



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Vécu des internes en SASPAS dans le Nord-Pas-de-Calais : les
difficultés relationnelles rencontrées en consultation**

Présentée et soutenue publiquement le 6 avril 2022 à 18h
Au Pôle Formation
par **Sophie BASTIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Thibaut DESCAMPS

AVERTISSEMENT

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets
et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir
la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux,
individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans
aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.
J'interviendrai
pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans
leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas
usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.
J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons
et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir
hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche
de la gloire.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront
confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets
des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas
abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement
de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.
Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux
les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles
dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée
si j'y manque.*

LISTE DES ABRÉVIATIONS

EBM : Evidence Based Medicine

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

SIFEM : Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

ECN : Épreuves Nationales Classantes

GEP : Groupe d'Échanges de Pratiques

N1 : Niveau 1

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

MSU : Maître de Stage Universitaire

EHS : Enseignement Hors Stage

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

MeSH : Medical Subject Headings

RSCA : Récit d'une Situation Complexe et Authentique

Table des matières

1/ INTRODUCTION	7
A- L'importance de la communication en médecine générale.....	7
B- Un état des lieux de la formation actuelle à la communication	7
C- Les difficultés rencontrées par les internes.....	8
D- L'élaboration du projet de thèse	9
2/ MATERIELS ET METHODES	9
A- Le type d'étude	9
B- Le choix de l'échantillon	10
C- La recherche bibliographique.....	10
D- L'élaboration du guide d'entretien et le journal de bord	10
E- Le recueil des données	10
F- L'Analyse des données.....	11
G- Les aspects éthiques.....	11
3/ RÉSULTATS	12
A- Les participants	12
B- La relation médecin-patient.....	12
Le fondement de la relation médecin-patient : la confiance	12
Favoriser le contexte de la consultation	13
Élaborer la prise en charge à deux.....	14
C- Le rôle de l'interne de SASPAS dans la relation	15
L'individu en dehors de son rôle de médecin	15
Les émotions de l'interne.....	15
Être interne en SASPAS	16
Mener la consultation	17
Nécessité d'une évolution en continu	17
D- Comprendre son patient.....	18
Comprendre son patient en l'observant.....	18
Comprendre son patient en le connaissant.....	19
Inclure le patient	19
E- Communiquer	20
Encourager le patient à s'exprimer.....	20
Motiver le patient	20
Être compris	21
Avoir une approche pédagogique.....	21
Être formé à la communication	22
Sans oublier de mener la consultation	22
F- Se former à la communication	23
Évoluer par soi-même	23
Évoluer grâce aux autres.....	24
Améliorer la formation	24
G- Modélisation des résultats.....	28

4/ DISCUSSION	29
A- Principaux résultats	29
B- Les forces et les limites	29
C- Intérêt de l'étude, perspectives	30
5/ CONCLUSION	32
6/ RÉFÉRENCES	33
7/ ANNEXES	35
Annexe 1 : Message d'appel aux participants	35
Annexe 2 : Guide d'entretien final	35
Annexe 3 : Récépissé autorisation de la CNIL	36
Annexe 4 : verbatim disponibles sur clé USB.....	37
Annexe 5 : marguerite des compétences	37
Annexe 6 : grille COREQ.....	38
Annexe 7 : les onze familles de situations complexes selon le CNGE	39

1/ INTRODUCTION

A- L'importance de la communication en médecine générale

La communication est une des compétences centrales de la médecine générale. Elle permet de faire le lien entre l'Evidence Based Medicine (EBM) et la prise en charge centrée sur le patient.

De nombreuses études ont démontré son importance. Une bonne communication permet une meilleure prise en charge et une meilleure observance du patient ¹.

En effet, une communication adaptée permet une meilleure stabilité des maladies chroniques ², une diminution du nombre de consultations et une diminution du risque d'hospitalisation ³.

Une bonne communication est nécessaire pour l'entretien d'une relation médecin-patient pérenne et de confiance. Elle est associée à une meilleure satisfaction du patient et donc à moins de conflits, moins de plaintes et de poursuites judiciaires.

Elle permet également une meilleure satisfaction du médecin et une meilleure santé mentale de celui-ci ^{4,5,6}.

B- Un état des lieux de la formation actuelle à la communication

La formation à la compétence relationnelle a beaucoup évolué depuis plusieurs années.

Elle a été notamment très développée au Québec ⁷ et en Suisse ⁸.

En France, la communication est centrale dans la marguerite des compétences ⁹ du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et est un des trois champs de compétences par la WONCA (organisation mondiale des médecins généralistes) ¹⁰.

Depuis 1992, un module de culture générale, pouvant porter notamment sur les techniques d'expression et de communication, est au programme de première année du premier cycle des études médicales. ^{11, 12}

La SIFEM (Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale) recommande d'intégrer l'apprentissage des compétences en communication, et d'en vérifier l'acquisition au cours de la formation initiale des étudiants en médecine. ¹³

Selon les directives du Ministère de l'enseignement supérieur de 2013, une des compétences à acquérir lors du deuxième cycle des études médicales est d'être un bon communicateur. ¹⁴

Selon l'HAS (Haute Autorité de Santé), le premier item du programme des Épreuves Classantes Nationales (ECN) est « La relation médecin-malade ».¹⁵

À la faculté de médecine de Lille, le programme d'enseignement du premier cycle inclut des cours théoriques de Science sanitaire et sociale, de Santé-Société-Humanité, et des cours pratiques de Presage, portant sur la relation médecin-patient.

Lors du deuxième cycle, il est proposé un enseignement à choix libre de médecine générale comportant un module de communication avec le patient.

Durant l'internat de médecine générale, il existe une formation Presage Avant-garde et ADIAMED (annonce mauvaise nouvelle), ainsi que des Enseignements Hors Stage (EHS) portant sur la relation médecin-patient et la compétence de communication. La formation à la communication se fait également durant les stages et les Groupes d'Échange de Pratiques (GEP).

C- Les difficultés rencontrées par les internes

Un article québécois référençant les difficultés dans la pratique de médecine générale retrouvait seize des vingt-quatre items reliés à des problèmes relationnels.¹⁶

Une étude Nord-Américaine de 2016 qui étudiait les situations complexes rencontrées par les étudiants de médecine de troisième année, identifiait comme thèmes les plus cités : le partage d'informations avec le patient, la gestion des émotions de chacun et la gestion du cadre de la consultation.¹⁷

Les difficultés relationnelles ont été objectivées dans une étude française évaluant la qualité d'écoute des médecins. Dans trois quarts des situations, le médecin et le patient ne s'entendent pas sur ; soit la nature, soit le nombre et soit la hiérarchisation des motifs de consultation. Les médecins interprétaient mal les signaux verbaux et non verbaux des patients, aboutissant à une mauvaise estimation des souhaits et craintes du patient.¹⁸

Aux États-Unis, une étude s'intéressait aux difficultés des internes en médecine. Les déficiences en organisation et priorisation, en communication et en professionnalisme étaient présentes chez 40 % des internes en difficulté.¹⁹

Une thèse menée à Toulouse en 2018 s'intéressait à l'évaluation des attentes des internes de médecine générale concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient. Parmi les internes interrogés, 94,2% avaient déjà rencontré des difficultés de communication avec un patient.²⁰

D- L'élaboration du projet de thèse

Ce projet de thèse est né d'expériences personnelles et professionnelles acquises tout au long de mon cursus d'études de médecine.

L'importance d'une bonne communication m'a particulièrement interpellée lors de mon stage N1, à travers des situations vécues en consultation, des discussions avec mes MSU, ainsi qu'en comparaison avec mes stages hospitaliers. Puis cela s'est confirmé en stage SASPAS, lors duquel l'autonomie progressive met l'interne au centre de la relation médecin-patient.

À l'aide de lectures personnelles (les livres de M.Winckler ²¹, le blog de JADDO²², les méthodes de communication médicale développées au Québec²³) et des échanges en GEP ou avec mes MSU, j'ai pu approfondir mes connaissances sur le sujet. Cela m'a permis d'utiliser des outils de communication pour améliorer ma pratique afin d'établir une meilleure relation médecin-patient.

L'objectif principal de ce travail est d'étudier le vécu des consultations perçues comme difficiles sur le plan relationnel par les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Lille en cours ou ayant effectué leur stage SASPAS.

Un objectif secondaire est de recueillir l'avis des internes sur leur formation à la compétence communication.

2/ MATERIELS ET METHODES

A- Le type d'étude

Cette étude est une recherche qualitative par théorisation ancrée menée par des entretiens semi-dirigés. Cette méthode se prête particulièrement aux données portant à la fois sur le vécu et sur le ressenti de l'individu.

L'étude menée a respecté les critères d'une étude qualitative COREQ²⁴.

B- Le choix de l'échantillon

Cette étude a été réalisée auprès de 9 internes de médecine générale de la Faculté de médecine de Lille, en stage SASPAS ou ayant déjà effectué ce stage. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Le recrutement s'est fait d'août 2020 à décembre 2021. Un appel aux internes a été fait via les réseaux sociaux ainsi que via des MSU accueillant des internes en SASPAS. (Annexe1)

L'échantillon a été sélectionné sur la base du volontariat suite à l'appel à participation diffusé. Tous les volontaires ont été inclus.

Il n'y a eu aucun refus ou abandon de la part des participants.

C- La recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée tout au long du processus de recherche. Les moteurs de recherche utilisés étaient Pubmed, Google Scholar, Pepite, Sudoc, Canada.ca, le Service Commun de Documentation de la Bibliothèque Universitaire de Lille 2 pour le prêt de livres et le Prêt entre Bibliothèques de l'Université Lille 2.

Les mots clés MeSH utilisés étaient : communication, formation, internat, médecine générale, relation médecin-patient, recherche qualitative.

D- L'élaboration du guide d'entretien et le journal de bord

Le sujet de cette thèse reposait sur le vécu et le ressenti des interrogés. Un guide d'entretien²⁵ avec des questions ouvertes a donc été élaboré pour évoquer plusieurs thèmes permettant d'apporter une réponse au sujet choisi. (Annexe 2)

Le guide d'entretien a été actualisé, au fur et à mesure des entretiens, et selon les propriétés et dimensions mise en avant lors du codage.

Avant le début des entretiens, le guide d'entretien a été testé.

Tout au long du travail de thèse, il a été consigné les réflexions du chercheur, dans des comptes rendus théoriques, de terrain et opérationnels.²⁶

E- Le recueil des données

Le recueil des données s'est fait d'août 2020 à décembre 2021.

Les entretiens individuels ont tous été menés par le même chercheur. Les entretiens étaient tous en face à face dans différents lieux (domicile du chercheur, domicile du participant, lieu de travail du chercheur, lieu de travail du participant), selon le choix du participant.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide de deux dictaphones après accord des participants pour l'enregistrement audio et la retranscription écrite.

F- L'Analyse des données

La retranscription des entretiens était faite par verbatim et anonymisée. Elle a été effectuée sur le logiciel Word®.

La méthode d'analyse choisie était la théorisation ancrée selon les principes de C. Lejeune²⁶ car l'étude se portait sur l'analyse de relations.

L'analyse a été effectuée sur Excel® avec l'aide d'un tableau.

Verbatim	Micro-Analyse	Étiquette	Propriétés et Dimensions	Catégorie Conceptuelle
----------	---------------	-----------	--------------------------	------------------------

Les données ont été également triangulées par un médecin généraliste (C.Brillant).

Lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles catégories conceptuelles, la saturation théorique des données a été atteinte au septième entretien. Deux derniers entretiens ont été effectués pour vérifier la saturation des données.

G- Les aspects éthiques

La référence de la déclaration auprès du délégué de protection des données était le 2020-118 à la date du 16 juillet 2020. (Annexe 3)

Le comité de protection des personnes n'a pas été consulté mais une procédure standard a été suivie.

3/ RÉSULTATS

A- Les participants

Tableau 1 : les caractéristiques des participants

	Genre	Âge	Promotion internat	Ville externat	Stages d'internat perçus comme formateurs à la communication par les interrogés	Formations complémentaires	Stage SASPAS
E1	F	28	Osler	Marseille	Stage N1 orientation addictologie, SASPAS orientation gériatrie, Oncologie générale	Aucune	Terminé
E2	M	31	Pasteur	Lille		AUEC Pédiatrie, formation DPC	En cours
E3	M	28	Quesnay	Lille		Aucune	En cours
E4	F	27	Quesnay	Lille	Gériatrie	Aucune	En cours
E5	M	28	Quesnay	Lille	Gériatrie	Aucune	En cours
E6	F	26	Quesnay	Lille	Médecine polyvalente, Gynécologie/Pédiatrie	Aucune	Terminé
E7	F	29	Quesnay	Lille	Rhumatologie, Soins de suite et réadaptation, Gynécologie/Pédiatrie	AUEC Pédiatrie, DU lactation, DU urgences pédiatriques	Terminé
E8	M	28	Quesnay	Lille	Pédopsychiatrie, Gynécologie/PMI, Psychiatrie	Aucun	Terminé
E9	M	28	Quesnay	Paris	SAMU, HAD/Soins palliatifs	Master de coordination des trajectoires de santé, hypnose	En cours

E : Entretien, M : Masculin, F : Féminin, AUEC : Attestation universitaire d'enseignement complémentaire, DPC : Dossier médical partagé, DU : diplôme universitaire

Les neuf entretiens se sont déroulés d'août 2020 à décembre 2021. Les durées des entretiens étaient entre 14min33 et 44min42.

B- La relation médecin-patient

Le fondement de la relation médecin-patient : la confiance

Selon les interrogés, le point de départ d'une relation médecin-patient est la **confiance**.

L'instauration de cette confiance était nécessaire pour que le patient adhère à la prise en charge. Elle pouvait être difficile à instaurer quand le praticien n'est pas le médecin traitant, ce qui est le cas de l'interne de SASPAS. La qualité du lien relationnel déterminait la satisfaction du patient et la qualité du médecin, en dehors de ses compétences biomédicales.

Le **type de relation** dépendait du médecin et du patient, avec plus ou moins de proximité selon les personnalités des deux parties.

« Ils viennent voir leur médecin pas parce qu'il est capable de donner le bon diagnostic. Mais parce qu'il est sympa, il les écoute, parce qu'il prescrit des choses qu'ils demandent, parce que voilà. » (E5)

« La relation médecin patient, elle est centrale surtout en médecine générale. Moi, on m'a même déjà dit, au final en méd G des fois il y des patients on leur fait pas grand-chose mais juste on est sympa, et ils sont hyper contents de la consultation » (E6)

D'après les participants, il était important d'ensuite préserver un certain **équilibre** dans la relation médecin-patient, que chacun ait sa place. Sans cela, une ou les deux parties n'étaient pas satisfaite de la rencontre, ce qui entraînait des désaccords.

« J'aurais rééquilibré la relation. Enfin le statut de chacun dans la relation doit être plutôt équilibré quoi. » (E1)

« Faciliter la relation quelque part parce que, nous on est là on leur apporte quelque chose mais il faut qu'eux apportent aussi quelque chose pour que ça fonctionne. » (E6)

Quand malgré les tentatives, la fondation d'une relation de confiance était impossible, la proposition de changer de médecin traitant pouvait être une solution.

« Il y en a qui vont jusque, je trouve ça pas mal, jusqu'à changer de médecin. Parce que il y a rien de constructif, et à partir du moment où on arrive pas à avoir une relation de confiance et d'échanges, je pense que pour le patient c'est pas bénéfique dans la prise en charge. » (E6)

Favoriser le contexte de la consultation

Les conditions de consultation influençaient la relation. Le comportement de l'interne était modifié s'il était fatigué, si c'était la fin de journée ou la fin de semaine, s'il avait eu des consultations émotionnellement prenantes avant.

« Peut-être que je me serai emporté, fin de semaine, fatigué, de garde la veille » (E2)

Il était moins à l'aise au début de stage et pouvait être éprouvé dans le contexte sanitaire (COVID 19).

« Donc on est dans un contexte où c'est un peu plus compliqué, mais ça exacerbe les tensions. On baisse en qualité de communication, parce qu'on s'épuise à répéter » (E9)

Au contraire, la consultation se passait mieux si l'interne avait pu anticiper et préparer la rencontre.

Selon les participants, leur tenue vestimentaire influençait sur la relation avec le patient.

« Je pense que les patients attachent aussi de l'importance à l'apparence physique du médecin je pense que c'est aussi un mode de communication » (E6)

La **présence d'un tiers** lors de la consultation était source de questionnement pour l'interne, notamment lors de consultations avec des enfants ou des personnes âgées.

« Là c'est assez compliqué, tu t'adresses plus à la personne accompagnante du coup, et tu sais pas dans quelle mesure tu dois le faire. Parce qu'il reste souvent une part de compréhension, du coup tu te demandes si tu dois juste t'adresser à la personne démente. » (E3)

Élaborer la prise en charge à deux

Une bonne relation était nécessaire pour pouvoir prendre des décisions médicales partagées et fixer les objectifs de prise en charge ensemble.

« C'est important aussi pour que le patient il adhère à ce qu'on lui propose, c'est surtout ça qui est intéressant. » (E5)

L'ensemble des difficultés relationnelles venait d'un **désaccord** entre l'interne et le patient.

« Un conflit d'intérêts. Entre les attentes du patient, ses intérêts qu'il juge lui-même. Et nos intérêts, qui peuvent être les intérêts du patient que nous on estime, ou nous nos intérêts personnels » (E9)

L'interne essayait de proposer des solutions, en **évitant l'opposition** mais en expliquant son point de vue. Il était important d'éviter une escalade dans la confrontation.

« Donc j'ai essayé de déminer, de pas forcément envenimer les choses. Mais au début, en expliquant les choses » (E8)

L'interne pouvait devoir s'imposer pour rétablir l'écoute mutuelle. Il proposait également de reporter la consultation si le patient le voulait. L'interne pouvait écourter de lui-même la consultation pour mettre fin à cette opposition. Il lui arrivait de s'excuser pour apaiser les tensions.

Le patient pouvait être en désaccord de manière moins nette, en étant passif-agressif ou parfois manipulateur.

« Et moi j'essayais de me justifier, en disant que je faisais un check up et qu'on pouvait en parler mais que s'il voulait pas en parler, on n'en parle pas. Il continuait à être virulent avec moi, j'ai présenté mes excuses parce que je savais pas quoi dire d'autre. Et lui qui continuait à me dire « c'est pas professionnel », du coup j'ai coupé court, j'ai fait l'ordonnance et ciao bye bye quoi. » (E7)

C- Le rôle de l'interne de SASPAS dans la relation

L'individu en dehors de son rôle de médecin

En dehors de son rôle professionnel, le médecin était un individu à part entière. Sa **personnalité** et son **vécu** influençaient sa manière de travailler et correspondaient plus ou moins aux patients. Sa façon de communiquer avait une part d'inné, notamment sur la communication non verbale. Le fait de se connaître permettait de limiter d'affecter la relation.

« J'ai mon non verbal propre, qui est inné à ma façon d'être et de travailler, et je reste un peu comme ça. T'es docteur, mais t'es quand même monsieur ou madame machin, tu sais t'es quand même toi. T'as aussi tes pensées, tes trucs, et ta façon d'être et t'as du mal à le cacher. » (E5)

Il pouvait utiliser des ressources personnelles pour améliorer sa pratique (théâtre d'improvisation, associatif, hypnose).

« Il y a deux ans je me suis mis au théâtre d'impro et ça en relationnel c'est assez sympa. Même pour la consult c'est pas mal parce que tu sais jamais ce que le patient va dire alors ça permet de s'adapter plus facilement. » (E2)

Les émotions de l'interne

L'interne était conscient qu'il fallait **maîtriser ses émotions** et garder son calme face au patient.

« C'est rester calme avec quelqu'un qui est plutôt agressif en face de soi » (E2)

« Ça m'a déstabilisé dès le début. Et après c'est difficile parce que pour gérer mon... gérer aussi, en gros mes émotions » (E1)

Cela n'était pas toujours évident, mais il était important d'avoir la bonne distance émotionnelle avec son patient. L'interne utilisait des techniques pour pouvoir mettre cette distance.

« T'apprends à te détacher un peu. Tu peux pas sauver tout le monde quelque part. » (E5)

Le médecin n'arrivait pas toujours à maîtriser ses émotions, ce qui pouvait le mettre en situation d'échec.

« Je me suis sentie, euh, dévalorisée. Perte de confiance, euh, et puis un peu humiliée aussi quand même. Je pense qu'elle a gardé aussi un très mauvais souvenir de moi et peut-être des internes en général. Je me suis dit, bon c'est tout perdu quoi. » (E1)

Être interne en SASPAS

L'interne en stage SASPAS avait un **statut particulier** qui pouvait rendre la relation plus difficile. Il était perçu par le patient comme un étudiant en formation, et donc moins performant.

« Donc je pense que le fait d'être interne ça m'a un peu handicapé. Et tu peux pas te défendre de la même manière que si t'es médecin remplaçant ou installé. Ils considèrent toujours que tu es étudiant et qu'il y a une marge d'erreur qui est importante. » (E8)

Dans le cas du SASPAS, il fallait que le **choix de consulter l'interne** plutôt que le médecin traitant vienne du patient afin de pouvoir construire une relation de confiance. Parfois, le patient était déstabilisé et surpris de voir l'interne de SASPAS plutôt que son médecin traitant à qui il accordait sa confiance. Ce qui avait parfois provoqué une méfiance et un refus de la part du patient, ou une gêne de l'interne à **trouver sa place** dans cette relation déjà établie.

« Elle m'a montré clairement que j'étais pas à ma place. Ou je sais pas, mais en tout cas beaucoup de méfiance. » (E1)

« Comme si, vu que le motif, pour eux, ils considéraient que le motif comme pas très important, en fait, ça dérangeait pas du coup. » (E1)

Au contraire, si le patient était habitué, la relation était de confiance.

« C'est vrai que sur mon SASPAS j'ai pas eu forcément de consultation difficile. Les patients avaient l'habitude de voir des internes. » (E8)

Quand il existait une réticence du patient, l'interne essayait de proposer des solutions pour **rétablir la confiance**. Il s'appuyait sur le dossier médical ou le fait que la consultation serait supervisée par le MSU.

« De toute façon le soir on fait un débriefing, le docteur Z il est au courant de ce qu'on a fait lors de la consultation, s'il y a un souci, on vous rappelle. » (E4)

Et parfois, l'intervention du MSU était nécessaire.

« Le seul moyen vraiment de lui faire accepter c'était la parole du médecin maître de stage. » (E3)

L'interne de SASPAS devait se **conformer à la pratique de son MSU**.

« Je me mets en retrait par rapport à mon statut d'interne. Mais là en étant en stage, t'es un petit peu obligé de te conformer à la pratique du médecin et à ses préconisations et ses modes de prise en charge. » (E3)

Dans certains cas, le fait de voir un **autre médecin que leur médecin traitant était bénéfique** pour le patient.

Mener la consultation

Selon les participants, un des rôles du médecin est de mener la consultation en **s'adaptant à chaque patient**.

Il devait adapter **son propre comportement** à celui du patient, en étant parfois plus direct, parfois plus rassurant. Il cherchait à inviter le patient à s'exprimer davantage ou à trouver le moyen pour améliorer la compliance.

« J'ai tout essayé avec lui, j'ai été des fois brutal, des fois un peu plus doux, un peu plus... Je l'ai laissé parler, des fois c'est moi qui parlais. » (E5)

L'interne devait garder sa **position de professionnel de santé** en restant sûr de lui. Cela était nécessaire pour gagner l'adhésion du patient tout en restant libre de ses prescriptions

« Il fallait que j'aie une position plus, de, une position de médecin, en tout cas gagner en confiance c'est sûr » (E1)

« Essayer d'être plus ferme et pas me démonter face au patient qui veut m'imposer des choses que j'ai pas forcément envie de faire » (E6)

Nécessité d'une évolution en continu

La pratique de l'interne était en constante **évolution**.

Pour évoluer, l'interne devait faire preuve d'autocritique et se **remettre en question**. Il lui arrivait de repenser aux difficultés relationnelles rencontrées, parfois il se confortait dans l'attitude qu'il avait eu et parfois il réfléchissait à une meilleure façon de faire.

« Me remettre en question, de voir les difficultés que j'avais eu, de voir sur quoi je peux m'améliorer » (E6)

« Si je l'avais écouté, si je l'avais examiné, puis qu'on avait discuté ensemble, peut-être que là elle aurait compris que c'est pas moi qui décidait et pourquoi. » (E8)

Il évoluait en fonction de ses **expériences**, et c'était en essayant plusieurs façons de faire qu'il trouvait celles qui fonctionnaient pour lui. L'interne considérait qu'il évoluerait selon ses expériences durant tout son parcours professionnel.

« C'est comme ça qu'on apprend aussi, c'est en confrontant des difficultés. Et la prochaine fois que je serai confrontée à ce genre de situation, de pouvoir être plus ferme, et peut-être de encore mieux expliquer les choses. » (E6)

D- Comprendre son patient

Comprendre son patient en l'observant

Pour pouvoir comprendre son patient, il fallait d'abord l'observer. Il était important de bien identifier ses **attentes**. Mais ce n'était pas toujours simple. Soit parce que l'interne avait du mal à comprendre ces attentes, soit parce que le patient ne les connaissait pas lui-même. Parfois la **demande du patient venait d'un tiers**, ou d'une préconception.

« Elle voulait pas trop m'en parler, elle voulait juste que je fasse l'ordonnance. (...) Donc tu vois je pense qu'elle pensait à ça, un angor ou quelque chose comme ça, donc c'est pour ça qu'elle voulait une épreuve d'effort » (E8)

« On a un peu du mal à comprendre ce que le patient veut. C'est pour ça que je lis aussi, même si c'est pas le même type d'outils, la préconception des patients. » (E9)

L'identification des motifs de consultation pouvant être délicats sur le plan relationnel, permettait de mieux gérer la situation. Les **motifs jugés difficiles** cités étaient la demande de certificat, la prise en charge de maladies chroniques (obésité, addictions, troubles thyroïdiens, cancers, soins palliatifs), la prise en charge de violences conjugales et la vaccination COVID.

« Après il y a toujours les pathologies chroniques, c'est souvent sur les chroniques qu'on se heurte à ça. C'est souvent les diabétiques, les tabagiques, ceux qui refusent les traitements pour plusieurs raisons. » (E5)

L'interne rencontrait également des difficultés face à des demandes multiples, face à un conflit, face à un patient ayant des connaissances médicales et face à l'immobilisme du patient. Certains profils de patient étaient perçus comme complexes (patient ne parlant pas le français, patient atteint de troubles cognitifs).

« J'ai senti une défiance envers le corps médical, à dire « moi je sais, parce que je suis infirmière en cardio au CH de Y » (E8)

Durant la consultation, l'interne devait interpréter le comportement du patient pour mieux le comprendre. Il pouvait identifier les **émotions** du patient, sa position face à un sujet abordé et son jugement sur la façon de faire du médecin.

« Elle est un peu méfiante sur mes capacités. » (E1)

« Comment est-ce que moi, en voyant les réponses de mon patient, dans son attitude, je peux réussir à dire, bah lui il est plutôt dans l'immobilisme parce que en fait il a peur, ou lui plutôt sur la défensive parce qu'un truc passé. » (E5)

Il pouvait également comprendre les **freins** que se représentait le patient. Et pouvoir ainsi y répondre afin de poursuivre la prise en charge.

« Mais de comprendre pourquoi, et pour moi c'est plus facile de le déconstruire, parce qu'il a raison, avec les informations qu'il a eu de penser ça. » (E9)

Comprendre son patient en le connaissant

Pour pouvoir identifier les attentes du patient et interpréter son comportement, il fallait connaître sa personnalité, son **vécu** et ses croyances. L'interne de SASPAS manquait de cette connaissance.

« Le MSU, il connaît ses patients, c'est pas pareil que nous quand on les connaît pas. Comment va réagir le patient, si lui il est complètement réfractaire ou pas. » (E4).

« Le fait de pas connaître le patient et sa famille, je pense que mes connaissances du contexte familial a fait que ça m'a mise en difficulté parce que j'ai pas su rebondir. » (E7)

Inclure le patient

Au plus l'interne comprenait son patient, au plus il pouvait l'inclure dans la prise en charge et **s'adapter à son rythme**.

« C'est pas forcément le médecin qui est responsable de l'amélioration de la santé, c'est le patient aussi qui est acteur, et ça lui rappeler. » (E6)

Parfois, l'interne était dans l'incompréhension des attentes du patient mais il lui laissait le temps de faire son cheminement.

« Bah voilà il est venu, il est reparti, on a discuté pendant vingt minutes et je vois pas ce qu'il y a de plus. Après s'il revient c'est que quelque part il trouve un avantage. Si ça lui apportait rien il reviendrait pas » (E6)

E- Communiquer

Encourager le patient à s'exprimer

Pour bien communiquer il fallait commencer par encourager le patient à s'exprimer. L'interne utilisait des **silences** et des **questions ouvertes**.

« Les silences peut-être dans le sens ou surtout en début de consultation, souvent je laisse une période, je le laisse complètement parler. » (E3)

« J'essaye, alors c'est pas toujours évident, de poser un maximum de questions ouvertes pour laisser le patient développer. » (E6)

Cela évitait de passer à côté de **motifs cachés** et de bien comprendre les attentes du patient. Quand l'interne ne comprenait pas la demande du patient, il lui demandait directement ce qu'il attendait de lui.

« Pour des consultations où on a du mal à comprendre ce que le patient veut finalement, d'essayer de poser la question, « qu'est-ce que vous attendez de moi ? ». » (E6)

L'interne pratiquait **l'écoute active**. Il se rendait compte que parfois il n'écoutait pas assez son patient.

« Du coup ils expliquent et on peut reprendre « ah donc je comprends que c'est pour ça mais en fait, moi je vous dis j'entends bien que c'est ça », un peu écoute active, « mais de l'autre côté j'ai ça comme information. » (E9)

La **communication non verbale** et la posture de l'interne pouvaient inviter le patient à se livrer. Il était attentif à montrer son intérêt pour le patient, à adopter une posture similaire à celui-ci.

« La posture qu'on peut avoir. De l'effet miroir, le fait d'imiter un peu le patient. » (E1)

Motiver le patient

Afin de motiver le patient, l'interne utilisait plusieurs outils. Il pratiquait **l'entretien motivationnel**. Il l'encourageait, le valorisait, le rassurait.

« Pour éviter la réactance du patient, le motiver, toujours voilà être positif, l'encourager. » (E1)

Sophie BASTIN

« D'essayer de les encourager aussi, parfois les gens ont pas l'impression d'avancer donc essayer un peu de leur montrer le parcours qui a été fait. Essayer de vraiment valoriser aussi, dans les suivis chroniques comme ça » (E6)

Il évitait les termes négatifs. Il pouvait **négocier** ou parfois être un peu plus direct pour faire réagir le patient.

« J'essaye de pas lui dire « c'est pas bien », mais plutôt dans le « ce serait mieux », pas des termes qui peuvent avoir des connotations négatives. » (E9)

Être compris

L'interne s'assurait de la compréhension du patient et lui demandait s'il avait des questions. L'interne **répétait** ses explications et les **reformulait**.

« Moi j'aime bien les faire répéter ou dire les choses de manière différente pour qu'ils puissent comprendre, reformuler. » (E8)

De cette manière, il arrivait que l'interne se rende compte que les informations n'avaient pas été comprises.

« Demander si le patient a compris en fin de consultation. » (E2)

Avoir une approche pédagogique

L'interne essayait de faire comprendre au patient le fonctionnement **physiopathologique**, la raison des prescriptions, la justification du diagnostic évoqué et les **consignes de reconsultation**.

« Je m'en sors avec des explications, de l'éducation thérapeutique, des explications physiopathologiques, le traitement, qu'est-ce qui peut se passer, qu'est-ce qui peut ne pas se passer » (E3)

« Réassurer les parents et après expliquer les consignes de reconsultation. » (E3)

Il était nécessaire **d'expliquer de façon adaptée** à chaque patient, en utilisant un registre de langue adapté.

« Si c'est bien d'expliquer, c'est fait pour que le patient comprenne à son niveau de compréhension, il y a plus de chances pour que ce soit appliqué. » (E2)

Un **support visuel** pouvait être utilisé.

« J'aime bien quand je peux faire un petit dessin, même si je sais pas dessiner, mais faire un petit croquis. » (E5)

L'éducation thérapeutique passait aussi dans le **travail avec les autres professionnels de santé** intervenant dans le parcours de soin du patient.

« Un patient qui aurait besoin d'éducation thérapeutique, de vraies séances groupées, avec plusieurs professionnels. Je pense que toi tout seul au cabinet tu peux pas le faire. » (E5)

Le médecin montrait au patient que son raisonnement était **objectif**, surtout quand ce n'était pas ce que le patient voulait entendre.

« C'est pas contre vous madame, c'est juste que c'est pour l'ensemble des patients » (E9)

Être formé à la communication

Pour pouvoir bien communiquer, une formation était nécessaire. Même s'il utilisait des techniques, nommer des outils de communication était difficile pour l'interne.

« En vrai en théorie, les techniques de communication, je les connais pas » (E7)

Parmi les outils nommés, il y avait, l'entretien motivationnel, la technique du disque rayé progressif et le « Yes Set », une technique d'hypnose.

L'interne communiquait de façon plus ou moins consciente. L'importance d'une bonne communication était soulignée.

« Quasi à chaque consultation, je fais attention à ma communication » (E1)

« Après j'en utilise probablement sans m'en rendre compte peut-être. » (E3)

« C'est une écrasante partie de notre travail. Il y a les trois quarts de nos consultations c'est que ça quoi, l'éducation en santé, c'est aussi une grosse partie de ce qu'on fait pendant la consult, s'il y a pas la communication qui va avec, on peut dire les bons messages, mais la forme est tout aussi importante que le fond voire plus. » (E9)

Sans oublier de mener la consultation

La communication passait aussi par la façon de mener la consultation.

« La manière dont on s'introduit, la posture, les moments dans la consultation » (E1)

L'interne utilisait une **phrase d'accroche** pour bien démarrer la consultation.

« Des trucs tout bêtes, il y a des gens ils arrivent dans le cabinet, tu leur dis pas « Bonjour, ça va ? », tu sais que ça va partir sur du négatif et que tu vas faire la même consult qu'il y a un mois. Du coup t'essayes juste, ta première phrase il faut qu'elle soit différente » (E5)

Il **priorisait les motifs** de consultation quand il fallait recadrer les priorités.

« J'ai essayé de lui dire stop, là on fait ça et pas ça, et vous reviendrez pour ce problème » (E6)

Les difficultés évoquées étaient la **gestion du temps** et la coordination entre le **dossier informatique** et l'écoute active.

« J'avais vraiment le nez rivé sur l'ordinateur. Et le patient me parlait, et c'est vrai que ça au final, il a peut-être pas l'impression d'être écouté. » (E6)

F- Se former à la communication

Évoluer par soi-même

Pour acquérir des capacités relationnelles, l'interne de SASPAS se formait par lui-même. Il le faisait au fur et à mesure de son **expérience**.

« Je pense que ça vient au fur et à mesure, à force d'acquérir de l'expérience. En soit, je pense que les cours à la fac ne permettent pas d'appliquer les choses, on se fait notre propre expérience nous-même. » (E8)

Cette expérience était nécessaire pour évoluer, il fallait parfois se lancer et pratiquer pour acquérir des compétences. L'interne avait conscience que les **difficultés** permettaient de faire **évoluer** sa pratique.

« Ça arrive, et que c'est le début. Quelque part on en passe tous un peu par-là » (E6)

Il avait besoin d'un bon **socle de connaissances biomédicales** pour pouvoir porter attention à sa communication.

« En N1 j'étais pas mal seul face à mon patient mais je réfléchissais pas du tout à ça. Clairement pas, je pensais vraiment à ma consult', de pas faire de connerie. J'étais vraiment biomédical pur, donc la communication pff. » (E5)

L'interne réalisait des **recherches**, en fonction des obstacles qu'il avait rencontré. Les recherches étaient sous forme de RSCA (Récit de situation complexe et authentique) dans le cadre de son cursus universitaire, de lecture d'articles ou de livres.

« J'ai fait un RSCA dessus. » (E2)

« Moi je me suis pas mal intéressé à l'entretien motivationnel, du coup j'avais lu le bouquin de Rollnick et Miller » (E9)

Évoluer grâce aux autres

L'interne discutait avec ses MSU, ses proches ou d'autres professionnels de santé pour bénéficier de critiques constructives, pour se décharger ou pour être rassuré.

« Avec les débriefings avec mes prat, c'est eux les premiers en N1 qui m'ont parlé des techniques de communication et qui m'ont fait part de ça » (E3)

« On fait des GEP, on fait des petites recherches, on en discute entre nous » (E4)

« J'ai une très bonne copine, on s'appelle souvent pour débriefer ce genre de truc. Et j'en ai parlé aussi à une médecin du cabinet » (E6)

L'**observation** de la pratique des autres professionnels permettait de donner des pistes d'évolution, que ce soit en les mimant ou en les critiquant.

« Surtout au début, (...) Tu fais avec les internes, et c'est là où tu apprends par mimétisme un petit peu à faire un interrogatoire, à diriger tes questions, à faire des silences s'il faut, à faire des relances s'il faut, à reformuler » (E3)

« En N1, voir le maître de stage faire ses consult et en discuter après, ça permet de voir comment eux ils font, quoi » (E7)

Une différence marquée était observée entre le relationnel en milieu hospitalier et en libéral.

« J'ai appris en faisant exactement tout l'inverse que ce que j'ai vu à l'hôpital quand j'étais externe. Et en étant choqué de certains propos de mes chefs. » (E9)

Améliorer la formation

Concernant une amélioration de la formation à la communication, les attentes des internes n'étaient pas toujours les mêmes. Certains mettaient en avant l'importance de cette formation en médecine générale et voulaient une formation dédiée plus longue. D'autres trouvaient les enseignements trop longs et redondants.

« Je pense que la fac essaye de faire le maximum pour nous former par rapport à ça. Je pense que le temps dédié est pas forcément adéquat en fait » (E8)

La communication était **centrale** dans la pratique de la médecine générale et certains internes déploraient le fait de devoir se former par eux-mêmes car ils attendaient plus de la formation universitaire.

« Pas d'utilité sous le format dont c'était fait, ce qui est dommage, car les attentes étaient vraiment grandes. » (E9)

Les enseignements étaient **hétérogènes** en fonction des animateurs.

« Une formation qui est très hétérogène en fonction des intervenants, des trames qui sur le papier sont très belles mais en pratique ne se passent pas du tout bien. On est obligé de compléter avec des choses à côté. Moi franchement, si j'avais pas lu le bouquin que j'ai lu, j'aurais rien compris » (E9)

Il manquait **d'équilibre** entre l'apprentissage **théorique** et l'apprentissage **pratique**.

Des moyens d'améliorer la formation théorique ont été proposés. Les avis sur l'utilisation de jeux de rôles pouvaient varier. Cette méthode d'enseignement était perçue comme nécessaire mais insuffisante.

« La simulation justement c'est ce qui permet le mieux d'avoir cette pratique-là. Que ça soit avec des patients, que ça soit avec des acteurs pour certaines situations, c'est aussi intéressant. » (E9)

Il était proposé d'organiser **des jeux de rôles plus réalistes** comme cela était le cas dans le module « Prends garde » de Presage. Cela pouvait être avec des acteurs, d'autres professionnels de santé, des étudiants en pharmacie, ou même des patients.

« Parce que les jeux de rôles, on est avec des gens qu'on connaît, on sait très bien que c'est pas vrai. A présage, et même avant, je trouvais que c'était pas mal, des jeux de rôles comme ça mais avec des acteurs. » (E6)

La mise en place des jeux de rôles en petits groupes suivis d'une discussion collective était préférée à un jeu de rôle réalisé devant un groupe spectateur.

« Après il y avait d'autres trucs où on était quatre ou cinq groupes et on était dans notre coin, en fait c'est plus simple si t'es trois, quatre pour être à l'aise. Et après le prof tournait entre les groupes pour dire ça c'est bien, ça tu peux modifier. Et après tu fais un debrief plutôt global, plutôt que mettre quelqu'un devant tout le monde en disant toi tu fais. » (E2)

Les autres propositions étaient d'analyser des **consultations filmées**, de faire appel à des « **patients partenaires** » pour intervenir en GEP, de **diversifier les profils d'enseignants**.

« Bobigny, ils ont intégré à leur GEP, des patients partenaires. Pour avoir justement cette perspective patient » (E9)

« Je pense aussi qu'il y a des gens qui sont spécialisés là-dedans, et peut-être qu'avoir des cours de gens extérieurs à la médecine. » (E6)

La demande d'avoir un **support écrit récapitulatif**, une conduite à tenir ou des ressources pour approfondir, a été exprimée.

« On devrait avoir peut-être un support papier à la fin pour résumer tout ça, ou alors des liens directement vers des supports, bouquins, articles, pour résumer, pour approfondir. Et retenir un peu mieux. » (E3)

L'équilibre entre la théorie et la pratique était à trouver, en donnant plus d'exemples concrets.

« On nous parle de questions ouvertes, on n'a pas d'exemples, on nous parle de reformulation, on n'a pas d'exemple. » « Il faut réussir à donner de l'expérience, à donner du sens à cette théorie. Mais pas tomber dans l'extrême inverse en faisant que de la pratique sans théorie. » (E9)

Il était important pour les internes de se **sentir en confiance** lors de la formation.

« Et des fois pratiquer un peu sur les jeux de rôles. Moi je sais qu'il y a eu plusieurs ED où on faisait devant tout le monde toi t'es pas à l'aise donc c'est pas forcément bénéfique. » (E2)

Concernant la formation pratique, il était proposé de réaliser des **consultations « types »** systématiques afin de pouvoir évaluer les capacités relationnelles de l'interne par le MSU. L'interne de SASPAS appréciait de pouvoir parfois consulter avec le MSU et ainsi bénéficiait d'une rétroaction directe.

« Le MSU soit avec toi pour certains types de consultations. Par exemple les consultations d'annonce, que tu puisses y assister ou le faire et que ton MSU soit avec toi pour corriger et vraiment debriefer ensemble ce qui a été dit. (...) Et puis ça pourrait faire partie des objectifs de stage (...). Peut-être en faire en début de stage et en fin de stage pour voir l'évolution. » (E7)

Une méthode d'enseignement évoquée était un **enregistrement vidéo** de l'interne pendant une consultation, suivi d'une analyse de la vidéo avec l'interne et le MSU.

« On filmait pas le patient, on demandait juste au patient son accord en disant que c'était pour nous-même, c'était pour se filmer soi. Et en fait la caméra braquée sur nous. Et après on re-visionnait la consultation et c'est vrai que ça permet de se rendre compte de pleins de tics de langage, de gestes ou de choses comme ça. » (E6)

Le cœur de l'apprentissage en stage était le **débrief avec le MSU**, il pouvait se faire de différentes manières et à différents moments.

« J'ai fait des formats complètement différents parce que là je fais des debriefs au téléphone le soir. Et les autres je les voyais, il y en a j'étais en consult et il était à côté il faisait l'administratif. Donc en fait on échangeait toute la journée, juste à la sortie de la consult s'il y a eu un problème ou non. Plutôt qu'un gros debrief à la fin. Et l'autre je mangeais chez lui et on débrieffait un peu comme ça. » (E2)

« En stage, on pourrait quand on débriefe à la fin en SASPAS sur nos consultations de la journée. Moi j'aimais bien à chaque fois, revenir sur comment je l'ai senti. Je trouvais que c'était plus intéressant que « qu'est-ce que t'as mis comme traitement ». » (E1)

Quand il était absent, cela manquait à l'interne. L'implication du MSU dans la formation était parfois perçue comme insuffisante.

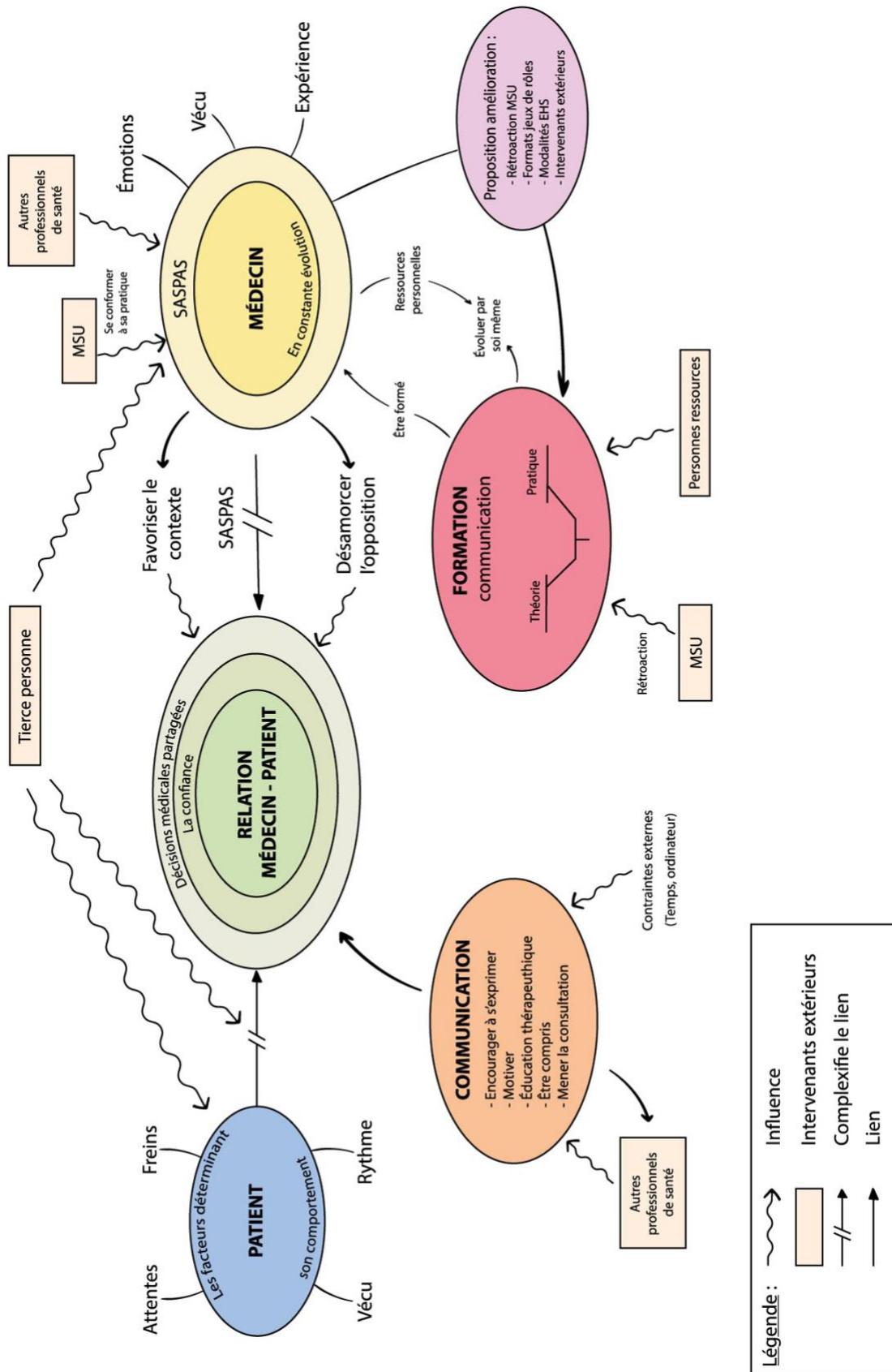
« Je pense qu'il faut vérifier qu'on ait des MSU qui sont investis dans la formation des internes, Moi personnellement, mes maîtres de stage ne s'investissaient pas dans la formation. Donc tu vois je pense que j'ai dû faire des choses, et j'ai appris à les gérer après tout seul, j'ai pas eu forcément de retour en fait. Pour s'améliorer, en discuter. J'ai pu faire des erreurs sur le semestre, c'est normal, ça peut arriver. Mais on en n'a pas parlé, ou alors qu'elles aient pas forcément été rattrapées, je trouve que c'est embêtant. » (E8)

Une demande était d'avoir plus de **retours d'expériences**, en GEP et par les MSU. Cela pouvait rassurer et donner des pistes d'amélioration de la pratique.

« Et c'est rassurant aussi de voir que j'étais pas la seule confrontée à ce genre de choses » (E6)

« Je trouve que ce qui était intéressant dans les GEP, c'est d'avoir le retour de l'enseignant » (E8)

G- Modélisation des résultats



4/ DISCUSSION

A- Principaux résultats

Le but de cette thèse était de recueillir le vécu des internes de SASPAS durant leurs expériences de consultations jugées difficiles sur le plan relationnel.

À travers ces témoignages, il a été mis en avant l'importance de la relation médecin-patient. La confiance était le centre de la relation, afin d'élaborer une prise en charge ensemble. L'interne devait s'adapter pour maintenir cette confiance. Il devait favoriser le contexte de la consultation et désamorcer l'opposition. Le statut particulier de SASPAS pouvait complexifier ce lien médecin-patient.

Pour faciliter une bonne relation, il était important de bien comprendre les facteurs déterminant le comportement du patient.

L'interne restait un individu à part entière, et meilleure était sa connaissance de lui-même, meilleures étaient ses capacités d'adaptation pour favoriser la relation. La pratique de l'interne était en constante évolution, à travers son expérience, son autocritique et sa formation continue.

La communication était la compétence utilisée pour améliorer la relation. Elle permettait à l'interne d'encourager le patient à s'exprimer, de le motiver, de pratiquer de l'éducation thérapeutique.

Pour utiliser ces outils de communication, l'interne devait être formé. Il y avait une autoformation, une formation théorique et surtout une formation pratique. Bien que les attentes des internes différaient, des pistes d'amélioration de la formation à la communication ont été proposées afin de venir répondre aux problématiques relationnelles évoquées.

B- Les forces et les limites

Le point fort de cette thèse est de s'intéresser spécifiquement au vécu des SASPAS ayant rencontré des difficultés relationnelles, ce qui n'a pas beaucoup été étudié en France. Le stage SASPAS étant le stage en autonomie et habituellement exécuté en fin d'internat, c'est lors de celui-ci que l'interne peut vraiment mettre en pratique sa formation à la communication dans les mêmes conditions que sa future vie professionnelle.

Le choix de la méthode par entretiens semi-dirigés avec codage ancré est particulièrement adaptée à l'étude des vécus.

La chercheuse a utilisé l'écoute active afin de pouvoir laisser les participants s'exprimer. Le choix du lieu était à la convenance des interrogés. La proximité entre la chercheuse (de par son statut de jeune remplaçante) et les interrogés a pu faciliter l'expression de leur ressenti. Il est également possible que certains se soient autocensurés par appréhension du regard de la chercheuse.

La méthode qualitative comporte des limites, en effet notre étude se base sur un échantillon restreint et les résultats pourraient différer si on reproduisait l'étude avec d'autres interrogés. Les résultats ne peuvent donc être généralisés.

Il s'agissait du premier travail de la chercheuse. Un entretien test non utilisé dans cette thèse a été réalisé à but d'entraînement.

Il existe un biais d'échantillonnage, puisque la participation était basée sur le volontariat, les participants se sentaient probablement déjà concernés par le sujet.

C- Intérêt de l'étude, perspectives

À travers le vécu des internes de SASPAS interrogés, cette étude permet d'identifier des éléments pouvant engendrer des difficultés relationnelles.

En analysant les consultations évoquées par les participants, on peut identifier des demandes de patient nécessitant des compétences de communication.

Parmi celles évoquées, on peut retenir certains motifs fréquents de consultation : la demande de certificat, la vaccination, les violences conjugales et la prise en charge de maladies chroniques (obésité, addictions, troubles thymiques, cancers, soins palliatifs).

Certains « profils » de patients (patient ne parlant pas le français, patient atteint de troubles cognitifs, patients ayant des connaissances médicales) pouvaient mettre l'interne en difficulté.

D'autres situations particulières ne sont pas prévisibles : les demandes multiples, le refus de soins et l'immobilisme du patient.

Ces situations sont déjà incluses dans les onze familles de situations élaborées par le CNGE²⁷, mais elles n'ont pas été évoquées par les internes interrogés. Une validation de ces

types de consultations est nécessaire pour la finalisation du portfolio. Cet outil pourrait être plus systématiquement utilisé lors des échanges avec le MSU.

La rétroaction avec les MSU est ressorti comme un facteur majeur de l'apprentissage pratique de la compétence de communication. Les méthodes de rétroactions vécues par les interrogés étaient diverses. Il semble exister un manque de cadre pour permettre une harmonisation des pratiques en termes de rétroaction. Une étude Normande de 2020 s'est intéressée à la pratique des MSU accueillant des SASPAS concernant les rétroactions pédagogiques, les évaluations formatives et certificatives. Cette étude montre une hétérogénéité des pratiques, l'absence d'outil pédagogique en dehors de la grille d'évaluation de fin de stage. Les MSU montrent un intérêt pédagogique et une meilleure compréhension des concepts et des termes pédagogiques leur permettrait de mieux appréhender la logique d'apprentissage.²⁸

La formation des MSU actuellement dispensée par le CNGE comporte des outils de rétroaction. Il serait intéressant d'étudier les attentes des MSU et des internes concernant les rétroactions.

Concernant la formation théorique, les participants ont eu, pour la plupart, du mal à répondre à la question « Quels outils de communication connais-tu ? ». Malgré cela, l'analyse des entretiens met en avant que même sans pouvoir les citer, les internes de SASPAS connaissent et utilisent des outils de communication. Dans l'ensemble, les interrogés sont favorables et en demande d'une formation plus complète dédiée aux outils de communication et à leur mise en pratique. Le Docteur Depreux Camille a élaboré une formation de quatre séances ; la première séance présente de façon théorique les compétences en communication, les trois autres visent à mettre en pratique ces compétences à travers des jeux de rôles et la méthode des six chapeaux de Bono.²⁹ Ce format d'apprentissage répond aux attentes des internes évoquées dans notre étude et est actuellement mis en place lors des EHS des internes de médecine générale.

Comme le relate une thèse de 2019 sur le vécu des internes concernant les Enseignements Dirigés, la qualité des EHS dépend des formateurs. Les internes ont dressé leur portrait-type de l'enseignant ; il devait être expert de la discipline enseignée et un bon animateur afin d'avoir toute l'attention de son auditoire.³⁰ Les internes souhaitent que le formateur intervienne davantage et fasse part de son expérience.

On observe dans notre étude que l'utilisation des jeux de rôles est discutée parmi les internes, mais sa nécessité dans l'apprentissage des compétences de communication est

reconnue par l'ensemble des participants. Une thèse menée en 2017 a étudié l'impact d'un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle.³¹ Elle montrait l'efficacité de l'utilisation des jeux de rôles et proposait l'utilisation de consultations filmées avec un acteur puis une rétroaction de groupe. Cela rejoint les axes d'améliorations proposés dans notre étude, à savoir des jeux de rôles plus réalistes avec d'autres intervenants (acteurs, patients, autres professionnels ou étudiants), l'utilisation de la vidéo et une discussion collective en fin de séance.

À noter la proposition d'inclure des patients partenaires lors des GEP, comme cela est déjà pratiqué dans d'autres universités.³²

5/ CONCLUSION

Les difficultés relationnelles concernent tous les internes.

Le statut d'interne de SASPAS, entre étudiant et professionnel confirmé, complexifie les liens relationnels. Les principales difficultés rencontrées par l'interne de SASPAS sont le manque de connaissance du patient, la place de l'interne dans une relation patient-médecin traitant déjà établie, et la méconnaissance des outils de communication.

Les difficultés ont un impact émotionnel sur l'interne, mais au fur et à mesure de ses expériences, la gestion du conflit et la mesure de la bonne distance médecin-patient s'améliore.

L'importance de la communication est reconnue et devrait avoir une place plus importante dans les études de médecine selon les internes.

Malgré une partie inhérente à la personnalité de chacun, la communication est une compétence qui s'apprend. Dans notre étude, les participants relevaient un manque de connaissances. Paradoxalement, ils affirmaient que l'apprentissage de la compétence communication n'était possible qu'après l'acquisition de connaissances biomédicales solides.

Une nouvelle méthode d'apprentissage en EHS a été mise en place récemment, il serait intéressant de voir si le vécu des internes sur les difficultés relationnelles est différent grâce à cet apprentissage.

Les rétroactions avec les MSU ont été décrites comme primordiales par les internes que nous avons interrogés. Une étude sur les attentes des internes et des MSU par rapport aux rétroactions pourrait aider à optimiser ses modalités.

6/ RÉFÉRENCES

1. STEWART, M A. « EFFECTIVE PHYSICIAN-PATIENT COMMUNICATION AND HEALTH OUTCOMES: A REVIEW. » CMAJ: CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL 152, NO 9 (1 MAI 1995): 1423-33.
2. SERVICES PUBLICS ET APPROVISIONNEMENT CANADA, DIRECTION GENERALE DES SERVICES INTEGRES. « OUTILS DE COMMUNICATION I : UNE MEILLEUR COMMUNICATION MEDECIN-PATIENT POUR DE MEILLEURS RESULTATS AUPRES DES PATIENTS : H39-509/1999F-IN - PUBLICATIONS DU GOUVERNEMENT DU CANADA - CANADA.CA », 1 JUILLET 2002.
3. OBSERVATIONAL STUDY OF EFFECT OF PATIENT CENTREDNESS AND POSITIVE APPROACH ON OUTCOMES OF GENERAL PRACTICE CONSULTATIONS.
4. BECKMAN HB, MARKAKIS KM, SUCHMAN AL, FRANKEL RM. THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP AND MALPRACTICE. LESSONS FROM PLAINTIFF DEPOSITIONS. ARCH INTERN MED 1994;154:1365-70. 12.
5. LEVINSON W, ROTER DL, MULLOOLY JP, DULL VT, FRANKEL RM. PHYSICIAN-PATIENT COMMUNICATION. THE RELATIONSHIP WITH MALPRACTICE CLAIMS AMONG PRIMARY CARE PHYSICIANS AND SURGEONS. JAMA 1997;277:553-9. 13.
6. HALPERN J. EMPATHY AND PATIENT-physician CONFLICTS. J GEN INTERN MED 2007;22:696-700. 14.
7. SERVICES PUBLICS ET APPROVISIONNEMENT CANADA, DIRECTION GENERALE DES SERVICES INTEGRES. « OUTILS DE COMMUNICATION I : UNE MEILLEUR COMMUNICATION MEDECIN-PATIENT POUR DE MEILLEURS RESULTATS AUPRES DES PATIENTS : H39-509/1999F-IN - PUBLICATIONS DU GOUVERNEMENT DU CANADA - CANADA.CA », 1 JUILLET 2002. SERVICES PUBLICS ET APPROVISIONNEMENT CANADA, DIRECTION GENERALE DES SERVICES INTEGRES. « OUTILS DE COMMUNICATION II : LA COMMUNICATION EFFICACE-- A VOTRE SERVICE : GUIDE DE RESSOURCES : H39-509/2001-2F-PDF - PUBLICATIONS DU GOUVERNEMENT DU CANADA - CANADA.CA », 1 JUILLET 2002.
8. ACADEMIE SUISSE DES SCIENCES MEDICALES (ASSM). « LA COMMUNICATION DANS LA MEDECINE AU QUOTIDIEN. UN GUIDE PRATIQUE », 15 DECEMBRE 2019.
9. VALLEE JP. ÉDUCATION THERAPEUTIQUE ET SOINS DE PREMIER RECOURS LES POINTS CLES DU RAPPORT DU HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, NOVEMBRE 2009. MEDECINE. MARS 10
10. ALLEN, DR JUSTIN, ET PROFESSEUR JAN HEYRMAN. « ET UNE DESCRIPTION DES COMPETENCES FONDAMENTALES DU MEDECIN GENERALISTE - MEDECIN DE FAMILLE. », S. D., 52.
11. ARTICLE 12 ARRETE DU 18 MARS 1992 RELATIF A L'ORGANISATION DU PREMIER CYCLE ET DE LA PREMIERE ANNEE DU DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES (S. D.).
12. ARTICLE 19 ARRETE DU 18 MARS 1992 RELATIF A L'ORGANISATION DU PREMIER CYCLE ET DE LA PREMIERE ANNEE DU DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES (S. D.).
13. MEDICALE, SOCIETE INTERNATIONALE FRANCOPHONE D'ÉDUCATION. « AGENDA SIFEM ».
14. DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION. « ÉTUDES MEDICALES ».
15. HAUTE AUTORITE DE SANTE. « ÉPREUVES CLASSANTES NATIONALES (ECN) - MODE D'EMPLOI ».

16. BEAULIEU, M. D., H. LECLERE, ET G. BORDAGE. « TAXONOMY OF DIFFICULTIES IN GENERAL PRACTICE. » CANADIAN FAMILY PHYSICIAN 39 (JUIN 1993): 1369-75.
17. BRAVERMAN, GENNA, SYLVIA BEREKNYEI MERRELL, JANINE S. BRUCE, GREGORY MAKOUL, ET ERIKA SCHILLINGER. « FINDING THE WORDS: MEDICAL STUDENTS' REFLECTIONS ON COMMUNICATION CHALLENGES IN CLINIC ». FAMILY MEDICINE 48, NO 10 (2016): 775-83.
18. VOIXMEDIQUES, PAR. « ÉVALUATION DE LA QUALITE D'ECOUTE DES MEDECINS GENERALISTES EN CONSULTATIONS (THESE DE S. DARETHS, DECEMBRE 2011) », 7 FEVRIER 2012.
19. DUPRAS, DENISE M., RANDALL S. EDSON, ANDREW J. HALVORSEN, ROBERT H. HOPKINS, ET FURMAN S. McDONALD. « "PROBLEM RESIDENTS": PREVALENCE, PROBLEMS AND REMEDIATION IN THE ERA OF CORE COMPETENCIES ». THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE 125, NO 4 (1 AVRIL 2012): 421-25.
20. LARAPIDIE, CECILIA. « ÉVALUATION DES ATTENTES DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE MIDI-PYRENEES CONCERNANT UNE FORMATION A LA COMMUNICATION DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT ». EXERCICE, UNIVERSITE TOULOUSE III - PAUL SABATIER, 2018.
21. WINCKLER MARTIN. LE CHOEUR DES FEMMES, S. D.
22. « JUSTE APRES DRESSEUSE D'OURS ». [HTTP://WWW.JADDO.FR/](http://www.jaddo.fr/).
23. RICHARD CLAUDE, LUSSIER MARIE-THERESE. LA COMMUNICATION PROFESSIONNELLE EN SANTE. 2ÈME ÉDITION., S. D.
24. TONG, A., P. SAINSBURY, ET J. CRAIG. « CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ): A 32-ITEM CHECKLIST FOR INTERVIEWS AND FOCUS GROUPS ». INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE 19, NO 6 (16 SEPTEMBRE 2007): 349-57.
25. BLANCHET ALAIN, GOTMAN ANNE. L'ENTRETIEN, S. D.
26. LEJEUNE CHRISTOPHE. MANUEL D'ANALYSE QUALITATIVE, ANALYSER SANS COMPTER NI CLASSER, S. D
27. CEMG LILLE. « FAMILLES DE SITUATIONS », S. D.
28. JOSEPH, KATHERINE. « ENTRE RETROACTIONS PEDAGOGIQUES, EVALUATIONS FORMATIVES ET CERTIFICATIVES: QUELLE EST LA PRATIQUE EFFECTIVE DES MSU DE NORMANDIE OCCIDENTALE ACCUEILLANT INTERNES DE MEDECINE GENERALE EN STAGES AMBULATOIRES? » NEPHROLOGIE, S. D., 99.
29. DEPREUX, CAMILLE. « LA COMMUNICATION MEDECIN-PATIENT : METHODE D'ENSEIGNEMENT ET D'APPRENTISSAGE DES COMPETENCES : ETUDE QUALITATIVE CHEZ DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE ». UNIVERSITE DE LILLE, 2020.
30. MORISS, CEDRIC. « VECU DES INTERNES EN FIN DE CURSUS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE LILLE CONCERNANT LES ENSEIGNEMENTS DIRIGES ». UNIVERSITE DE LILLE, 2019.
31. DUMOT PIERRE. « IMPACT D'UN ENSEIGNEMENT DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT PAR JEUX DE ROLE SUR LA COMPETENCE COMMUNICATION DES ETUDIANTS EN MEDECINE. », S. D.
32. « DES PATIENTS ENSEIGNANTS AU SEIN DE L'UNIVERSITE PARIS 13 - PEP13 - MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE ».

7/ ANNEXES

Annexe 1 : Message d'appel aux participants

Bonjour à tous,

Je m'appelle Sophie, j'ai fini l'internat en oct 2019. Je vous contacte dans le cadre de ma thèse sur le vécu et le ressenti de l'interne de Méd G dans le domaine de la communication lors du stage SASPAS. C'est une thèse quali menée par entretiens. Si vous êtes interne (en SASPAS ou l'ayant déjà fait), si vous avez vécu des consultations qui vous ont marqué(e) sur le plan relationnel et 1 heure de votre temps, ce serait vraiment sympa de me contacter.

Je suis joignable au 0678475600 ou sophie.bastin92@gmail.com

Annexe 2 : Guide d'entretien final

Bonjour

Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de ma thèse. Je m'appelle Sophie Bastin, je suis remplaçante en médecine générale. Le sujet de ma thèse porte sur le lien relationnel internes-patients.

J'ai choisi ce sujet car je me suis rendue compte de l'importance du relationnel lors de mon internat (et notamment lors de mon stage SASPAS). J'ai vécu personnellement des consultations qui m'ont fait réfléchir sur la communication et comment s'améliorer dans ce domaine.

Question 1 : brise-glace *Est-ce que tu as rencontré des difficultés relationnelles lors d'une consultation ? Peux-tu m'en parler ?*

Question 2 : *En quoi cette situation a été difficile ?*

Question 3 : *Comment as-tu géré cette situation ?
A posteriori, comment la situation aurait-elle pu être gérée autrement ?*

Question 4 : *Qu'as-tu retiré de cette expérience ?*

Question 5 : *De façon générale, est-ce que tu utilises des techniques de communication ?*

Si oui, Lesquelles ? Dans quelles situations les as-tu utilisées ? En quoi ça t'a été utile ?

Si non, pourquoi ?

Question 6 : *Par quels aspects de ta formation as-tu développé tes connaissances dans le domaine de la communication ?*

Que penses-tu de ta formation ?

À ton avis, comment pourrait-on améliorer la formation pour faire face aux consultations difficiles sur le plan relationnel ?

Annexe 3 : Récépissé autorisation de la CNIL



RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Identification et analyse des consultations difficiles sur le plan relationnel selon les internes de médecine générale ayant réalisé leur stage SASPAS dans le Nord- Pas- de- Calais : étude qualitative

Référence Registre DPO : 2020-118

Responsable (s) Chargé (s) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX /
Interlocuteur (s) : Mme Sophie BASTIN – M. le Dr Thibaud DESCAMPS

Fait à Lille,

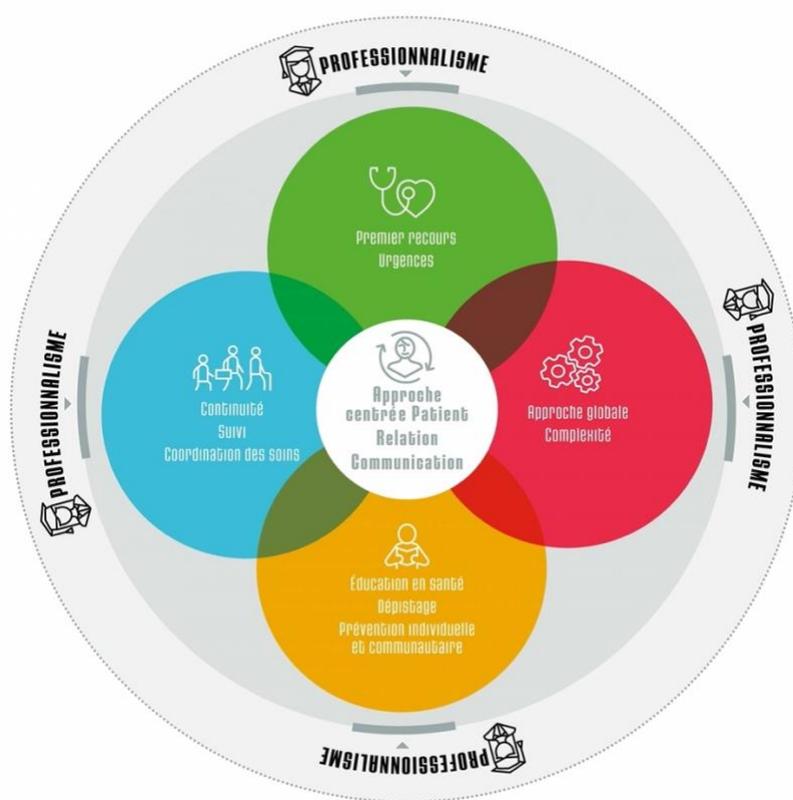
Le 16 juillet 2020

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 4 : verbatim disponibles sur clé USB

Annexe 5 : marguerite des compétences



Annexe 6 : grille COREQ

COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

AUTEURE : Nom : BASTIN

Prénom : Sophie

Date de soutenance : 6 avril 2022

Titre de la thèse : Vécu des internes en SASPAS dans le Nord-Pas-de-Calais : les difficultés relationnelles rencontrées en consultation

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : DES de Médecine Générale

Mots-clés : relation médecin-patient, vécu, difficultés relationnelles, communication, formation, SASPAS

Résumé :

Introduction :

Il existe des difficultés relationnelles mise en évidence à la fois par les patients et les médecins. Les médecins doivent se former afin de pallier ces difficultés. Le stage SASPAS est la charnière entre la fin des études et le début de la pratique de médecine générale. Cette étude cherche à recueillir le vécu des internes de SASPAS concernant les difficultés relationnelles rencontrées en consultation.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels semi-dirigés entre août 2020 et décembre 2021 auprès de neuf internes ayant fait leur stage SASPAS. Une analyse par théorisation ancrée, avec une triangulation des données, a été menée jusqu'à suffisance des données.

Résultats : La confiance dans la relation médecin-patient était centrale. L'interne de SASPAS devait s'adapter pour la maintenir et désamorcer l'opposition. Son statut particulier de SASPAS pouvait complexifier le lien médecin-patient. L'interne devait comprendre les facteurs déterminants son comportement et celui du patient. La pratique de l'interne était en constante évolution, à travers son expérience, son autocritique et sa formation continue. La compétence de communication nécessitait une formation. Des pistes d'amélioration ont été proposées afin de venir répondre aux problématiques relationnelles évoquées.

Conclusion : Les internes de SASPAS sont tous confrontés à des difficultés relationnelles. Certains facteurs de difficultés comme la mauvaise connaissance du patient, le statut de SASPAS, certains motifs de consultation et le manque de connaissance en communication sont identifiés dans cette étude. Une harmonisation des rétroactions, un nouveau format d'EHS, des intervenants différents dans les jeux de rôles sont proposés pour améliorer la formation.

Composition du Jury :

Président : Professeur Olivier COTTENCIN

**Assesseurs : Docteur Sabine BAYEN
Docteur Judith OLLIVON**

Directeur de thèse : Docteur Thibaut DESCAMPS