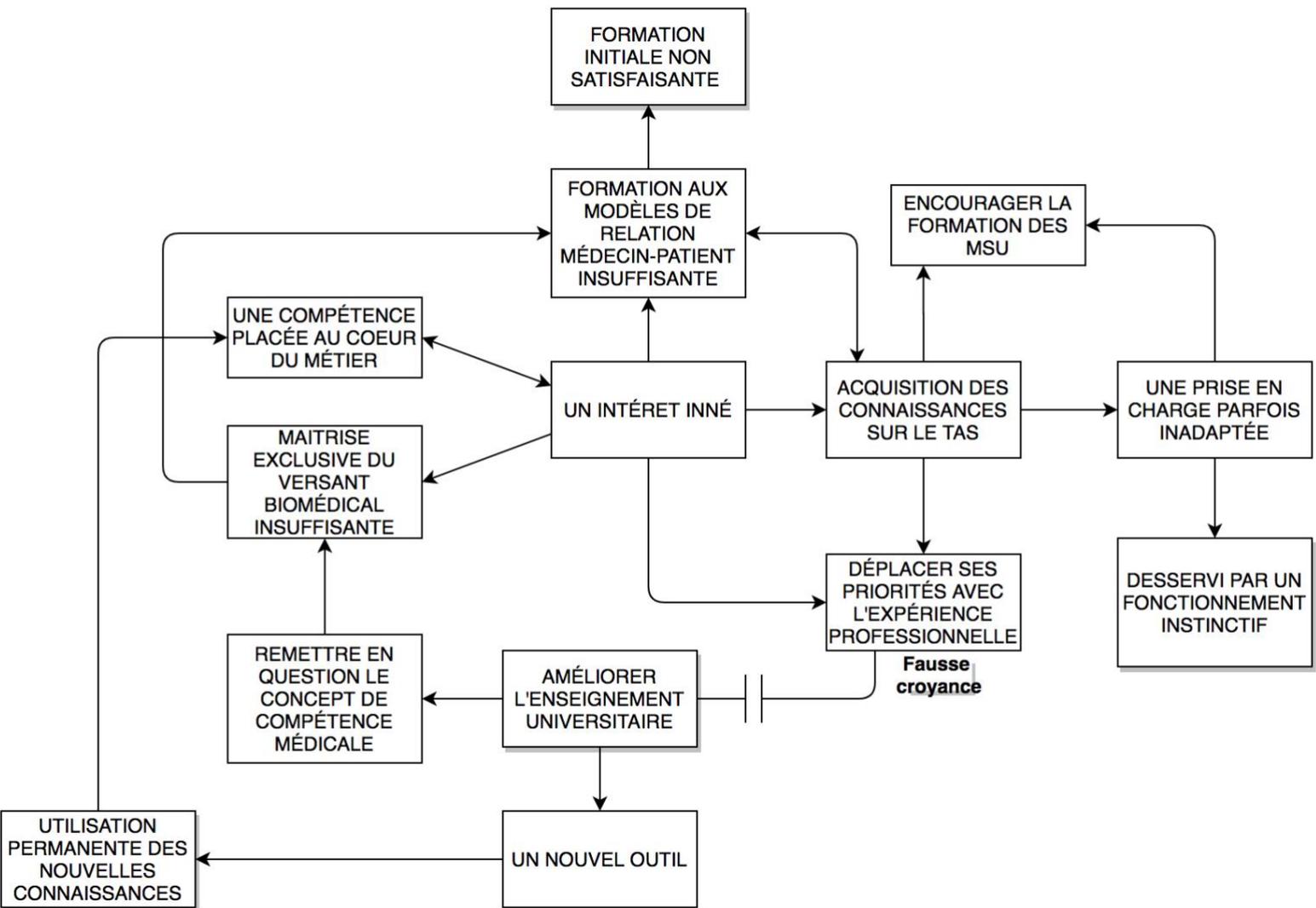
Annexe 10 : Schéma de codage n°6 : « L'utilisation d'un modèle adapté entravée par de multiples facteurs inhérents au médecin »



Annexe 11 : Schéma de codage n°7 : « Risquer d'être desservi par un fonctionnement instinctif »



Annexe 12 : Schéma de codage n°8 : « Une compétence essentielle qui doit nécessairement être enseignée »



Annexe 13 : Krantz Health Opinion Survey Scale

HEALTH OPINION SURVEY

The following questions ask for your opinions about different kinds of health care. For each statement below, decide whether you agree or disagree and circle the answer which best fits your opinion. Each person is different, so there are no "right" or "wrong" answers. Please try to circle an answer for each question, and don't leave any blank. Even if you find you don't completely agree or disagree with a statement, choose the one answer that comes closest to what you believe.

Your answers are confidential and will be used for research purposes only. Thank you for your assistance.

For each question, circle only one answer that comes CLOSEST to what you believe:

- | | | |
|--|-------|----------|
| 1. I usually don't ask the doctor or nurse many questions about what they're doing during a medical exam. | AGREE | DISAGREE |
| 2. Except for serious illness, it's generally better to take care of your <u>own</u> health than to seek professional help. | AGREE | DISAGREE |
| 3. I'd rather have doctors and nurses make the decisions about what's best than for them to give me a whole lot of choices. | AGREE | DISAGREE |
| 4. Instead of waiting for them to tell me, I usually ask the doctor or nurse immediately after an exam about my health. | AGREE | DISAGREE |
| 5. It is better to rely on the judgements of doctors (who are experts) than to rely on "common sense" in taking care of your own body. | AGREE | DISAGREE |
| 6. Clinics and hospitals are good places to go for help since <u>it's best for medical experts to take responsibility</u> for health-care. | AGREE | DISAGREE |
| 7. Learning how to cure some of your illness without contacting a physician is a good idea. | AGREE | DISAGREE |
| 8. I usually ask the doctor or nurse lots of questions about the procedures during a medical exam. | AGREE | DISAGREE |
| 9. It's almost always better to seek professional help than to try to treat yourself. | AGREE | DISAGREE |
| 10. It is better to trust the doctor or nurse in charge of a medical procedure than to question what they are doing. | AGREE | DISAGREE |
| 11. Learning how to cure some of your illness without contacting a physician may create more harm than good. | AGREE | DISAGREE |

AUTEUR : Nom : NARGUET

Prénom : Emmanuel

Date de soutenance : 02 juillet 2020

Titre de la thèse : L'utilisation consciente des différents modèles relationnels et de leur évolutivité améliore-t-elle la décision médicale conjointe ?

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine générale

Mots-clés : Relation médecin-patient, Modèles relationnels, Utilisation consciente, Médecine générale, Décision médicale partagée, Autonomie, Préférences du patient.

Résumé :

Introduction : Parmi les modèles de relation médecin-patient, la décision médicale partagée est aujourd'hui souvent considérée comme un idéal et le paternalisme ou le modèle informatif sont relegués au second plan. Les médecins ont une utilisation instinctive de ces modèles qui n'est pas toujours en adéquation avec la problématique. Passer d'un abord intuitif à une utilisation en conscience des différents modèles améliore-t-il la prise en soins ?

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une formation spécifique de huit participants, internes en médecine générale ou médecins généralistes en exercice. Nous avons évalué notre formation par une analyse phénoménologique interprétative des entretiens semi-dirigés avec chaque participant.

Résultats : L'enseignement initial semble avoir été vécu comme un conditionnement à la décision médicale partagée. Cela a pu renforcer ou faire naître de fausses croyances au sujet des modèles relationnels. Toutefois, la nouvelle formation a permis de faire régresser certaines certitudes. Les participants ont appris à quitter leur choix empirique de modèle de relation guidé par leurs préférences, pour utiliser en conscience un modèle adapté aux préférences du patient. Ils se sont ainsi autorisés l'utilisation de l'ensemble des modèles relationnels. Les participants avaient le sentiment d'améliorer leur prise en soins du patient, sa satisfaction ainsi que leur propre plaisir d'un travail « bien fait ».

Conclusion : La formation ciblée sur les modèles relationnels correspond à un réel besoin. Elle permet notamment au médecin d'axer sa prise en soins, en conscience, sur les préférences du patient. Elle est intimement liée aux enseignements qui concernent la communication. Il semble nécessaire que cette formation soit répétée à plusieurs reprises durant le cursus des études médicales.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Asseseurs : Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Madame le Docteur BAYEN Sabine

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur SERRON Guillaume