

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Exercer la Médecine Générale : influence des violences vécues par les
jeunes médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le 18 novembre 2021 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Julie BOIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Vadim MESLI

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Orphyre FOSTIER

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

- **COREQ**: COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
- **CRD2M** : Commission de Recherche des Départements de Médecine générale et de Maïeutique
- **DIU** : Diplôme Inter Universitaire
- **GEF** : Groupe d'Échange Facultaire
- **GEP** : Groupe d'Échange de Pratiques
- **ISNI** : InterSyndicale Nationale des Internes
- **MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- **MSU** : Maître de Stage Universitaire
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **ONVS** : Observatoire national des violences en santé
- **OSM** : Observatoire de la Sécurité des Médecins
- **SASPAS** : Stage ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- **SN1** : Stage ambulatoire de premier Niveau

TABLE DES MATIERES

Table des matières	3
I. RESUME	5
II. INTRODUCTION	6
A. Comment définir la violence ?	6
B. Augmentation de la prévalence des violences envers les médecins.	6
C. Modification de la relation médecin-patient.	7
D. Les jeunes médecins et les violences.	8
E. Question de recherche	9
F. Objectifs	9
1. Objectif principal	9
2. Objectif secondaire	10
III. MATERIELS ET METHODES	11
A. Type de recherche	11
B. Population étudiée	11
C. Recueil des données	12
D. Analyse des données	13
E. Aspects éthiques et réglementaires	13
F. Critères de validité scientifique	14
G. Recherche bibliographique	14
IV. RESULTATS	15
A. Caractéristiques de l'échantillon	15
B. Solutions apportées face aux différents types de violences subies.	16
1. Atteinte des biens.	16
2. Violences physiques.	17
3. Violences psychologiques.....	17
4. Violences verbales.....	20
5. Violences dématérialisées.....	24
C. Facteurs influençant les violences subies	24
1. Facteurs liés au médecin et à son mode d'exercice	24
2. Facteurs liés au patient et à son environnement.....	27
3. Facteurs liés au dysfonctionnement de la relation médecin-patient.....	29
D. Conséquences	31
1. Conséquences sur les modalités d'exercice des jeunes médecins.....	32
2. Conséquences sur les médecins eux-mêmes	35
V. DISCUSSION	38
A. La méthode	38
1. Choix du type d'étude	38
2. Population étudiée	38
3. Recueil des données.....	39
4. Analyse des données	39

B.	Les résultats	40
1.	Proposition d'un modèle explicatif	40
2.	Les conséquences des violences subies sur l'exercice des jeunes médecins	41
3.	Les solutions mises en place face aux violences subies	45
4.	Perspectives	49
VI.	CONCLUSION	50
VII.	BIBLIOGRAPHIE	51
VIII.	ANNEXES	53
A.	ANNEXE A : Guide d'entretien initial.	53
B.	ANNEXE B : Guide d'entretien modifié.	53
C.	ANNEXE C : Grille COREQ.....	54
D.	ANNEXE D : Schéma explicatif, modélisation des résultats.	56
E.	ANNEXE E : Exemple d'un entretien (MG11).....	57

I. RESUME

Contexte : Le taux de « victimisation » des médecins généralistes augmente. Le niveau d'exigence croissant des patients et la consommation du soin comme d'un service modifient la relation médecin-malade. Cette modification, associée à la judiciarisation de la médecine, favorisent l'émergence des violences envers les médecins. Les jeunes praticiens sont particulièrement touchés par ce phénomène, avec des conséquences sur leur mode d'exercice.

Objectif : Analyser les conséquences des violences subies par les jeunes médecins sur les modalités de leur exercice futur.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Douze entretiens semi-dirigés de jeunes médecins du Nord et du Pas-de-Calais ont été réalisés, selon un guide d'entretien évolutif. Les retranscriptions ont été analysées par codage des verbatims à l'aide du logiciel NVivo12©. Une triangulation des données a été réalisée.

Résultats : Les violences modifient l'exercice des jeunes praticiens. Ils privilégient désormais la collaboration. L'exercice rural, plus largement plébiscité, n'est pas plus protecteur qu'en ville. Une relation de soins plus humaine et empathique plutôt qu'un « choix » de patientèle est une manière de se prémunir des conflits. Des méthodes de sécurisation du cabinet existent. Les praticiens signalent peu les violences à l'Ordre des médecins mais se protègent par des méthodes de communication élaborées sur le terrain, en cédant ou refusant certaines demandes.

Conclusion : Les violences sont une explication partielle à la modification des modalités d'installation des jeunes médecins. Les groupes d'échange et le suivi médical des praticiens permettent de libérer la parole et représentent un enjeu essentiel pour la pratique future.

II. INTRODUCTION

A. Comment définir la violence ?

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la violence renvoie à « *la menace ou utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations* » (1).

Il existe différents types de violence (2) :

- La violence *physique* qui désigne un comportement de force, hostile ou agressif, qui peut blesser.
- La violence *non physique* qui recouvre tout acte ennuyeux ou non plaisant par des mots, l'attitude, ou des actions.
- Le *harcèlement* qui est un comportement caractérisé par des requêtes insistantes ou des sollicitations par tout moyen qui peuvent être embarrassantes, inquiéter ou faire peur.

L'Observatoire national des violences en santé (ONVS) ajoute que la perception de la violence est *subjective*. Elle varie selon les référentiels propres (communautaire, familial et culturel) de la victime, de l'agresseur ou de l'observateur (3).

B. Augmentation de la prévalence des violences envers les médecins.

L'enquête Sumer 2010 (4) place la médecine libérale en troisième catégorie des métiers les plus exposés à des comportements hostiles ou à des agressions verbales.

Depuis 2003, l'Observatoire de la Sécurité des Médecins (OSM) note une tendance à la hausse du taux de « victimisation » des médecins généralistes. En 2020, la région Hauts-de-France était la plus touchée et la médecine générale la spécialité la plus atteinte. Le nombre de femmes victimes était légèrement supérieur aux hommes (53%). Les agressions verbales et menaces constituaient les incidents les plus déclarés. Les motifs de violence les plus fréquents regroupaient : un reproche relatif à une prise en charge (34%) ou encore un refus de prescription (16%) (5).

Paradoxalement, si les déclarations d'incidents à l'OSM augmentent, elles ne sont généralement pas suivies de la dépose d'une plainte ou d'une main courante (5).

C. Modification de la relation médecin-patient.

La loi du 4 Mars 2002 (6) et la modification du Parcours de Soins (7) ont fait évoluer la relation médecin-malade : le patient devient de plus en plus autonome dans ses choix de santé.

Comme le déplorent P. Batifoulier et J-P Domin dans la « Revue française de Socio-économie », cette évolution conduit à l'émergence d'un patient « consommateur de soins ». Par sa liberté de choix, il utilise la médecine comme un service et le médecin devient un prestataire disposant d'un savoir utile (8).

Interrogés sur leurs conditions d'exercice en 2010, des médecins généralistes constataient une augmentation du niveau d'exigence des patients. Celui-ci s'observe dans la multiplication des motifs de consultation, parfois jugés « inutiles » et non urgents, ou encore devant des demandes de prescriptions injustifiées (9). Plus acerbes, d'autres praticiens jugent les

patients « *intolérants à la frustration* » : ils n'admettent pas la contrariété, recherchent une satisfaction immédiate dans la consultation, sous prétexte qu'ils y ont droit (3).

Par ailleurs, on assiste à une judiciarisation plus marquée de la médecine libérale. Le nombre de réclamations émanant des usagers du système de soins a pratiquement doublé en une décennie. De même, le nombre de contentieux a été multiplié par cinq entre 1990 et 2002 (10).

Ce contexte favorise l'émergence de tensions dans la relation médecin-patient, sources des violences.

D. Les jeunes médecins et les violences.

Les jeunes médecins, étudiants du troisième cycle ou remplaçants, ne sont pas épargnés par les violences en santé. L'actualité récente en est témoin. En 2017, le Docteur Claire Maire remplace dans un cabinet de Dunkerque. Elle est giflée par un patient mécontent de ne pas être reçu par son médecin habituel (11).

Plusieurs études menées à l'étranger montrent qu'un jeune médecin est significativement plus à risque d'être victime de violences (2)(12). D'ailleurs, depuis 2019, les étudiants en médecine ont aussi la possibilité de signaler à l'OSM les actes de violences dont sont victimes. En 2020, ils représentaient 1% des médecins ayant déclaré un incident (5).

L'ISNI, un syndicat des étudiants du troisième cycle de médecine générale ainsi que des thèses d'exercice ont mis en lumière l'exposition des jeunes médecins à ces violences et les conséquences sur leur santé (13).

Leurs témoignages, recueillis au cours d'une enquête portant sur leur santé, sont édifiants (14). Ils soulignent l'aspect essentiellement

psychologique des violences et regrettent parfois la tendance du corps médical à minimiser ces situations.

Une des conséquences de ces violences semble être la modification des projets de carrière et d'installation future. Interrogés par l'Ordre des Médecins, 75% des jeunes déclaraient vouloir s'installer en libéral. Cependant, seuls 12% se sont effectivement installés en 2018 (15). De plus, ils ont tendance à préférer un exercice mixte ou le salariat plutôt que l'installation libérale seule (16).

Si plusieurs travaux de thèse, à l'instar de celui du Dr F. Delgatte (17), ont étudié le vécu et les répercussions des violences sur les médecins généralistes installés, aucun n'a questionné les jeunes médecins des Hauts-de-France à ce sujet.

E. Question de recherche

Comment les violences subies par les jeunes médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais, au cours de leur pratique, influencent-elles leur exercice futur ?

F. Objectifs

1. Objectif principal

En partant de l'hypothèse que les violences subies influencent le mode d'exercice, ce travail aura pour objectif principal d'analyser les conséquences des violences subies par les jeunes médecins sur les modalités de leur exercice futur.

2. Objectif secondaire

Dans un second temps, ce travail tentera d'éclairer les solutions mises en place par les jeunes médecins pour s'adapter face aux violences.

III. MATERIELS ET METHODES

A. Type de recherche

Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a semblé la plus adaptée à ce type de sujet. En effet, des données non quantifiables comme le vécu individuel, les émotions, ou des expériences personnelles sont analysées. Le but de ce travail réside dans la construction d'un modèle explicatif à partir de l'analyse du phénomène social qu'est la violence envers les soignants (18).

B. Population étudiée

La population étudiée concerne les jeunes médecins volontaires :

- Les étudiants du troisième cycle de médecine générale, ayant déjà au moins réalisé un stage en soins primaires.
- Les médecins généralistes remplaçants ayant fini leur internat et non installés.

Le recrutement s'est effectué via téléphone ou courriel, par effet boule-de-neige à l'issue de l'entretien préliminaire. Le but était de constituer un échantillonnage homogène (19). Lorsque les jeunes médecins sollicités acceptaient de participer à l'étude, un rendez-vous était fixé pour un entretien.

Pour l'étude qualitative, le nombre de jeunes médecins nécessaire pour l'étude n'était pas établi à l'avance. Les entretiens se sont effectués jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire lorsque deux entretiens consécutifs n'apportaient plus aucune nouvelle donnée.

C. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés. Le choix d'entretiens individuels plutôt que collectifs se justifie par l'abord de sujets sensibles et intimes (20).

En contexte de pandémie à COVID-19, les entretiens se sont effectués physiquement ou en visio-conférence (avec activation du microphone et de la caméra), à l'aide du logiciel ZOOM©. Le choix a été laissé libre au participant. Ni le sujet ni le thème de l'étude n'ont été divulgués, garantissant un échange le plus spontané possible et sans réflexion préalable (18).

Les entretiens ont été réalisés par l'investigatrice. Un entretien préliminaire a permis de tester un premier guide d'entretien, élaboré à l'aide des données de la littérature. Les questions posées étaient ouvertes, permettant l'émergence d'idées nouvelles (21). Le canevas d'entretien a ensuite été modifié au fur et à mesure de l'étude, selon les données émergentes. (ANNEXES A et B).

Un tableau de concordance a été réalisé, après recueil des données sociodémographiques des participants, s'intéressant à :

- Leur âge et genre,
- Les stages effectués en soins primaires,
- Leur profil (étudiant du troisième cycle ou médecin remplaçant),
- Leur secteur d'activité,
- Le type d'entretien réalisé (visioconférence ou entretien physique) et sa durée.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits en intégralité par l'investigatrice, en préservant leur anonymat. Le logiciel de traitement de texte WORD© a été utilisé. Les données audios ont été détruites

à l'issue de la retranscription. Celle-ci a ensuite été soumise au participant par courriel pour accord. Cela a renforcé la validité interne de l'étude en s'assurant que les données écrites correspondaient bien aux idées du jeune médecin interrogé.

D. Analyse des données

L'investigatrice a réalisé l'analyse en regroupant les verbatims en unités de sens thématiques et expérientielles. L'étiquetage a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo 12©. Ce travail a également été effectué en parallèle par une autre investigatrice, étudiante du troisième cycle de médecine générale, réalisant elle aussi un travail de recherche qualitative. Les codes obtenus ont alors été mis en commun et confrontés sur deux tiers de l'ensemble des verbatims. Cette triangulation renforce la validité interne de l'étude (21).

E. Aspects éthiques et règlementaires

Une information éclairée orale et écrite sur les principes de l'étude et la garantie de l'anonymat, ainsi que le recueil d'un consentement écrit ont été réalisés à chaque entretien.

Les noms de chaque participant ont été remplacés par les initiales « MG » suivies d'un chiffre, correspondant à l'ordre dans lequel les interviewés étaient interrogés. Par exemple, « MG6 » était le sixième médecin généraliste interrogé. Les passages de verbatims susceptibles d'identifier le médecin interrogé n'ont pas été analysés.

Ce travail a reçu l'avis favorable de la Commission de Recherche des Départements de Médecine générale et de Maïeutique (CRD2M) de la Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille. S'agissant d'une étude dite « non-

RIPH », c'est-à-dire non interventionnelle et n'impliquant pas la personne humaine, l'avis d'un comité d'éthique n'a pas été retenu (22).

F. Critères de validité scientifique

La grille COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) a servi de support à la rédaction de l'étude (ANNEXE C).

G. Recherche bibliographique

- Les moteurs de recherche utilisés étaient : Pubmed, Google Scholar, Pepite, Sudoc ou encore le CAIRN.

- Les mots MESH étaient les suivants : [Violence]; [Médecine générale]; [Relation médecin-patient]; [Étudiant médecine].

IV. RESULTATS

A. Caractéristiques de l'échantillon

	Genre	Age	Stages en soins primaires effectués	Profil	Remplacements	Secteur d'activité	Type d'entretien	Durée (min)
MG0	Masculin	27	SN1	Interne	Non	Nord	Visioconférence	22,30
MG1	Féminin	26	SN1	Interne	Non	Nord et Pas-de-Calais	Visioconférence	36,52
MG2	Féminin	27	SN1 + SASPAS	Interne	Oui	Nord	Visioconférence	38,56
MG3	Féminin	27	SN1 + SASPAS	Interne	Oui	Nord et Pas-de-Calais	Visioconférence	47,37
MG4	Masculin	29	SN1 + SASPAS	Médecin remplaçant	Oui	Pas-de-Calais	Visioconférence	46,18
MG5	Masculin	25	SN1 + SASPAS	Interne	Non	Nord et Pas-de-Calais	Visioconférence	47,53
MG6	Féminin	28	SN1	Interne	Non	Nord et Pas-de-Calais	Visioconférence	36,06
MG7	Masculin	32	SN1 + SASPAS	Médecin remplaçant	Oui	Nord et Pas-de-Calais	Visioconférence	37,44
MG8	Féminin	27	SN1	Interne	Oui	Nord et Pas-de-Calais	Visioconférence	63,00
MG9	Féminin	31	SN1 + SASPAS	Médecin remplaçant	Oui	Nord	Visioconférence	33,08
MG10	Féminin	28	SN1 + SASPAS	Interne	Non	Nord et Pas-de-Calais	Visioconférence	59,28
MG11	Masculin	28	SN1 + SASPAS	Médecin remplaçant	Oui	Pas-de-Calais	Entretien physique	60,30

Tableau de concordance

Le recueil des données s'est échelonné de février à mai 2021. Sur les 18 personnes contactées par mail ou téléphone, 12 ont accepté de participer à l'étude.

Sur les 6 n'ayant pas réalisé l'entretien, 4 n'ont pas répondu et 2 ont refusé. Les motifs de refus étaient l'absence d'intérêt pour ce type d'exercice et le manque de temps.

Le premier entretien (MG0) a permis de tester le guide d'entretien initial. Le canevas d'entretien était modifié au fur et à mesure des entretiens (ANNEXES A et B). Douze entretiens ont été nécessaires pour atteindre la suffisance des données.

Le *tableau de concordance* ci-dessus illustre les caractéristiques de l'échantillon. Celui-ci est composé de 6 hommes et 6 femmes dont l'âge moyen était de 27,9 ans. Parmi eux figurent:

- 8 étudiants du troisième cycle,
- 4 médecins remplaçants.

Parmi les étudiants du troisième cycle, trois effectuent aussi des remplacements.

Les lieux d'exercice se concentrent sur les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

La plupart des entretiens s'est déroulée en visioconférence. Ils ont duré en moyenne 44 minutes. Tous les participants ont relu leur retranscription, deux y ont apporté des modifications. Le formulaire de consentement a systématiquement été signé.

B. Solutions apportées face aux différents types de violences subies.

1. Atteinte des biens.

Certains ont subi une atteinte des biens comme de la détérioration de matériel ou des vols.

MG4 : Je me suis fait voler un stéthoscope.

Les solutions mises en œuvre sont plutôt d'ordre préventif, comme la suppression des visites dans certains quartiers sensibles pour préserver leur outil de travail.

MG2 : A Tourcoing, j'ai demandé à ne pas faire de visites. Parce que ça craint trop, j'ai pas envie de subir des problèmes.

2. Violences physiques.

D'autres médecins ont subi des violences qualifiées de « physiques », en ce qu'elles portent atteinte à leur intégrité physique.

MG7 : C'est vrai que là c'était compliqué d'examiner un patient qui nous insultait, qui se débattait, voire qui crachait partout. Après c'est pas ... C'est pas grave hein ! J'ai pas été blessé moi-même. C'est pas facile de faire son métier dans ces conditions !

En conséquence, ils peuvent refuser de poursuivre la consultation ou de revoir le patient ultérieurement.

MG2 : Donc oui ça m'avait posé problème. J'avais fini par demander à la secrétaire de... quand c'était eux qui prenaient un rendez-vous de ne plus me mettre avec eux. Moi je ne savais plus quoi faire avec ces gens-là.

D'autres souhaitent porter une action en justice ou effectuer un signalement à l'Ordre des Médecins.

MG8 : Sauf si ça va vraiment trop loin. Si vraiment un jour il y a des coups ou des menaces, je sais pas écrites ou envers ma famille, là c'est clair que (...) j'irai voir les forces de l'ordre, la police, et je ferai un dépôt de plainte.

3. Violences psychologiques.

a) Différents types de violences psychologiques.

Les violences psychologiques vécues sont de plusieurs types.

- Elles peuvent venir de l’envahissement de la sphère professionnelle dans le cercle privé.

MG11 : Est-ce que cette intrusion, ce manque de vie privée, est-ce que c’est pas aussi une violence finalement ? C’est dans les facteurs de burnout, ou d’épuisement professionnel.

- Elles émanent parfois du sentiment de manipulation du médecin par les patients ou leurs accompagnants.

MG8 : Toute ma consultation (...) a été menée par la mère (...) qui avait une énorme souffrance psychologique parce qu’elle n’arrivait pas à raisonner sa fille (...). Et en fait, la mère criait énormément, la salle d’attente était à côté donc on entendait tout : tous les autres patients savaient tout ce qu’il se passait.

- La pression de prescription est considérée comme une violence imposée.

MG3 : La violence en médecine générale... je pense qu’elle est plus psychologique. Plus dans le sens où les gens vont beaucoup jouer sur l’affect et puis... sur la pression (...). Ils vont forcer et forcer et forcer et forcer, jusqu’à ce que peut-être certains en viennent à se dire « bah c’est tout j’arrive jamais à ne pas prescrire d’antibiotique, je vais leur en donner et puis c’est tout, comme ça je serai tranquille ».

- Ils ont été marqués personnellement par des situations difficiles qu'ils ont été amenés à rencontrer. Elles ont parfois fait parfois ressurgir des évènements de vie personnels marquants.

MG5 : C'est très subjectif la violence psychologique : y'a des gens qui vont te faire la même réflexion à toi et moi, on ne va pas le prendre de la même façon.

b) Les solutions proposées face aux violences psychologiques.

(1) Question du suivi médical.

Interrogés sur le recours aux soins à la suite de situations violentes, plusieurs jeunes médecins avouent ne pas avoir de suivi médical ou psychologique.

MG7 : Non moi j'en ai pas parlé, j'ai jamais fait de suivi psychologique (sourire) (...). J'en ai pas ressenti le besoin.

(2) Différentes formes de soutien.

(a) Soutien des membres du corps médical.

Ils possèdent tous un moyen d'échanger avec d'autres confrères, afin de partager ces moments difficiles.

- Les étudiants saluent l'aide des groupes d'échanges de pratiques (GEP) ou groupes d'échanges facultaires (GEF) dispensés à la faculté.

MG5 : Moi je trouve que la meilleure chose qui soit arrivée de notre internat c'est les groupes de GEF.

- Les médecins remplaçants évoquent leur appartenance à des groupes de pairs.

MG11 : J'ai des amis, on aime bien se poser des petites questions, pour échanger sur les prises en charge médicales.

- L'échange avec un étudiant du troisième cycle en tant que maître de stage permet le débriefing des situations vécues comme difficiles. Ne pas être seul dans ces situations est rassurant.

MG6 : Je pense qu'avoir un interne avec qui parler de tout ça ça peut être utile après.

(b) Soutien du cercle intime.

En dehors du cercle professionnel, nombreux médecins estiment pouvoir compter sur leurs proches pour obtenir le soutien moral cherché.

MG7 : J'en parle éventuellement autour de moi, dans ma famille, sans bien-sûr dire les noms, avec le secret médical.

(3) Autres moyens.

Afin de prendre du recul, certains ont produit un écrit sur une situation marquante.

MG1 : Moi j'ai fait un RSCA ! (rires) Ca m'a permis un peu de creuser, d'avoir plus d'assurance.

4. Violences verbales.

a) Exemples de violences verbales subies

Certains jeunes médecins ont subi des violences verbales de plusieurs types :

- Des insultes.

MG6 : Une maman qui m'avait insulté dans les couloirs

- Des menaces.

MG2 : Déjà il a commencé à se lever, il me fait « Oui tu me fais l'ordonnance sinon ça va mal se passer ! ».

b) Moyens mis en place pour faire face aux violences verbales

(1) Ambivalence entre le statut de jeune médecin et l'autorité.

Une partie pense qu'être ferme et assoir son autorité en donnant un cadre à la consultation permet de se prémunir de situations délicates.

MG7 : J'ai en tête une jeune femme dans les personnes que je remplace qui (...) a pas peur de dire ce qu'elle pense aux patients. Quand on s'impose, à mon avis après l'ordre ça vient au naturel (...) faut s'affirmer quoi !

Au contraire, quelques étudiants interrogés se réfugient derrière leur statut d'étudiant pour refuser ou déléguer certaines prescriptions.

MG0 : En tant qu'interne (rires) j'avais tendance à dire « ben ouais mais désolé, je ne suis qu'interne, j'ai pas le droit de prescrire ça ».

(2) Techniques de communication.

La communication dans la relation de soin est considérée comme la solution essentielle pour prévenir de ce type de violences.

MG10 : (Dans) 90% des plaintes qui sont amenées en justice contre les soignants, la principale plainte des patients c'est « oui mais le médecin il ne nous a pas parlé », et c'est un manque de communication.

Plusieurs techniques de communication sont évoquées devant des situations de tension :

- La technique dite « du nœud » est décrite comme amenant le patient porteur d'une demande abusive à donner involontairement lui-même deux arguments contraires, soulignant le caractère non-fondé de sa demande.

MG8 : Je l'amène à se contredire lui-même. C'est vrai que ça fini quand même par marcher. C'est la technique du nœud : tu dis un truc et puis il dit « ben oui docteur, ben oui docteur » et tu dis « donc du coup ça vous ne ferez pas ça » et il du coup il est coincé parce qu'il se contredit. Et c'est vrai que ça marche pas mal pour les récupérer avec toi.

- La « désescalade » de la violence, initialement verbale, évite qu'un conflit ne gagne en intensité.

MG7 : Je pense qu'il faut désamorcer la situation dès le début en fait, avant que ça ... ça prenne en intensité en fait (...) Avant d'en arriver à la violence physique quoi.

- La technique de l'entretien motivationnel est souvent plébiscitée par les jeunes médecins.

MG8 : dans le relationnel, avec ses patients, sur l'entretien motivationnel.

- Certains pensent qu'exprimer son propre ressenti est efficace dans la relation de soin, jugeant que cela les rapproche du patient. A l'inverse, d'autres estiment que la distance est protectrice.

MG11 : Donc du coup je me dis « est-ce que je dois exprimer mes sentiments ? ». Encore une fois, c'est la frontière entre... pour être un bon médecin, il faut se dévoiler un peu ; (et) si on est porte de prison, on va juste mettre des pilules quoi....

MG1 : Après avec mon prat' on en avait reparlé et il m'avait conseillé quand même de laisser filer et de garder une posture très distante... parce que ça ne menait pas forcément à grand-chose de ... de renchérir ou d'exprimer ton désaccord.

- Les violences viennent parfois d'un problème sous-jacent au motif de consultation, et ils mettent un point d'honneur à le rechercher.

MG11 : Je pense que dans cette consultation y'avait un motif... alors y'avait plein de motifs. Mais y'avait peut-être un motif caché qui du coup n'est pas ressorti.

(3) Faire des concessions.

Certains font des concessions lorsque la situation s'envenime, en acceptant de ne pas insister sur un sujet délicat et de temporiser.

MG7 : Si je vois que c'est trop compliqué, en général tant pis, je laisse tomber. En général je, je vais pas me battre. Si on est pas d'accord c'est tout. Peut-être que la personne elle comprendra. Je ne cherche pas le conflit.

5. Violences dématérialisées

Un phénomène d'apparition récente concerne les violences sur les réseaux sociaux. Le caractère impersonnel et distant de ces outils permet de diffuser des messages violents.

MG10 : Je trouve (...) qu'elle est dématérialisée. Parce que la violence moi je l'ai surtout vue sur les réseaux sociaux (...) un peu ce qui s'appelle du « hate reading ».

Un moyen de s'en prémunir reste l'éviction de ce type de supports.

MG10 : Mais je pense qu'il vaut mieux parler quand la personne est en face.

C. Facteurs influençant les violences subies

1. Facteurs liés au médecin et à son mode d'exercice

a) Impact du sexe du médecin

Les avis concernant l'influence du genre du médecin sur l'émergence des violences sont partagés : si certains pensent que le genre féminin est protecteur, d'autres estiment au contraire qu'être une femme favorise les attitudes violentes, notamment dans le comportement verbal.

MG10 : Par contre, quand c'est le médecin, c'est une femme qui est quand même à une certaine distance, et donc je ne peux pas lever la main sur elle quoi.

MG3 : Comme je suis une fille je me suis pris beaucoup de réflexions... Bon comme je te disais moi ça me passe au-dessus. Souvent c'est pas méchant.

Pour d'autres, être un homme est considéré comme un facteur protecteur.

MG8 : Je pense que oui : (...) Sur ce qui est contact avec les femmes tout ça c'est différent, mais pour ce qui est violences être un homme c'est plus simple.

Plus pragmatiques, certains estiment que le sexe du médecin n'a finalement pas d'importance devant la supériorité physique de l'adversaire en face.

MG5 : Après le mec (...) il va me frapper que je sois un homme ou une femme !

b) Effet de l'âge

Le jeune âge est un facteur de risque de violence.

MG7 : On arrive et ils voient qu'on est remplaçant, qu'on est plus jeune.

c) Le statut du médecin

Le terme « interne » est souvent méconnu des patients. Être reçu en consultation par un étudiant manquant d'expérience représente une source d'appréhension et de conflit.

MG9 : Je fais hyper attention de me présenter et dire pourquoi je suis là et combien de temps je suis là. Parce que ça déstresse tout de suite un peu d'être bien identifié.

De même, le remplaçant se sent parfois mal accueilli, les patients étant surpris voire déçus de ne pas voir leur médecin habituel.

MG3 : Et du coup quand c'est moi et que j'ouvre la porte les gens me regardent et sont là : « bah le docteur il est pas là ? » - « Ben non c'est moi ». Ah et en fait y'a plein de fois où ils rentrent dans le cabinet, je prends un autre patient, et quand je reviens ils sont plus là.

d) La forte sollicitation

La forte sollicitation est ressentie comme un facteur de stress, plus à même de provoquer des violences.

MG3 : Là par exemple (...) je suis toute seule dans le cabinet, j'ai pas de secrétaire et y'a deux téléphones. Donc c'est un enfer en fait parce que je suis coupée pendant toutes mes consultations, enfin c'est pas gérable.

Cela peut occasionner du retard, facteur aggravant le risque de violences.

MG10 : S'ils étaient agressifs c'est parce que j'avais du retard, et ça je comprends parce que c'est ch...t ! J'essaie de ne pas avoir de retard !

De même, la fatigue accumulée est souvent évoquée comme une source de tension possible.

MG3 : Je trouve à la fin de la journée tu ne réfléchis plus pareil qu'au début (...) On va être un peu moins regardant (...) faire les trucs un petit peu plus vite parce que t'es fatigué, t'as envie de rentrer et encore plus à la fin de la semaine.

e) Le professionnalisme

Une attitude professionnelle sur le plan physique, comportemental et vestimentaire, est considérée comme protectrice.

MG11 : Apparemment le premier jour j'étais (mime être affalé) comme ça sur le bureau. Depuis je m'efforce un peu à avoir une stature un peu plus professionnelle.

f) L'isolement physique

L'isolement géographique ou l'exercice seul sont anxiogènes.

MG3 : Je suis vraiment toute seule et ... parfois c'est pas que ça me fait peur mais je me dis si j'ai vraiment un gros problème, en fait, je suis vraiment seule au monde.

2. Facteurs liés au patient et à son environnement

a) Profil du patient violent

Les patients jugés violents ont souvent des antécédents psychiatriques pour les médecins interrogés.

MG5 : Et le problème c'est que quand il s'énervait je comprenais encore moins. Enfin tu vois la galère ! Et il faisait un truc qui ressemblait à un grognement, il faisait un bruit bizarre « hmmmmmm » comme ça pendant 15 secondes en regardant.

Ces comorbidités s'associent parfois à un contexte social précaire.

MG4 : Un patient qui sortait de prison (...). Et en gros il ne prenait plus aucun traitement psy ... Et (...) j'avais peur (...) pour moi, parce que je le trouvais déstructuré, violent dans sa façon de parler.

Ces personnes sont parfois sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants.

MG5 : Mais il est un peu ... enfin il me fait un peu peur tu vois, il est un peu agressif et le problème c'est qu'il est bourré.

Par ailleurs, certains patients peuvent être manipulateurs aux yeux des jeunes médecins encore inexpérimentés.

MG3 : Donc moi cliniquement il avait rien de particulier, c'était une petite pharyngite (...). Donc je lui explique que, ben voilà, du coup pas besoin d'antibiotique, que ça ne servirait à rien. Et du coup il se met au fond de son siège, il croise les bras, et il me dit « non mais moi je ne pars pas tant que je n'ai pas d'antibiotique. »

b) Les accompagnants

Parfois leurs accompagnants se montrent exigeants ou agressifs.

MG7 : C'était une maman, qui venait avec un jeune enfant, très jeune. (...) pour lequel je diagnostiquais une angine, mais trop jeune pour qu'on fasse un test de diagnostic rapide. Et elle (...) me reprochait de ne pas le faire.

c) Le non-respect des règles du cabinet

Des situations de tension viennent aussi du non-respect des règles du cabinet, notamment en période de pandémie à COVID-19.

MG2 : Parce que les patients (...) sont en retard de 40 min – 1 heure et ils viennent te dire bonjour après alors que tu as d'autres patients.

d) Les visites à domicile

Les visites dans des quartiers sensibles sont redoutées de plusieurs médecins interrogés.

MG4 : Pour les quartiers (...), je sais qu'il y a beaucoup de violence, de harcèlement etc... Moi j'ai un vécu autre que professionnel qui m'amène à avoir plus d'appréhension je pense.

La présence d'animaux effraie.

MG5 : Ben globalement les visites (...) j'ai pas peur des chiens mais c'est vrai que les petits qui t'aboient dessus là tu te dis « il serait capable de le mordre ! ».

3. Facteurs liés au dysfonctionnement de la relation médecin-patient

Selon les médecins interrogés, un dysfonctionnement dans la relation unissant le médecin et le patient peut être source de violences.

MG11 : Dès qu'il y a une asymétrie, y'a plus de médecin et de patient, c'est d'homme à homme, quasiment. (...) On quitte la relation malade-médecin (...) là on rentre dans la violence.

a) Illégitimité du médecin remplaçant

Les jeunes médecins se sentent parfois illégitimes à remplacer le médecin titulaire, auquel les patients sont habitués.

MG2 : Alors au début, là en interne de SASPAS à chaque fois j'avais la réflexion souvent « ah c'est encore l'interne », « c'est encore quelqu'un d'autre », « on ne voit jamais notre médecin traitant finalement ».

Les différences de pratiques avec le médecin habituel, surtout lorsqu'il s'agit des habitudes de prescription, peuvent créer des différends.

MG3 : J'ai été forcée de prescrire les antibiotiques, contre mon avis. Mais j'avais pas d'autre choix que de le faire parce que c'était le médecin qui le demandait donc... ben j'avais pas le choix.

b) Manque d'expérience personnelle

Le manque d'expérience personnelle dans les événements de vie, est perçu comme un frein à la communication.

MG3 : Par exemple l'éducation des enfants, (...), comme moi j'ai pas d'enfant (...). Quand on me pose des questions, je suis moins à l'aise parce que j'y connais rien en fait.

c) Difficultés de communication

La mécontente concernant les décisions médicales peut être source de discorde.

MG8 : Il voulait un arrêt de travail. Sauf que moi j'avais pas d'argument pour faire l'arrêt, (...) ça ne s'est pas bien passé, parce que je n'allais pas du tout dans son sens, et bien que j'essayais toutes les techniques pour raisonner le patient (...) il a fini par se lever et se barrer de la consult'.

L'abord de sujets délicats par le médecin remplaçant, comme la sexualité ou des événements intimes, modifie la relation médecin-patient.

MG11 : Y'a le HPV chez les jeunes garçons. Là je vois qu'il y a des mamans avec leur garçon de 12-13 ans, donc voilà je leur explique. On sent qu'ils se disent (...) « il me faut mon médecin habituel, il me fait un peu peur lui ! »

d) Consumérisme médical

Le dysfonctionnement de la relation de soins semble aussi venir de la consommation de la médecine comme d'un service, lorsque le médecin est considéré comme un « prestataire ».

MG6 : Une manière de traiter le médecin... la consultation médicale... comme un service dû, comme quelque chose de gratuit, (...) où il faut tout faire et on peut tout demander, où le médecin doit tout faire comme le veut le patient quoi... Parfois on peut être un peu pris en otage quoi.

e) Judiciarisation

La crainte d'une action en justice détériore la relation médecin-patient, obligeant le médecin à insister sur les aspects médico-légaux de la prise en charge (tenue du dossier, consignes de reconsultation...).

MG7 : C'est plus la judiciarisation ou les ... on parle pas mal des plaintes. J'essaie d'être assez complet par rapport aux médecins que je remplace dans les dossiers (...) dans l'éventualité d'une plainte qui pourrait survenir, on ne sait jamais.

D. Conséquences

1. Conséquences sur les modalités d'exercice des jeunes médecins

a) Le délai d'installation

Les violences subies ne modifient pas le délai d'installation envisagé par les jeunes médecins.

- Certains n'envisagent pas une installation immédiate.

MG5 : je ne suis pas particulièrement prêt.

- D'autres souhaitent s'engager après une période de transition composée de repos et de remplacements itératifs.

MG2 : Alors. Une fois que je serai thésé et après quelques remplacements pour voir un peu, pour « voyager » et se faire la main... Mais après le projet global c'est d'intégrer une maison médicale.

- Certains ont déjà un projet d'installation concret.

MG4 : Une installation pour fin 2022- début 2023 dans une éventuelle, je l'espère, MSP.

b) Les modalités d'exercice

Une partie des médecins opte pour une activité salariée hospitalière, en association ou non avec une activité libérale.

MG2 : Un mix entre l'hôpital et du libéral ça m'irait bien. Ou faire des gardes, je sais pas, avoir accès au pôle technique d'un hôpital ça serait pas mal.

Lorsqu'ils s'installent en libéral, les violences vécues les poussent à travailler en groupe. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont particulièrement plébiscitées.

MG10 : Parce que je me rends compte que quand t'es toute seule au cabinet à 8 heures du soir, ben y'a des gens ils peuvent très bien se permettre de te claquer un couteau sous la gorge et de me dire « file moi la caisse » !

Les jeunes médecins souhaitent pouvoir choisir librement leur patientèle afin de maîtriser le risque de situations de tension.

MG2 : Moi très clairement c'est les addictions... enfin les toxicomanes on va dire, etc... ça ne m'intéresse pas du tout je ne suis pas à l'aise donc j'ai pas envie d'en avoir après.

Les conflits vécus orientent le choix du lieu d'exercice. Les zones urbaines défavorisées sont souvent citées en exemple.

MG2 : Je vais pas travailler à Lens et à Tourcoing, pourquoi ? Ben par rapport à ce que moi j'ai vécu là-bas.

c) L'organisation pratique de l'exercice

Afin de contrôler le risque de violence, ils plébiscitent la libre gestion des horaires. Le choix d'ajouter des plages d'urgences ou des consultations « libres » varie, car parfois considérées comme source de tensions liées au temps d'attente.

MG4 : pas de plage de consultation libre, non. Créneau d'urgence par contre.

Beaucoup souhaitent un secrétariat physiquement présent sur place, comme premier filtre face aux patients violents.

MG4 : le filtre du secrétariat en amont, pour ne pas avoir des personnes qui viennent en dehors des consultations.

Des outils matériels de sécurisation des locaux ont été cités.

MG9 : Un bouton où les gens pouvaient écouter ma consultation voir si y'avait un problème.

Concernant la disposition du cabinet, ils proposent plusieurs solutions pour palier le risque de violence :

- Un affichage préventif en salle d'attente.

MG0 : Il y a des gens qui mettent des petites affiches, genre « pas de violence verbale ou physique ici sinon vous êtes radiés de notre patientèle ».

- Des conditions de circulation dans les locaux pour fluidifier le passage et offrir une sécurité supplémentaire au médecin.

MG1 : J'aime bien le système avec deux portes (...) parce que ça permet de pas faire sortir les gens et tout de suite sans avoir la pression de la prochaine consultation (...) et pouvoir sortir de derrière ton bureau vers la porte.

- Si beaucoup n'ont pas encore d'idée précise de la disposition de leur futur bureau, certains estiment que la transparence prévient les conflits.

MG4 : j'ai aussi eu dans ma formation un partage d'informations avec d'autres personnes qui m'a plu et que j'hésite à faire. C'est l'ordinateur qui est posé

entre le patient et le médecin. En fait c'est un écran double : donc en fait lui il peut lire ce qu'on est en train d'écrire.

2. Conséquences sur les médecins eux-mêmes

a) Impact immédiat et prolongé

Les situations de violences vécues ont fait émerger des émotions fortes pour les jeunes médecins interrogés.

Les sentiments les plus souvent évoqués sont de la déception et de la colère, en raison d'un échec de communication ou de la délivrance d'une prescription non choisie par le praticien.

MG2 : J'ai ressenti quoi ? De la colère ! Parce qu'en vrai j'ai pas fait des longues études pour avoir des consultations comme ça.

Parfois cela a entraîné une baisse de motivation ultérieure dans la poursuite du remplacement ou du stage.

MG5 : Clairement, t'as ça le matin, c'est déjà pas forcément l'endroit où je préfère travailler, ben franchement le mec m'aurait dit « tu prends ton après-midi, moi je prends mon après-midi hein ! ».

Pour certains, l'impact des situations de violence a été plus important, conduisant à des reviviscences des événements vécus.

MG1 : Ouais moi ça m'a impactée, ça m'a un peu bouleversée forcément. C'était, enfin voilà c'était une patiente, y'avait un contre-transfert assez important (....) je saurai la refaire (la scène).

À la suite des évènements, avec le recul, certains dédramatisent et se remettent en question.

MG7 : Après c'est pas ... C'est pas grave hein ! J'ai pas été blessé moi-même.

b) Soutien reçu

Une partie des médecins déplore un manque de soutien.

- Le manque de soutien peut émaner de leurs encadrants, maîtres de stage universitaires (MSU) ou intervenants de l'Université, parce qu'ils n'ont pas trouvé d'oreille sensible à leur vécu au cours de l'évènement et ensuite.

MG2 : Écoute j'en ai parlé au médecin, il m'a dit « oui c'est compliqué »...etc...Rien de plus, rien de moins. Tu te débrouilles par toi-même et puis il faut être blindé mentalement.

- Le manque de soutien perçu peut aussi venir du corps médical en général, médecin généraliste ou psychologue par exemple..

MG11 : je suis tombé sur un médecin totalement blasé de la médecine. Moi c'était une époque où j'étais encore avec mon deuil, et puis je devais être en train de me séparer de ma compagne (...) je pense que s'il avait pas été blasé, j'aurais eu besoin de parler un petit coup quoi, ça aurait été une ouverture.

- Le soutien de l'entourage proche des jeunes médecins manque aussi parfois. Ils évoquent l'incompréhension des membres du cercle intime aux situations rencontrées. Le poids du secret médical est parfois lourd à porter.

MG8 : Dans la famille y'a personne qui est dans le médical, médecin ou quoi que ce soit donc A part parler avec mes co-internes, du coup, je suis obligée de me libérer.

L'évocation du manque de soutien fait ressurgir la question du silence, plusieurs fois qualifié « d'Omerta » autour des difficultés éprouvées par les médecins.

MG8 : Après j'ai l'impression que nous-mêmes, dans notre sphère médicale, ça reste un truc encore tabou. (...) Entre nous-mêmes on est assez tabou (...). C'est un peu difficile d'en parler et je trouve (...). Y'a ce qu'on fait et ce qu'on ose faire.

V. DISCUSSION

A. La méthode

Le « glossaire d'initiation à la recherche qualitative » de la revue *Exercer* (19), définit un biais comme « *modifiant des résultats d'une enquête en fonction du dispositif de recrutement* ». Cette étude présente des forces et des limites, développées ci-dessous, avec l'aide de la grille COREQ (ANNEXE C).

1. Choix du type d'étude

Le choix d'un sujet original et d'actualité est une force de l'étude.

Le type d'étude choisi semble adapté à la question de recherche. Cependant, l'investigatrice étant novice dans la réalisation d'une étude qualitative et au principe de la théorisation ancrée, il peut exister un biais de mesure ou d'investigation. Ce biais est contrebalancé par le double encodage des données recueillies avec la deuxième investigatrice.

2. Population étudiée

Certains jeunes médecins interrogés étaient connus de l'investigatrice. Tous étaient recrutés en respectant l'effet boule-de-neige. Cela peut entraîner un biais de désirabilité sociale : la personne interrogée peut modifier ses réponses au détriment de son opinion. Cependant, l'absence de connaissance préalable du sujet de l'étude n'a pas permis d'anticiper les réponses, et a encouragé un échange spontané.

3. Recueil des données

En contexte de pandémie à COVID-19, les médecins interrogés ont choisi librement de réaliser l'entretien par visio-conférence ou en présentiel. La majorité des entretiens s'est déroulée à distance, toujours avec activation de la caméra et du microphone. Ce mode de recueil de données a eu l'avantage de mettre la personne interrogée à l'aise, dans un environnement familier choisi.

Par ailleurs, les questions posées faisaient intervenir des souvenirs d'évènements passés. Un biais de mémorisation peut en résulter. Les médecins étant jeunes et venant de commencer leur activité professionnelle, les souvenirs ne remontaient pas à plus de quelques mois. On peut supposer qu'ils étaient encore assez récents pour être racontés avec fiabilité. De plus, le questionnaire a été conçu pour pouvoir faire émerger ces souvenirs progressivement. La durée moyenne des entretiens est de 44 minutes, ce qui a permis à la plupart des personnes interrogées de se remémorer les faits.

Enfin, le sexe féminin de l'investigatrice a pu influencer la réponse à certaines questions, notamment celle portant sur la question du genre des sujets agressés.

4. Analyse des données

Un des écueils possibles de cette étude consiste en une prise de conscience d'un frein supplémentaire à l'installation des jeunes médecins. A l'inverse, la conscientisation du problème a pu permettre de modifier un projet d'installation existant en tenant compte des questions de sécurisation du cabinet, notamment.

B. Les résultats

1. Proposition d'un modèle explicatif

Le schéma présenté en ANNEXE D propose une modélisation des résultats de l'étude.

Dans la situation d'une consultation au cabinet médical, schématisé par une maison grise, on retrouve :

- Le jeune médecin, dans le rectangle jaune,
- Le patient, dans le rectangle orange.

Ils sont représentés au sein de leur relation de soin, modélisée par une double flèche verte.

La relation qui les unit est entravée par des phénomènes de violence, sous forme d'éclairs. Trois catégories de facteurs influent sur les situations de violence :

- Celles liées au médecin, dans un rectangle jaune,
- Celles liées au patient, dans un rectangle orange,
- Et celles en rapport avec la relation médecin-patient, dans un rectangle vert.

En conséquence, les jeunes médecins modifient leur exercice de plusieurs manières. Ces modifications sont désignées par des encadrés bleu foncé, sous le cabinet.

Des solutions, modélisées par des bulles bleu clair, sont proposées par les jeunes praticiens pour chaque catégorie de facteurs influençant les violences subies.

2. Les conséquences des violences subies sur l'exercice des jeunes médecins

a) Un délai d'installation a priori non modifié

Malgré les hypothèses formulées par le coordinateur de l'Observatoire de la Sécurité des Médecins (23), cette étude n'a pas retrouvé d'allongement du délai d'installation en rapport aux violences. Il est possible qu'elles modifient plutôt la nature ou les modalités de l'exercice médical.

b) Vers de nouveaux modes d'exercices

Une partie des médecins interrogés envisage le salariat ou une activité mixte plutôt que l'installation en activité libérale seule. On retrouve la même tendance pour 51% des interrogés dans le rapport sur l'installation des jeunes médecins de l'Ordre National des Médecins en 2019 (15).

Les médecins de cette étude ont fréquemment évoqué leur intérêt pour l'exercice coordonné en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP). Le travail autour de projets de santé en collaboration avec des professionnels médicaux et paramédicaux paraît se rapprocher du milieu hospitalier et pourrait en être une alternative en soins primaires.(24).

Pour les étudiants du troisième cycle interrogés par l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes (25), les déterminants de l'installation libérale sont essentiellement liés à la qualité de vie professionnelle et privée et donc aux conditions de travail. Le choix de travailler en équipe semble ainsi permettre d'alléger les différentes formes de charges, notamment les violences, qui pèsent sur le praticien.

c) Le choix du lieu d'exercice : la fuite des villes

Cette étude montre un souhait marqué d'installation hors des zones urbaines, les personnes interrogées supposant que les phénomènes de violences étaient plus fréquents en ville.

Ce constat reflète les données du rapport de l'Observatoire de la sécurité des médecins (OSM) paru en 2020 (5). Les actes de violence recensés sont plus fréquents dans les milieux urbains que dans les milieux ruraux : on dénombre 54% des violences en centre-ville et 21% en banlieue, contre 16% dans les régions rurales.

Le rapport sur le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne (26) souligne la tendance à l'épuisement plus marqué des médecins exerçant en milieu rural. Ils l'expliquent par un investissement émotionnel plus important, menant parfois à entretenir des relations conflictuelles avec les patients. Ainsi, si les villes sont plus à risque de violences en santé, les violences d'ordre psychologiques ne sont pas non plus à négliger en campagne. Le choix du lieu d'installation n'est finalement pas gage de protection contre le phénomène.

d) Le « libre » choix de la patientèle ou la modification de la relation médecin-patient

Les résultats mettent en lumière le souhait du « libre » choix de la patientèle. Il s'agirait de pouvoir refuser de soigner des patients qui ne respectent pas le mode de fonctionnement du cabinet ou qui ne remplissent pas leur part du contrat, tacitement établi entre le médecin et le patient. T.C. O'Dowd évoque ce type de patients selon le terme « *Heartsink patients* » (27)

c'est-à-dire les patients dits « *difficiles* ». Ce type de patients modifie la relation de soin qui devient asymétrique, en ce que seul le praticien s'adapte à leurs exigences.

Le concept d' « *approche centrée patient* » propose une alternative à la modification de la relation médecin-patient (28). Elle présente plusieurs composantes, parmi lesquelles la compréhension du patient dans sa globalité. La démarche vise à construire une collaboration, en restant réaliste sur des objectifs atteignables pour le patient dans sa prise en charge. Bien que ce modèle soit séduisant, il paraît difficile à mettre en place en pratique, au vu des contraintes liées à la démographie médicale actuelle.

Les résultats questionnent aussi la place de l'expression des émotions du soignant dans sa relation avec le patient. M. Vanotti affirme que l'expression des émotions permet une relation plus empathique, et donc plus humaine (29). Dans la fiche pratique intitulée « Prévenir et gérer les conflits », l'Ordre national des Médecins prône qu'un partenariat médecin-patient basé sur l'empathie permettrait effectivement de prévenir les situations de tension (30). Si une relation plus humaine et égalitaire fait le nid d'une relation plus sereine, elle implique d'avantage le médecin sur le plan humain, au risque que l'empathie ne se transforme en sympathie.

Pour résumer, plutôt que de « choisir » une patientèle, ce qui serait éthiquement discutable, la mise en place d'une démarche empathique et authentique autour du patient construit une relation de soins plus sereine. L'enjeu serait alors de trouver le juste équilibre entre empathie et sympathie pour le praticien.

e) La sécurisation du lieu d'exercice

Plusieurs mesures sont imaginées par les médecins interrogés en vue de diminuer les risques de violences. On les retrouve dans le « Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé » (31).

La présence d'une double porte a souvent été mentionnée. Elle crée une dynamique de circulation dans la pièce et surtout dans la salle d'attente, mais aussi facilite la fuite en cas de danger.

Verrouiller la porte en présence du patient ne fait pas l'unanimité. D'un côté cela peut permettre au patient de se sentir en sécurité, par exemple dans le cadre d'un examen gynécologique. De l'autre, cela empêche de sortir rapidement. Peut-être faut-il fermer le verrou en fonction du motif de consultation, entre les temps de l'interrogatoire et de l'examen clinique ?

Des dispositifs matériels de vidéosurveillance, d'interphone avec caméra ou encore de « téléalarme » sécurisent le médecin présent au cabinet. Le Guide pratique sus-cité complète ces mesures par l'installation de portes et fenêtres blindées ou encore par l'installation d'un lieu de rangement sécurisé pour le matériel médical dit « sensible » (bistouri, ordonnances ...).

Les jeunes praticiens n'ont pas évoqué les mesures de sécurisation lors des déplacements extérieurs, comme les visites à domicile. Le véhicule restera discret, en évitant les signes distinctifs (caducée, sacoche...). Il doit être garé de manière à pouvoir quitter facilement le stationnement. Lorsque le médecin est piéton, il lui est conseillé de marcher dans les zones éclairées et animées. Le recours à la protection policière est souhaitable dans les zones à risque ou en cas de comportement suspect (31).

Le moment de l'installation des jeunes médecins semble donc particulièrement idéal pour les sensibiliser à ces mesures.

3. Les solutions mises en place face aux violences subies

a) Peu de rétroaction face aux violences subies

Interrogés sur la rétroaction à la suite d'un évènement violent vécu, les jeunes médecins envisagent d'intenter une action en justice ou d'effectuer un signalement à l'Ordre des médecins. Cependant, aucun n'a indiqué l'avoir fait, malgré les évènements difficiles relatés au cours des entretiens. Cette tendance à la sous-déclaration est retrouvée chez 60% des médecins victimes de violences dans le rapport de l'OSM (5).

Les médecins de cette étude pensent porter plainte en cas d'évènement jugé « *suffisamment grave* ». La gravité est difficile à établir en ce que la qualification d'un fait de violence est subjective, variant d'une personne à l'autre et selon le type de violence subie (3). Le patient peut, de plus, présenter des circonstances jugées « atténuantes » comme la douleur, l'anxiété liée à un diagnostic ou l'emprise de produits stupéfiants. Ces facteurs freinent le signalement des violences, empêchant même parfois le praticien d'en reconnaître la nature. L'évènement est alors généralement mis de côté, se surajoutant au poids de la journée de travail.

Les praticiens déclarent donc peu mais tentent de s'adapter en adoptant plusieurs formes de protections qui sont analysées ci-après.

b) Les différentes techniques de communication adoptées

De nombreux interrogés doutent de leurs compétences en matière de communication, regrettant le manque de formation théorique dans le domaine.

Cependant, chacun semble avoir retenu des éléments notables de leurs cursus universitaires, qu'ils utilisent dans leur pratique.

La technique dite « *du nœud* » permettrait d'amener le patient, par des questions simples, à se contredire lui-même et à lui faire comprendre l'aspect infondé de sa demande. Aucune ressource bibliographique n'a malheureusement permis d'approfondir ce procédé.

Elle présente cependant des similitudes avec la *méthode du « disque rayé »* qui consiste à répéter son refus de façon itérative sans céder (32). Cela peut passer par :

- L'affirmation d'un « *non* » catégorique,
- L'expression de ses émotions « *je suis embêtée que vous me demandiez à nouveau cela* »,
- La nécessité de donner un cadre « *vous pouvez compter sur moi mais pour cette demande c'est non* ».

La technique de l'entretien motivationnel a souvent été mentionnée (33). Elle se base sur la collaboration avec le patient en vue de mettre en évidence les ressources dont il dispose pour modifier un comportement tout en respectant son autonomie. Ses principes peuvent s'appliquer lorsqu'une situation de soin s'envenime. L'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel en propose une formation.

La désescalade verbale est évoquée comme premier rempart à la violence. Dans l'article « *Calming agitation with words, not drugs* » (34), l'auteur explique que le dialogue peut suffire à empêcher les situations de violence. Il s'agit d'un processus de désescalade en 10 étapes, inspiré de la pratique en psychiatrie :

1- « *Respecter l'espace personnel de chaque protagoniste* »

- 2- *Ne pas provoquer*
- 3- *Établir un contact verbal*
- 4- *Être concis et se répéter*
- 5- *Identifier besoins et envies*
- 6- *Écouter*
- 7- *Être d'accord ou accepter d'être en désaccord*
- 8- *Laisser la loi de côté*
- 9- *Proposer des alternatives*
- 10- *Débriefer avec le patient et l'équipe ».*

Ainsi, un arsenal de méthodes de communication existe. Les médecins disposent de compléments de formations théoriques, mais seul l'exercice pratique sur le terrain leur permettra de sélectionner celles qui leur correspondent.

c) Plusieurs formes de protection

« Céder » constitue une solution possible pour s'affranchir d'une situation complexe, source de violences. En utilisant l'exemple des antibiotiques, M. De Meyere explique que les recommandations scientifiques médicales n'influencent qu'en partie sur une prescription. L'exigence du patient, le souhait de l'éviction du conflit et l'incertitude diagnostique peuvent faire peser la balance en faveur de la rédaction d'une ordonnance (35). En tant que jeune médecin, céder à une demande abusive peut être considéré comme une forme de protection, dans le but de préserver le lien de confiance avec le patient.

Les résultats de cette étude révèlent un faible taux du suivi médical et psychologique des interrogés. Le rapport sur la santé des étudiants et des jeunes médecins va dans le même sens (14). Parmi les 8000 étudiants et jeunes médecins interrogés, un quart déclare son état de santé « moyen » ou « mauvais ». La faiblesse de l'offre médicale des centres de santé universitaires et du travail est regrettée : l'accent devrait être porté sur un suivi régulier et le dépistage des jeunes médecins au « profil à risque ». Il existe un diplôme interuniversitaire (DIU) intitulé « *Soigner les soignants* » qui se fixe pour objectifs de prévenir les risques liés au métier de soignant et d'accompagner ceux en difficulté.

L'intérêt manifesté pour le sujet de ce travail et la longueur des entretiens plaide en faveur du besoin d'un espace de libération de la parole. A la faculté, c'est le rôle des Groupes d'Échange de Pratiques (GEP) ou Groupes d'Échange Facultaires (GEF). Ils permettent d'aborder des cas problématiques sur le plan médical, mais aussi relationnel. Ils préfigurent les Groupes de Pairs. Ils aident les médecins à sortir de l'isolement physique et social qu'ils peuvent ressentir (36).

L'ensemble des moyens de protection développés ici ont en commun le partage d'expérience. Un médecin ne devrait pas rester seul face aux phénomènes de violences. C'est cette solitude qui semble faire peur aux jeunes dans l'exercice de la médecine de ville. Accepter de briser le silence face aux difficultés c'est oser dépasser le tabou de la force prétendue des médecins devant toute épreuve.

4. Perspectives

Dans l'objectif de renforcer les capacités en communication des étudiants du troisième cycle des études médicales, les enseignements inversés semblent particulièrement adaptés. Des cas pratiques mettant en scène un patient violent et un médecin permettent de tester leur faculté à gérer ce type de situation et les y sensibiliser.

La question des ressources disponibles pour le jeune médecin confronté aux violences fait émerger la faiblesse du suivi médical des praticiens. Il semble que peu d'étudiants aient consulté la médecine du travail durant leurs trois années d'internat. De même, les médecins généralistes libéraux n'ont pas l'obligation de se soumettre à des examens médicaux à visée systématique. A l'instar de la campagne « *Dis, Doc', t'as ton Doc' ?* » (37), on pourrait proposer aux étudiants du troisième cycle une liste de médecins traitants acceptant de les accompagner.

VI. CONCLUSION

Partant de l'hypothèse que les violences ont un impact sur le mode d'exercice du jeune généraliste, ce travail met en évidence qu'elles ne sont qu'une explication partielle à la modification des modalités de son installation.

Si les violences n'ont pas de conséquence sur le délai d'installation, elles sont une des raisons du changement du mode d'exercice, plus collaboratif. Cela permet d'alléger la charge mentale croissante qui pèse sur les praticiens dans le but de revenir à l'essence même du travail de médecin : le soin. Fuir les villes pour se prémunir des violences est une conséquence à double tranchant, entre moindre probabilité de tensions et risque d'épuisement professionnel. Les violences en santé illustrent la modification actuelle de la relation médecin-patient, pour laquelle l'enjeu réside dans la recherche de l'équilibre entre empathie et sympathie.

Les jeunes praticiens développent des solutions pour s'adapter face aux violences. Ils disposent d'outils de communication personnalisés, façonnés par leur pratique sur le terrain. Ils se protègent en acceptant de céder parfois à des demandes abusives ou, à l'inverse, en refusant de revoir à nouveau les patients.

Les groupes d'échanges ainsi qu'un suivi médical pour les étudiants du troisième cycle et les médecins généralistes sont nécessaires pour libérer la parole autour de situations difficiles.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Krug E, Dahlberg L. La violence un défi planétaire. In: World report on violence and health. Geneva; 2002. p. 3-23.
2. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2 mai 2012;12(1):108.
3. Violences en santé : synthèse du rapport 2020 de l'ONVS. Commandité par la Direction Générale de l'Offre de Soins; 2020.
4. Ministère du travail. Des risques professionnels contrastés selon les métiers [en ligne]. [consulté le 16/10/2021]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-039-2.pdf>
5. Vacas F, rapporteur. Observatoire de la Sécurité des Médecins en 2020. Commandité par le Conseil National de l'Ordre des médecins; 2020.
6. Code de la Santé Publique. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne]. [consulté le 16/10/2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/>
7. Code de la Sécurité Sociale. Articles L162-5 à L162-5-4, sous-section 1 : Dispositions relatives aux relations conventionnelles [en ligne]. [consulté le 16/10/2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006186122/2020-11-21/>
8. Batifoulier P, Domin J-P, Gadreau M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. Rev Francaise Socio-Econ. 15 avr 2008;n° 1(1):27-46.
9. Lortholary C, Chiaverini P, Devaux B, François D. Être médecin généraliste aujourd'hui. Laennec. 2010;Tome 58(3):28-43.
10. Helmlinger L, Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. Trib Sante. 2004;no 5(4):39-46.
11. Franceinfo. Témoignage : « J'ai été agressée par un patient ». [en ligne]. [consulté le 16/10/2021]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/professions-medicales/temoignage-j-ai-ete-agressee-par-un-patient_3138553.html
12. Magin PJ, Joy E, Ireland MC, Adams J, Sibbritt DW. Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs. Med J Aust. 3 oct 2005;183(7):352-6.
13. ISNI. Harcèlement : quelles armes pour les victimes ? ISNI. 2021 mar;(26):12-7.
14. Le breton-Lerouillois G, rapporteur. La santé des étudiants et jeunes médecins. Commandité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.2016; p. 99.
15. Etude sur l'installation des jeunes médecins. Commandité par l'Ordre national des Médecins. 2019.
16. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DRESS. 2021 mar;74.
17. Delgatte F. Violences à l'encontre des spécialistes de Médecine Générale des Hauts-de-France dans l'exercice de leur profession : Représentations et ressources dont ils disposent. [lthèse d'exercice, médecine générale]. Lille: Université Henri Warembourg; 2017.
18. Lebeau J-P, Aubin-Auger I, et al, auteurs. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint-Cloud. Global Média Santé et CNGE; 2021.
19. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, et al. Glossaire d'initiation à la recherche

- qualitative. Première partie : d'"Acteur" à « Interdépendance ». 2009;(87):74-9.
20. Dedienne M-C, Letrilliart L. S'appropriier la méthode du focus group. RevPrat. 15 mars 2005;18(645):382-4.
 21. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, et al. Glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». 2009;(88):106-12.
 22. Code de la santé publique. Article L1121-1 [en ligne]. [consulté le 16/10/2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032722870/
 23. Médecins. Le bulletin de l'Ordre National des Médecins. Une inquiétante banalisation de la violence. déc 2020;(70):6.
 24. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les maisons de santé [en ligne]. [consulté le 16/10/2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
 25. Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes. Commanditée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. 2005.
 26. Truchot D, rapporteur. Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Commandité par l'Union régionale des médecins libéraux de Champagne Ardenne.
 27. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. BMJ. 1988 aug;297(6647):528-30.
 28. Moreau A, Kellou N, Supper I, et al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. Exercer. 2013;24(110):268-77.
 29. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin-patient. 2002;(29):213-37.
 30. Ordre national des Médecins. Prévenir et gérer les conflits. 2016.
 31. Ordre national des Médecins. Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé. 2011 p. 1-11.
 32. Galam E, Dumas F-R. Oser dire « non » avec sérénité. Rev Prat. 2007 nov ;21(788-789).
 33. Prescrire. L'entretien motivationnel : pour une relation soignant-patient de qualité. Prescrire. 2010 nov;30(325):841.
 34. Fishking A. Calming agitation with words, not drugs. 10 commandments for safety. 2002 avr;1(10):32-9.
 35. De Meyere M. Quels facteurs contextuels déterminent le comportement des médecins généralistes en termes de prescriptions d'antibiotiques ? 2006 mai;(5):65.
 36. La Revue du Praticien Médecine Générale. Groupes d'analyse de pratique entre pairs. Rev Prat. 2005 avr;19:522-3.
 37. Le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs. Dis Doc, T'as ton Doc ? [[en ligne]. [consulté le 16/10/2021]. Disponible sur: <https://cfar.org/didoc/>

VIII. ANNEXES

A. ANNEXE A : Guide d'entretien initial.

- 1/ Qui êtes-vous ?
- 2/ Comment vous sentez-vous en cabinet de médecine générale ?
- 3/ Pouvez-vous me raconter une consultation qui a, pour vous, été mémorable ?
- 4/ Comment gérez-vous une consultation difficile ?
- 5/ Comment définiriez-vous la violence en médecine générale ?
- 6/ Pouvez-vous me décrire une situation qui a été violente selon vous ?
- 7/ Qu'est-ce que ça a changé dans votre pratique ?
- 8/ Quels sont vos projets professionnels futurs ?

B. ANNEXE B : Guide d'entretien modifié.

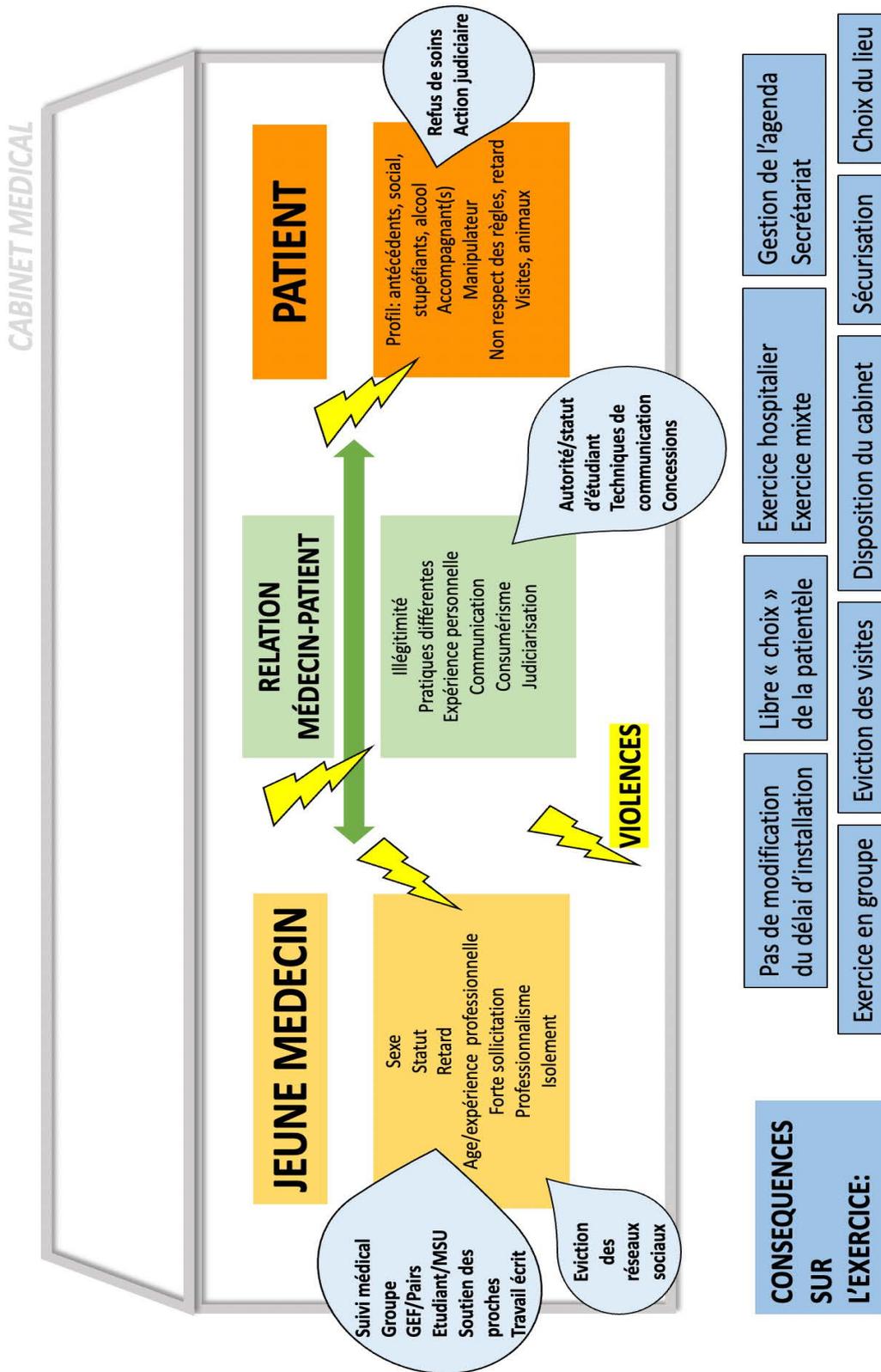
- 1/ Qui êtes-vous ?
- 2/ Comment vous sentez-vous en cabinet de médecine générale ?
- 3/ Pouvez-vous me raconter une consultation qui a, pour vous, été mémorable ?
- 4/ Comment gérez-vous une consultation difficile *sur le plan relationnel* ?
- 5/ Comment définiriez-vous la violence *envers les médecins* en médecine générale ?
- 6/ Pouvez-vous me décrire une situation qui a été violente selon vous ?
- 7/ Qu'avez-vous fait ?
- 8/ Qu'est-ce que ça a changé dans votre pratique ?
- 9/ Et si vous aviez été une femme / un homme ?
- 10/ Quels sont vos projets professionnels futurs ?
- 11/ Avez-vous des choses à ajouter au sujet des violences envers les jeunes médecins ?

C. ANNEXE C : Grille COREQ.

Numéro	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. L'investigatrice	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2. Aucun	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
3. Interne en médecine générale	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Une femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Aucune, formation théorique et à la faculté	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Oui, pour quelques-uns (internes dans le même hôpital ou connaissances de la faculté)	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Interne en cinquième puis sixième semestre de médecine générale, à la Faculté Libre de Médecine et Maïeutique de Lille	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants de l'enquêteur ?
8. Interne en cinquième et sixième semestre de médecine générale, à la Faculté Libre de Médecine et Maïeutique de Lille	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Analyse qualitative, principe de la théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?
Sélection des participants		
10. Initialement par l'entourage de l'investigatrice puis par effet boule-de-neige	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?
11. Par téléphone (message texte) ou par mail	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?
12. Douze	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Six : 4 n'ont pas répondu, 2 ont refusé	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?
Contexte		
14. Au domicile de l'investigatrice ou du participant, ou sur le lieu de travail du participant (cabinet)	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Jeune médecin ou interne ayant au moins fait un stage en soins primaires, remplaçant ou non et non installé	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?
Recueil des données		

17. Oui avec guide d'entretien comportant des questions ouvertes et des relances si besoin. Guide préalablement testé	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non, un entretien par participant	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?
19. Oui, un dictaphone	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui, à l'aide d'un journal de bord	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elle été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. Durée moyenne de 44 minutes	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Le seuil de suffisance des données était atteint lorsque deux entretiens n'apportaient plus d'idées nouvelles	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Oui, pour tous.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Deux investigatrices, internes en médecine générale, réalisant toutes deux un travail de thèse qualitative (triangulation des données)	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Oui	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Ils étaient déterminés à partir des données (étiquetage après chaque retranscription)	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Le Logiciel NVivo 12 ©.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Oui, deux y ont apporté des modifications	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui, citations identifiées par les initiales « MG » suivies d'un numéro correspondant à chaque participant, dans l'ordre chronologique des entretiens.	Citations présentes	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui, par chapitre	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

D. ANNEXE D : Schéma explicatif, modélisation des résultats.



E. ANNEXE E : Exemple d'un entretien (MG11)

Je te réexplique le principe, même si tu le connais déjà. Je t'enregistre, je retranscris tout. J'anonymise ce qui permet de t'identifier toi, ou les lieux où tu remplaces. Quoi d'autre ? Je t'envoierai la retranscription et le formulaire de consentement par mail, et puis si tu es d'accord avec tout, ou qu'il y a des choses à modifier eh bien ... on revoit après. On y va ?

MG11 : C'est parti !

Alors première question... qui es-tu ?

MG11 : Ah ! Alors j'ai vingt-huit ans, c'était mon anniversaire y'a pas longtemps, faut s'habituer à dire le nouvel âge ! J'ai grandi du côté de Berck-sur-Mer, fils unique, études de médecine. J'étais dans les bons élèves dans le parcours scolaire. Voilà. Bon médecine c'était pas forcément la vocation du départ mais bon... j'ai un côté un peu social, bavard... je me suis dit... ça m'évitait de faire des maths et de la physique. Et puis finalement, ça s'est bien passé, apparemment ! Bon ça passe vite hein ! C'est vrai que les études c'est un peu le couloir : passer les étapes, voilà, du premier coup. Donc me v'là médecin généraliste remplaçant maintenant ! Après, point de vue organisation, j'ai pas mal bougé : forcément à Lille pour les études ; après retour sur la côte, avec ma compagne de l'époque, plutôt sur Dunkerque. Du coup, j'ai passé beaucoup de stages aussi dans le Dunkerquois. J'ai fait mon N1 et mon SASPAS sur Dunkerque. Et puis la vie faisant, je suis retourné un petit peu aux sources, dans le Pas-de-Calais. Donc là je remplace plutôt dans le bassin, enfin du Calaisais quoi.

D'accord. Est-ce que tu as des formations en plus, des DU... ?

MG11 : Formations en plus, DU non. Alors... mon père est décédé j'étais entre la deuxième et troisième années de médecine voilà... Donc voilà, je suis fils unique, ma mère est vieillissante, avec des problèmes de santé qui nécessitent que je sois là, une grande maison à entretenir. Donc la priorité c'était vraiment centrée sur le perso finalement. Bon l'ECN je l'ai pas vraiment bossé on va dire. Le but c'était de finir le plus vite possible pour avoir mon indépendance financière et puis construire, voilà, ma petite vie, comme tout un chacun. On fait déjà des études assez longues, on voit nos copains de lycée/collège qui sont installés, mariés, avoir des enfants, donc pour ... j'y ai pensé ! Je m'intéressais pas mal à un moment à la médecine du sport, ou à un moment je pensais aux DU de gériatrie tout ça. Et puis après y'a eu les réformes avec la fin des DESC... J'ai le projet de travailler en maison de santé pluri professionnelle donc ... y'a aussi tout ce qui est formation ETP : éducation thérapeutique. Donc là je me serais volontiers inscrit l'année dernière, mais avec le COVID c'était un peu compliqué. Donc voilà éventuellement après.

Ça marche. Comment est-ce que tu te sens en cabinet de médecine générale, toi en tant que remplaçant ?

MG11 : Alors. Bonne question. J'ai fini le SASPAS y'a un an maintenant, pendant le COVID. Ça se passe très bien, avec un maître de stage, voilà, une bonne rétroaction sur les journées, sur les prises en charge, mais bon... plutôt... j'ai beaucoup de mal à avoir confiance dès le départ. Je suis diesel un peu ! Tous mes stages c'est comme ça, c'est vraiment au bout du deuxième-troisième mois où j'ai ma petite routine, mon petit confort qui s'installe. Voilà je commence à me déployer un peu. Donc en SASPAS j'ai eu plein de temps pour faire ça. Après, retour à l'hôpital avec les gardes. J'étais en Soins Palliatifs, ça a été très vite très bien, je connaissais bien. Après le retour au cabinet, bon sans filet, même si j'ai toujours été dans des cabinets de groupe, j'ai toujours pu, si j'avais une question à poser... Mais finalement ça ne s'est pas forcément posé.

Donc en autonomie, tu te sens bien dans le relationnel ?

MG11 : Moi le relationnel ça me pose jamais de souci, je suis un peu bavard ! Donc voilà, les secrétaires tout ça, j'ai toujours eu un bon retour des patients d'un point de vue relationnel bien-sûr. D'un point de vue médical pur, bon voilà, maintenant ça va. Personnellement, j'ai senti une étape le dernier tiers du SASPAS. Et puis là les premiers rempals, au-delà du fait qu'il faut s'approprier le logiciel, le matériel, l'organisation avec les secrétaires (ou pas d'ailleurs !), il faut un peu de temps. Mais voilà, je suis fils unique, j'ai l'habitude d'être tout seul, de me faire mon petit cercle de confiance pour évoluer. Alors tout en échangeant bien-sûr. Là j'ai des amis, on aime bien se poser des petites questions, pour échanger sur les prises en charge médicales voilà. Donc, alors pour revenir à ta question initiale, parce que je digresse un peu, au cabinet je me sens bien. J'ai mes ressources. Au fur et à mesure, on a les ressources personnelles pour évoluer. Je sais que si je suis en difficulté, je saurai trouver les bonnes ressources.

Et par rapport à ton rôle de jeune médecin justement, le fait d'être « novice », comment tu le ressens ?

MG11 : On le voit avec les patients, ils savent nous le rappeler ! On voit bien... quand ils ont leur médecin traitant qu'ils ont depuis des années et des années et que nous on arrive là, ben ils Alors au-delà de la première consultation où on se les approprie : les antécédents, les habitudes de vie, qu'on ne connaît pas... Les habitus.... On n'a pas tous les éléments pour avoir la prise en charge globale. Donc les patients ça ils... y'a des types de patients qui vont savoir rappeler ça. Donc forcément on se sent jeune médecin...

Mais dans le relationnel avec le patient, t'as jamais été en difficulté par rapport à ça ?

MG11 : Par rapport à ça ? Non !

Est-ce que tu peux me raconter une consultation que tu as trouvée mémorable ?

MG11 : une consultation mémorable... d'un point de vue

Qui t'a marquée dans le relationnel avec le patient.

MG11: OK. Euh... oui. Bon c'était... C'est la seule fois où j'ai eu peur pour mon intégrité physique. C'était à propos du vaccin COVID. C'était un patient jeune, sans comorbidité. Non c'était à propos de la sérologie pardon ! C'était une consultation, c'était le patient qui vient une fois : « voilà il me faut ça, ça, ça ». Voilà le type de patient avec « la liste » qu'on connaît tous ! Donc il venait pour une gonalgie, assez ancienne d'ailleurs. En plus, j'avais fait la prévention, c'était un patient fumeur. Je fais l'examen complet, c'était des douleurs ligamentaires donc voilà j'oriente. Y'avait autre chose, il voulait un scanner des sinus à tout prix, parce qu'il y avait une histoire de déviation ancienne. Donc... alors c'était un moment où je pouvais me permettre de prendre le temps, alors je l'ai pris. Donc je fais tout l'entretien, y'avait pas de critère de scanner. J'ose le « Non ». Je botte un peu en touche, je lui dis de voir avec le médecin habituel. Donc là je sens... il accepte. Et la sérologie injustifiée hein, pas de raison d'avoir une sérologie. Donc je lui explique et à nouveau « non ». Donc la consultation elle a duré 25 minutes là : le genou, faire l'entretien ORL, réexpliquer... en plus je ne fais pas « Non. Non. », il faut argumenter quoi ! Et là, il a vrillé ! Donc il s'est levé. Je pose hein, désescalade verbale, désescalade physique hein ! Là il a accroché sur quelque chose que j'ai dit, j'ai dit quelque chose du genre « je prends le temps de vous expliquer ». Alors je me justifie, c'est peut-être le manque d'expérience, le manque d'autorité même si c'est pas un bon terme mais voilà de « leadership » dans la consultation. « Comment ça vous n'avez pas le temps, mais moi je vous paie ». Voilà vraiment la relation « drive médecine ».

Clientélisme.

MG11 : Voilà. Et là du coup il me dit « non mais c'est important ». Il voulait me payer à tout prix. Je lui dis « non non ». Puis il est parti dans le versant : « vous n'êtes là que pour prendre l'argent ». Je lui ai dit « non non, j'en veux pas ! ». Donc là il s'est énervé que je lui dise non pour l'argent ! Bon là j'ai fait médico-légal, mon observation. Je dirais que là j'étais un peu désarçonné forcément. Alors on se dit toujours : est-ce qu'on aurait pu mieux faire ? Est-ce qu'on a manqué d'empathie ? Est-ce qu'on a manqué d'écoute ? Bon après j'en ai rediscuté avec la secrétaire, qui m'a clairement fait comprendre que c'était pas sa première « esbroufe » donc ça m'a rassuré. Et voilà, ça c'est une consultation mémorable.

Et c'est quelque chose qui t'est arrivé quand ?

MG11 : Y'a 4 mois à peu près.

Ah oui c'est quand même un truc dont tu te souviens quoi !

MG11 : Ah oui je saurai la refaire. Le soir, forcément, j'ai débriefé avec ma compagne. Après on se dit : « est-ce que j'ai manqué un truc ? La sérologie ... ? ». Enfin ça c'est mon naturel, comme je te disais, je me remets en question facilement. Là, la petite phrase elle était pas très professionnelle.

C'est plutôt sain de se remettre en question....

MG11 : Bon puis après avec le recul j'aurais refait tout pareil.

Comment est-ce que tu gères, justement, une consultation difficile ?

MG11 : D'un point de vue

Relationnel ! Typiquement dans ce que tu viens de me raconter : quelles sont tes techniques ?

MG11 : Alors ça c'est intéressant parce que je me rappelle, c'est quelque chose qui m'intéressait pas mal. Je sais qu'il y a un gros bouquin sur la communication en médecine générale. J'avais les références mais j'avoue que la taille m'a un peu découragé. Mais c'est vrai que, quand on dit... que la médecine est un art... on nous apprend tellement le scientifique, l'HAS, les items, ... Heureusement que pendant le cursus de médecine générale, avec les stages ambulatoires, heureusement qu'on nous guide encore sur le relationnel, et encore, je pense que c'est assez hétérogène selon les terrains de stage. Mais bon, comme je dis j'aime bien papoter. Je pense qu'on ferait de la meilleure médecine générale, enfin médecine de soins primaires, si on était formés vraiment à des techniques de communication. Alors je sais qu'il y a un ED « communication » en cours, mais j'en ai pas retenu grand-chose.

Mais concrètement, qu'est-ce que tu fais devant ce patient-là, pour désamorcer, comme tu dis, la situation ?

MG11 : J'ai fait un stage en psychiatrie donc ça m'intéressait. On a pas mal appris tout ce qui était... voilà. Je pense que notre boulot c'est d'être à l'écoute. Je pense que dans cette consultation y'avait un motif... alors y'avait plein de motifs. Mais y'avait peut-être un motif caché qui du coup n'est pas ressorti. Euh... voilà il voulait une sérologie, peut-être qu'il y avait une raison sous-jacente, une anxiété par rapport au COVID, y'a tellement eu tout et son contraire sur les sérologies. Peut-être qu'il voulait voir un proche et savoir s'il était protégé du COVID. Alors c'est pas facile parce que ma grand-mère est italienne, j'ai un côté un peu latin, donc ... étant plus jeune peut-être que je serais monté avec lui. Là vraiment, j'ai... réassurance, écoute, reformulation... Les techniques de communication qu'on nous apprend. L'engagement verbal... J'ai fait un stage d'externe en médecine générale, apparemment le premier jour j'étais comme ça sur le bureau (*mime « être affalé »*). Depuis, je

m'efforce un peu à avoir une stature un peu plus professionnelle. Je pense que ça compte aussi. Après oui quand l'entretien s'envenime un peu, comme ça, en restant professionnel, sans briser le lien de confiance. Bon là, dans cette situation, il était clairement brisé. Après y'a le côté aussi : est-ce qu'il se serait permis ça avec son médecin traitant ?

D'où ma question d'avant sur la légitimité du remplaçant...

MG11 : Effectivement le lien est faisable. Alors y'a aussi des demandes d'examens, et en remontant on voit que c'est des demandes qui ont déjà été refusées auparavant. Voilà c'est des patientèles avec des traitements anxiolytiques ou des traitements substitutifs opiacés. Voilà. Alors, par préjugé peut-être, on a tendance à être plus vigilant. Moi je sais que j'appelle facilement les pharmacies dès que c'est flou, ou je consulte l'historique des prescriptions quand le dossier est bien tenu.

D'accord. Pour toi c'est quoi les motifs de consultations « tendues », parce que tu me parles de prescription d'opiacés... Est-ce que pour toi il y a d'autres sujets de tension ?

MG11 : Comment dire, ouais de... dégradation de la relation entre médecin et patient. Les motifs c'est souvent... Moi je pense que le patient, enfin même plus que le patient, la personne, dès qu'elle sent qu'il n'y a pas ce lien de confiance forcément. Donc tous les motifs... Encore une fois pour reparler de légitimité, c'est une consultation qui m'a marqué. Pour le coup, une consultation mémorable parce que, spontanément, la dame elle avait tellement besoin de relâcher la pression. C'était l'histoire d'une femme de la quarantaine qui avait des antécédents anxieux, un divorce et une famille recomposée. Elle a appris que sa fille avait été en contact avec une personne mal intentionnée sur les réseaux sociaux, sur TIK TOK et qu'elle avait envoyé des photos dénudées à cette personne. Donc la mère, très bienveillante au départ, assez interventionniste, dit « bon ben voilà on va en discuter ». La fille voulait pas de poursuite judiciaire. Donc voilà mais : « je me sens un peu dépassée on va en parler à un psychologue ». Démarche qu'on peut entendre ou pas, mais plutôt orientée *a priori*. Donc la psychologue libérale, le lien n'est pas créé donc elle change de structure pour une structure publique. Et, d'après ce que la maman m'a exprimé, y'a eu un malentendu dans la prise des rendez-vous, y'a eu des décalages à cause de l'agenda professionnel. Et finalement la prise en charge hospitalière a été arrêtée par la mère parce que, le temps faisant, ça s'est désamorcé et puis voilà. Et en fait, y'a eu un signalement administratif qui a été fait par l'hôpital du coup, pour arrêt de la prise en charge psychologique. Et donc la patiente arrive pour deux motifs : anxiété parce qu'elle a reçu deux choses : un frottis de dépistage qui nécessitait une colposcopie, et deuxième courrier c'était le courrier de la PMI pour consultation... Voilà. Donc colposcopie je lui explique, et puis on passe évidemment une demi-heure sur la ... donc empathie etc... Donc vraiment les motifs sociaux. Alors y'a eu une bonne relation, la patiente je l'ai revue, arrêt de travail deux-trois jours pour poser les choses, anxiolyse transitoire, ça se passe bien. Donc pour moi, là y'avait une bonne confiance, et je me dis que si y'avait pas de confiance c'est typiquement la consultation qui peut mal se passer parce que la maman interprète mal les signaux.

Donc finalement le lien médecin-malade est, pour toi, garant d'une relation de confiance ?

MG11 : Tu vois, j'ai voulu prendre l'opposé de cette consultation mémorable négativement pour montrer que là ça s'est bien passé parce qu'il y avait ce lien de confiance dès le départ quoi. Pour moi, c'est ce lien de confiance. D'un côté ou de l'autre. Et pour revenir au traitement substitutif oral, ça a pu m'arriver de ne pas faire confiance. Je me rappelle un autre remplacement que j'avais fait, c'était un traitement substitutif oral, je saurais plus dire ce que c'était. En fait, c'était mes tout premiers remplacements. Et, en fait, c'était deux frères jumeaux qui prenaient le traitement. Et, en fait, c'était un des deux frères qui venait, et comme ils bossaient en décalé, en fait un jumeau venait et prenait l'ordonnance des deux. Alors moi un gars qui me dit « j'ai un frère jumeau il me faut deux ordonnances, c'est quand même... Bon

ça sent ... » Et en fait c'était vrai ! Et encore une fois j'ai vu que le lien de confiance était rompu parce que peut-être que j'étais jeune, inexpérimenté dans ce type de consultation. Et voilà je ne l'ai plus revu après forcément ! C'est un remplacement que j'ai fait quand même quelques mois. Donc voilà les déterminants c'est le lien de confiance, après bon ben Nous peut-être que parfois on est moins bons en communication et qu'on a du mal à faire passer nos messages, on peut froisser un peu.

Peut-être qu'on a l'impression de bien les faire passer et qu'en fait ils les interprètent pas du tout de la même façon !

MG11 : Alors pareil, ça va revenir autour de la confiance mais y'a le HPV chez les jeunes garçons. Là je vois qu'il y a des mamans avec leur garçon de 12-13 ans, donc voilà je leur explique. On sent qu'ils se disent : « pourquoi il me parle de ça ? ». Non seulement c'est la première fois que je le vois, et en plus il fait de la prévention là-dessus. En gros « il me faut mon médecin habituel, il me fait un peu peur lui ! »

Comment est-ce que tu définirais la violence en médecine générale ?

MG11 : Violence. Globalement ? D'un côté ou de l'autre ?

Des patients envers les soignants.

MG11 : C'est vrai que c'est une question que je ne me suis jamais posée. Alors violence... Bon là y'a clairement la rupture du lien, on sent le ton qui monte... Là le fait qu'il se lève le patient en question, y'avait une asymétrie. Dès qu'il y a une asymétrie, y'a plus de médecin et de patient, c'est d'homme à homme, là quasiment. Dès qu'on quitte la relation malade-médecin quoi. Pour moi là on rentre dans la violence. Après, on pourrait prendre le contre-pied en disant : si y'a une relation trop intime, on passe le cadre d'amitié, de relation plus personnelle. Ça peut être aussi pour un bien dans un cas mais bon. La rupture... on perd la relation malade-médecin. J'ai eu un autre cas où c'était une violence physique, c'était en SN1. J'avais un médecin qui faisait beaucoup de traitement substitutif oral justement. Et là c'était un « non », un patient qui clairement trafiquait, on ne savait pas ce qu'il faisait avec mais, il jouait pas le jeu quoi, dans le contrat. Alors on peut parler de ce fameux « contrat malade-médecin » qu'on voit en P1, mais finalement : c'est peut-être ça la violence aussi, c'est la rupture de ce contrat, dans un sens comme dans un autre. Pour en revenir à ce patient, donc « non ». Appel de la pharmacie : « Nous, on a délivré ce qu'il fallait, quand il fallait ». Donc « non ». Et là, le patient se lève pour frapper mon maître de stage. Mais un « pain » quoi, si tu me permets l'expression ! Et c'est moi qui ai... alors je dis ça je vais passer pour un héros, mais c'était un monsieur, avec une comorbidité, certainement un trouble psychotique sous-jacent. Donc voilà, c'était un vieux psychotique qui devait avoir la cinquantaine bien avancée. Du coup c'est moi qui ai... justement mon maître de stage n'a pas voulu être dans la confrontation. Moi je voyais venir le danger et d'instinct j'ai pas « mis KO » le patient, je l'ai écarté et je l'ai remis. Il est redescendu après.

Si ça t'était arrivé seul tu aurais fait quoi ?

MG11 : Oui s'il y avait pas eu de ...qu'est-ce que j'aurais fait ? Je suis pas un mec violent.

Ouais mais tu en as un devant toi....

MG11 : Mais là j'en ai un devant moi, donc euh... Alors ça pose la question, parce que là la porte était entre le patient et le médecin... De toute façon c'est courir ou se battre, moi clairement je fuis !

Oui ça paraît sain ! (rires)

MG11 : Quoi qu'il en soit, je pense que je ne rentrerai jamais en relation physique avec un patient. Donner un coup à un patient, ça c'est un cap que je pense que je ne franchirai jamais. Bon ce serait la fuite, après s'il est plus fort que moi.... Là le mec avec qui ça s'est mal passé, il faisait 1 mètre 90, 100 kilos, c'était Alors après si c'était pas possible j'aurais certainement pris une dérouillée !

Est-ce que ces situations-là ont changé quelque chose dans ta pratique ? Parce que tu en as quand même vécu pas mal !

MG11 : Oui ! C'est peut-être moi le facteur ! Moi c'était surtout de la violence physique. Insultes, j'ai jamais eu. J'ai eu des situations tendues comme ça. Alors, encore une fois, en tant que N1, donc c'était pas le même ressenti. Et puis cette escalade verbale récemment. Mais j'ai jamais reçu d'insulte, on ne m'a jamais traité de quoi que ce soit.

Du coup, est-ce que maintenant dans ta façon de faire ou de dire au patient, est-ce qu'il y a des choses que tu ne refais pas ?

MG11 : je fais... je suis peut-être moins... le fait d'avoir eu ce commentaire-là. J'avais tendance à faire des petites remarques personnelles. Typiquement là j'ai eu, il y a trois semaines... C'était deux jeunes frères et sœurs, 20 et 22 ans, qui venaient pour un certificat pour le permis bateau. Je te dis, j'aime bien faire la conversation : donc je pose la question « qu'est-ce que vous faites ? », « Où vous habitez ? », etc... Donc la fille elle travaillait en Suisse chez Nestlé et là elle est revenue vivre chez sa mère, et le garçon il voulait être pompier, mais là il s'était mis dans la boîte de son père qui est une boîte de ferrailleur. Donc très bien. Donc je vais un petit point prévention, sexualité tout ça. Et la fille était moins « parleuse » comme on dit ! Donc bonne relation. Et puis ils me disent, « ben maman elle vient tout à l'heure pour le permis bateau aussi ». C'était dans l'après-midi. Et la maman me dit qu'elle était contente, que les enfants aussi. Donc ça fait plaisir. Et puis je fais le certificat bateau. Et là j'enchaîne, je fais « ah vous passez votre permis bateau où ? » « En Corse, à Porto Vecchio ». Et puis j'y allais une semaine après. Donc je fais « ah ben super ... ! ». Et là j'ai dépassé le côté « patient-médecin ». Voilà ben du coup ça fait un point d'identification. Et je voyais que la maman, y'avait un truc qui n'allait pas. Et donc je demande, et en fait le père s'était suicidé il y a deux mois. Et ils vont passer le permis bateau parce qu'il voulait que ses cendres soient dispersées en Corse, sur un bateau. Voilà donc ... Et puis là, je suis passé de l'empathie à la sympathie, ce que je ne fais jamais parce que je suis quelqu'un assez réservé de base. Et elle me demande s'ils en ont parlé. Donc je suis.... non. Déjà je me dis premier petit couac : ça la regarde pas finalement. Et puis, j'ai perdu un peu pied, enfin ça a fait écho à mon histoire personnelle, parce que du coup moi je voyais un gamin de vingt ans qui a perdu son père, et c'était moi tu vois. Et je dis « moi aussi je suis passé par là ». Tout ça pour dire que c'est des petites choses personnelles que maintenant je ... barrage total !

D'un autre côté, moi aussi... alors je ne raconte pas ma vie non plus... mais parfois c'est des petites choses qui permettent de renforcer le lien.

MG11 : Ben typiquement la maman, alors voilà sans faire.... voilà. Si je la revois, ça m'étonnerait pas tu vois. Alors ça m'a permis du coup après de travailler : on a parlé du boulot, de la boîte de son mari, et du coup on a refait le processus de deuil, elle m'a demandé si ça irait mieux au bout d'un moment... Et... mais tu vois pour en revenir avec la consultation avec l'escalade verbale et le motif caché : il s'est attaché à cette phrase qui finalement... Parce que, finalement, quand je disais « j'ai passé du temps pour vous » finalement c'était un ressenti personnel. Si j'étais plus frontal je dirais « ben je me suis cassé le c..l, tu ne manques pas de respect quoi ! ». C'était un peu ce que j'ai voulu faire passer peut-être inconsciemment, parce que j'étais un peu ... J'avais l'impression d'avoir tout donné et ça m'a filé des doigts quoi. Donc moi-même un peu frustré là-dessus. Et du coup, d'avoir exprimé mon ressenti, c'est ça qui a amené ... c'est une phrase qu'il a reprise. Donc du coup je me dis « est-ce que je dois exprimer

mes sentiments ? ». Encore une fois, c'est la frontière entre... pour être un bon médecin, il fait se dévoiler un peu, si on est porte de prison, on va juste mettre des pilules quoi....

Comme tu disais, c'est un art, et la particularité c'est qu'on soigne notre propre « espèce ».

MG11 : Oui exactement. Et puis on a notre propre histoire aussi.

Et puis toi, ton histoire personnelle... enfin ta façon de bosser est le reflet de ce que tu es. Tu t'impliques pas qu'intellectuellement.

MG11 : C'est ça. On a une part émotionnelle dans ce métier qu'il faut savoir gérer. Et bon ça va faire plus d'un an que je remplace, sept mois à temps plein, et ... alors on dit « on a les patients qu'on mérite », je pense que c'est vrai.

Pas qu'on mérite mais qui nous ressemblent, le « mérite » c'est un peu péjoratif.

MG11 : On a la patientèle qui reflète notre personnalité et notre façon de travailler je crois. Y'a un de mes maîtres de stage de SN1 qui m'avait dit : « tu vas voir moi mes patients ils sont éduqués ». On éduque un chien ... Pour revenir à ce que tu disais, on soigne nos semblables, pas des inférieurs.

Pour revenir aux situations de violences, si tu avais été une femme ?

MG11 : Alors ! Je pense qu'indéniablement chez certains patients, y'a une différence. Suffit de voir pendant les études, les co-internes : « elle est gentille la petite infirmière ». Et que si on est, même un jeune homme en blouse avec un stéthoscope on est un médecin. Et si on est une jeune femme, malheureusement, on est infirmière. Sans faire de hiérarchie entre médecin et infirmier. Voilà certains patients ont plus de mal à... Après si j'étais une femme, peut-être que cet homme de 100 kilos, alors c'est une question de valeurs personnelles du patient, est-ce qu'il aurait osé lever d'un ton sur une jeune femme ? Après je pense qu'il y a des patients qui ont des personnalités un peu plus perverses. Ils auraient justement profité de cette faiblesse prétendue pour être plus violent dans les propos. Alors je botte un peu en touche en disant « ça dépend ». Si j'avais été une femme... J'aime beaucoup la gynéco médicale, le côté ménopause, contraception tout ça. Mais Encore une fois on revient de loin à la confiance, c'est vrai que des fois, jeune homme... C'est un champ où j'essaie d'être bon, parce que ça fait partie de la santé globale, mais

T'es un mec.

MG11 : Voilà. Et on sent qu'il y a toujours, peut-être que je pars un peu défaitiste... Alors c'est vrai que les cas de violence, finalement c'est toujours des hommes que j'ai vus. C'est vrai que c'est toujours des hommes que j'ai vus. J'ai jamais vu de femme, de patiente qui exprimait une quelconque violence.

Après y'a un truc qui ressort de ce que tu me racontes c'est que ton histoire de permis bateau là... l'histoire est quand même psychologiquement violente. Parce que, non seulement c'est une histoire difficile, mais en plus ça réveille en toi des choses difficiles. L'histoire en elle-même est difficile quoi.

MG11 : Ah bah oui et puis c'est le gamin qui a retrouvé son père pendu, et qui l'a dépendu quoi. Donc y'avait cette violence de l'évènement, la violence qui suit forcément ce genre d'évènement. Et puis moi forcément, encore hein je le dis, les consultations de deuil, j'ai toujours des petits frissons, ça fait toujours écho.

Est-ce que tu as quelque chose à ajouter au sujet des violences envers les jeunes médecins ?

MG11 : Alors. Remplaçant ou pendant la formation ?

Les deux. Non installés.

MG11 : Je pense.... Alors la violence elle vient parfois du patient, mais les études médicales, pas dans le sens violences verbales ou physiques bien-sûr, mais voilà dans le cursus. On est un peu « sois beau et tais toi ». Je sais que j'ai des amis proches qui avaient des maîtres de stage...

« Marche ou crève » ?

MG11 : Voilà, c'était pas la pédagogie la priorité, loin de là. Et, encore une fois, moi personnellement j'estime avoir toujours été confraternel, même des situations où on me demandait mon avis sur des prises en charge, la personnalité de certains médecins, j'ai toujours mis un point d'honneur à ne pas rentrer dans ce genre de jeu. Mais voilà des médecins je trouve que parfois, en tant que moi médecin, interne ou remplaçant, qu'on me dise « tel médecin c'est comme-ci, tel médecin c'est comme ça » : Est-ce que ce ne serait pas de la violence aussi ?

Et pourquoi on n'en parle pas ? Pourquoi c'est aussi tabou ?

MG11 : Parce que je pense qu'on est... y'a un tel enjeu, dans la formation, les cours, la pression des porte-folios, des rendus. On se dit toujours... je pense qu'il y a une omerta clairement, un tabou. Et puis des tabous... par rapport à la pression, le couvercle du DMG, des instances facultaires, et un tabou qu'on se met aussi personnellement. Là ces consultations, j'ai débriéfé parce que je devais débriefer pour moi, faire mon chemin. Si j'avais pu faire tout seul sans en parler, un peu par pudeur ou fierté hein, c'est pas facile d'avouer qu'on a été mis en échec ou qu'on s'est mis en échec, s'exposer au jugement... Alors, forcément, on le fait avec des personnes choisies, par définition hein ! Mais de se mettre à nu comme ça c'est pas facile. Même si y'a un secret médical forcément, c'est pas facile de le partager avec un ami, un confrère en qui on a confiance. Selon moi.

T'es pas le seul à le dire.

MG11 : Et puis voilà pour revenir aux maîtres de stage, alors c'est le schéma comme ça. Mais quand tu passes six mois par définition t'es intime avec la personne, et ... voilà c'est pas facile.... Alors une forme de violence ça pourrait aussi être le maître de stage qui t'appelle à 22 heures pour dire « demain t'as tel patient, faut que tu fasses comme-ci, comme ça ». Ça reflète peut-être une anxiété du maître de stage qui a du mal à déléguer, lâcher.

Mais toi aussi t'as une vie privée à vingt-deux heures.

MG11 : Voilà, on fait des métiers où c'est pas facile de couper, même pendant les vacances t'as un message de ci, un message de ça : un remplacement, Est-ce que cette intrusion, ce manque de vie privée, est-ce que c'est pas aussi une violence finalement ? C'est dans les facteurs de burn-out, ou d'épuisement professionnel, on n'a pas encore dit le mot dans l'entretien. Ça rejoint ça aussi finalement. Pendant nos études en tant que jeunes médecins, même en SASPAS, les vacances tu dois négocier, ton repos bon ben peut-être que ça t'arrangerait peut-être plus tel jour. Moi typiquement, habitant Dunkerque à l'époque, y'aurait peut-être eu un autre jour qui m'arrangeait mais on.... Voilà... dès qu'on revendique un peu de confort personnel ... On est éduqués à pas l'ouvrir. Et puis de l'autre côté, y'a cette relation avec ce maître de stage, à la fois juge et confrère quoi. Relation un peu ambivalente : égal ou supérieur, on ne sait pas trop. Et y'a certains maîtres de stage qui en jouent aussi hein.

Y'a aucun autre métier où on a ça ?

MG11 : Autant y'a du compagnonnage. Je vois les infirmières dans les services de médecine qui morflent aussi un peu. Mais le compagnonnage c'est aussi des avantages. Cette exclusivité de la relation expose à des travers qui font poser ces questions-là. J'ai fait un peu d'associatif à l'association des internes, l'AIMGL. J'ai eu l'occasion d'aller aux conseils d'administration au niveau national, et justement c'était à l'époque où ils avaient fait une étude sur les risques psycho-sociaux chez les jeunes médecins. Alors c'était plus le versant hospitalier. Voilà c'était plutôt harcèlement, sexisme... On en entend encore un petit peu parler. Et la réponse d'Agnès Buzin c'était le fameux « centre d'appui ». Mais c'est vrai qu'il y a pas... Bon on a un tuteur, mais bon le tutorat franchement...

Ouais et puis il faut avoir une relation de confiance avec son tuteur. Tu peux pas aller ouvrir ton cœur comme ça...

MG11 : Oui il faut une relation de confiance ! On y revient. On fait un métier de relation, il faut avoir confiance dans la relation, entre le patient, toi, tes maîtres de stage, les instances facultaires.

Est-ce que tu penses qu'on devrait tous avoir un suivi psy ? En tant qu'interne ou médecin.

MG11 : Alors déjà suivi psychologique... tous un suivi psychologique ? Déjà je dirais un suivi médical tout bêtement. Y'avait cet homme qui avait fait « *Dis Doc t'as ton Doc ?* » Il était parti du constat qu'il y avait très peu de médecins qui avaient un médecin traitant, et il avait fait une plateforme qui sensibilisait les médecins là-dessus. Et y'avait des médecins qui proposaient de prendre d'autres médecins dans leur patientèle. Et encore une fois, moi-même j'ai un médecin, j'ai fait une consultation... Alors la dernière fois que j'ai vu un médecin, j'étais externe. Alors mon père est mort d'un cancer de l'œsophage. Et moi j'avais des reflux, donc je voulais une fibro. Donc j'ai fait toute la symptomatologie du reflux atypique. J'ai eu ma fibro, donc j'étais bien content. Et puis, c'est la dernière fois que j'ai vu un médecin. Et ce serait l'occasion de parler déjà de nos études. Ah non c'était l'avant dernière. La dernière fois, c'était pour un certificat de sport. Je suis tombé sur un médecin. J'avais travaillé dans un service où l'époux d'une des médecins était généraliste : du coup j'ai pris avec lui, et je suis tombé sur un médecin totalement blasé de la médecine. Moi c'était une époque où j'étais encore avec mon deuil, et puis je devais être en train de me séparer de ma compagne de 8 ans, du lycée. Et typiquement, je pense que s'il avait pas été blasé, j'aurais eu besoin de parler un petit coup quoi, ça aurait été une ouverture. Je franchirais, enfin... toi t'es médecin, si t'as besoin d'un psy, tu vas pas aller au CMP de ta ville ! Non mais voilà. Ben du coup, alors tu vas aller peut-être voir un confrère, mais tu vas pas y aller pour toi et lui envoyer aussi des patients. Il faudrait une structure neutre, alors peut être que ça existe et que je connais pas. Pour les internes, je sais que tu as le centre de santé facultaire qui est sensé aider là-dessus. Bon là ils ont fait le dispositif « santé psy » avec le COVID, bon dans deux ans on verra ce que ça donnera... Et puis je suis inscrit à la fac pour ma thèse mais si t'es pas facultaire tu ne rentres plus dans le cadre. Je pense que c'est un travail sur soi-même et on fait avec notre entourage quoi. De toute façon, on peut sensibiliser ... ce centre d'appui, je pense que c'était le principe typiquement. C'était de donner cette entité ressource. Alors j'ai quitté l'associatif, je ne sais plus si c'était ouvert à tous les médecins ou qu'aux internes...

Tous les soignants je crois.

MG11 : Encore une fois c'est ... Franchir le cap ... J'aime bien aussi tout ce qui est « entretien motivationnel » : avant de franchir le cap d'en parler à quelqu'un il faut plus être en pré contemplation quoi. Faut être conscient qu'il y a un petit... Et je pense que cette question du suivi psychologique on pourrait la recentrer sur le suivi médical tout bêtement. Le vaccin des

25 ans je me le suis prescrit et c'est un copain qui me l'a fait... Si j'ai besoin d'un médicament, je le fais. Donc, on néglige un peu notre santé mentale et notre santé globale.

C'est clair.

MG11 : Mais pour revenir à la violence, c'est aussi parce que dans nos études on nous apprend à subir un peu. Je me suis épanoui dans mes stages, j'ai toujours eu le choix dans mes stages, j'ai pas eu de stage avec des amplitudes horaires qui m'ont épuisées physiquement, donc... je me suis.... Voilà j'ai pas été dans des facteurs d'épuisement professionnel de ce point de vue-là. Peut-être que nous on se fait violence d'une certaine manière aussi ?

AUTEURE : Nom : BOIN

Prénom : Julie

Date de soutenance : 18 novembre 2021

Titre de la thèse : Exercer la Médecine Générale : influence des violences vécues par les jeunes médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : [Violence]; [Médecine générale]; [Relation médecin-patient]; [Étudiant médecine].

Résumé :

Contexte : Le taux de « victimisation » des médecins généralistes augmente. Le niveau d'exigence croissant des patients et la consommation du soin comme d'un service modifient la relation médecin-malade. Cette modification, associée à la judiciarisation de la médecine, favorisent l'émergence des violences envers les médecins. Les jeunes praticiens sont particulièrement touchés par ce phénomène, avec des conséquences sur leur mode d'exercice.

Objectif : Analyser les conséquences des violences subies par les jeunes médecins sur les modalités de leur exercice futur.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Douze entretiens semi-dirigés de jeunes médecins du Nord et du Pas-de-Calais ont été réalisés, selon un guide d'entretien évolutif. Les retranscriptions ont été analysées par codage des verbatims à l'aide du logiciel NVivo12©. Une triangulation des données a été réalisée.

Résultats : Les violences modifient l'exercice des jeunes praticiens. Ils privilégient désormais la collaboration. L'exercice rural, plus largement plébiscité, n'est pas plus protecteur qu'en ville. Une relation de soins plus humaine et empathique plutôt qu'un « choix » de patientèle est une manière de se prémunir des conflits. Des méthodes de sécurisation du cabinet existent. Les praticiens signalent peu les violences à l'Ordre des médecins mais se protègent par des méthodes de communication élaborées sur le terrain, en cédant ou refusant certaines demandes.

Conclusion : Les violences sont une explication partielle à la modification des modalités d'installation des jeunes médecins. Les groupes d'échange et le suivi médical des praticiens permettent de libérer la parole et représentent un enjeu essentiel pour la pratique future.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE
Monsieur le Docteur Vadim MESLI**

Directeur de thèse : Madame le Docteur Orphyre FOSTIER