

Année 2017

2017 TOU3 1073

2017 TOU3 1074

**THÈSE**

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE  
GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

**Manon CHOPLIN et Sophie RICARD**

Le 06 juillet 2017

**Représentations des internes en médecine générale de Haute-Garonne  
concernant la notion de « relation médecin-patient ».**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Directrice de thèse: Docteur Odile BOURGEOIS

Co-directeur de thèse: Docteur Emile ESCOURROU

**JURY :**

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Assesseur

Monsieur le Docteur Serge ANE

Assesseur

Madame le Docteur Odile BOURGEOIS

Assesseur

Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU

Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul**  
**Sabatier au 1<sup>er</sup> septembre 2016**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHEs Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHEs Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Étienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHEs Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVALD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

Mme BEVNE DALIZY Odile	Médecine Interne
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
 Dr CHICOULAA Bruno  
 Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
 Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
 Dr ANE Serge  
 Dr BIREBENT Jordan

## **REMERCIEMENTS COMMUNS**

---

**A monsieur le professeur Pierre Mesthe.**

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury et merci de l'intérêt que vous avez porté au sujet.

**A nos directeurs de thèse, madame le Docteur Odile Bourgeois et monsieur le Docteur Emile Escourrou.**

Merci de votre intérêt pour cette étude et de votre réactivité dans vos réponses. Vos encouragements nous ont été d'un grand soutien.

**A madame le Dr Brigitte Escourrou et à monsieur le Dr Serge Ané.**

Merci d'avoir accepté de juger notre travail.

**A madame le Dr Gabrielle Kelly-Laurencin.**

Merci de ton regard et de ton soutien dans certaines étapes cruciales de notre travail.

**A tous les enseignants du DUMG de Toulouse.**

Merci de votre investissement dans notre formation d'interne et de la qualité de vos interventions.

**A messieurs les Dr Serge Bismuth et André Stillmunkes.**

Merci d'avoir nourri notre réflexion quant à la détermination de notre question de recherche.

**Aux participants de l'étude.**

Merci de nous avoir accordé votre confiance et d'avoir répondu présent à l'appel.

**A tous les relecteurs, Charlotte, Juliette, Thomas, Mady, Régine.**

Un grand merci pour vos regards attentifs et bienveillants.

**A Agnès Molinari.**

Merci de ton efficacité et de ton soutien au moment où nous en avons besoin.

## **REMERCIEMENTS DE MANON**

---

### **A Thomas.**

Pour ta patience, ton amour et ton soutien sans faille malgré les embûches liées à mon parcours. Après avoir survécu aux ECN, au SNUFE de la naissance de notre fils et à une thèse, c'est avec évidence qu'on signe le 26 ! Je n'aurai pas assez du reste de notre vie pour te signifier ma gratitude. Merci d'avoir si facilement intégrée ma famille dans ta vie.

### **A mes parents, Mady et Pady.**

C'est grâce à votre solidité et à votre amour immuable que j'en suis là aujourd'hui et que je crois en mon potentiel. Mille mercis pour notre complicité. Je tâcherai de transmettre à Jules toutes les valeurs que vous portez. Vous avez réussi à créer la plus magique de toutes les familles.

### **A Juliette.**

Pruneau du matin, petite sœur, conseillère perso en allaitement, copine de galère de concours, partenaire de révision et meilleure baby-sitter de tous les temps : merci. On ne peut pas espérer sœur plus polyvalente que toi. Je suis émue qu'on finisse nos parcours professionnels en même temps. Je serais honorée et heureuse d'avoir des patientes en commun avec toi. Je les saurais entre de bonnes mains.

### **A Chaps.**

Pour tes éclats de rire si communicatifs, pour ton bilinguisme plus que pratique, pour ces nombreux voyages par procuration, et pour la bouffée d'air frais que représentaient nos appels whatsapp. Merci pour notre complicité. A tous nos fous rires passés et à venir!

### **A Magnès et MamDoc.**

Pour votre présence dans mon enfance, pour vos grains de folie et pour les éclats de rire que vous transmettez à maman.

### **A Mamiemosa et Grand-père Vorace, A Mamie et Papi Geo.**

Une grande pensée pour vous, en ce tournant de ma vie.

### **A Mandine-Djee-Momo.**

Mes fifoux. Je grandis avec vous, j'apprends de vos chemins, je vis intensément vos aventures, je me nourris de votre amitié, je suis blessée quand vous trébuchez. Merci d'être là, merci de ces week-ends réguliers, merci de votre présence pour Jules. Vous êtes mes piliers.

### **A Amélie.**

Co-externe, sous-colleuse, belle sœur et co-maman. Merci de ta présence rassurante, de ton amitié sincère, de nos conversations philosophiques et de notre partage de ressentis en puériculture. Merci de tout ce que tu as apporté dans ma vie. Je pense avec excitation à toutes ces futures vacances en commun.

**A Gigi.**

Merci pour ta patience quand j'accapare ta femme au téléphone, et pour la passion que tu transmets quand tu parles de ton métier. Et clins d'œil à tes talents culinaires, à ton amour des chansons populaires et à ton humour plein de références filmographiques : les repas de famille sont d'autant plus animés !

**A Guillaume et Sabine.**

Merci de m'accueillir si chaleureusement et si musicalement dans votre quotidien. Votre famille est magnifique et vos enfants de si belles personnes.

**A Mathilde.**

Pour ton originalité, pour ta beauté, pour ton grain de folie, pour ta liberté, pour ton humeur et pour ton art : merci. Je t'admire beaucoup.

**A Leïla.**

Tu étais là dans les années les plus importantes de ma construction. Nos longues conversations plaid-thés-chocolat m'ont beaucoup apporté et sont un peu notre marque de fabrique aux yeux de beaucoup de nos proches. Merci. On a tout fait Leïla : le Vietnam, l'Afrique, la coloc et les ECN. C'est pas un petit océan qui va venir à bout d'une si grande amitié. Prépare Pierre à notre venue régulière !

**A Charlotte M. et Maïté.**

Les meufs. A notre si belle amitié. Nos retrouvailles se font toujours avec un immense plaisir et une facilité déconcertante. Je vous sais à mes côtés et votre présence me donne de la force.

**Aux Voissous : Guillaume et Clément.**

Un quotidien à vos côtés, ça marque ! Merci pour vos idées farfelues, nos soirées à refaire le monde et notre 91 ouvert aux 4 vents. Vive les windy.

**A Léa.**

Une amitié née sur l'Ariégeoise : c'est du solide ! J'ai hâte de tous ces futurs moments partagés, à regarder galoper nos bambins.

**Aux Lourdais : Sev, Mathilde, Aline, Pierre, Vincent, Sophie.**

En souvenirs de ce mémorable 1<sup>er</sup> semestre. Je garderai un souvenir ému de cet époustouflant bout de vie à 7. Vous étiez mon réconfort, mon énergie, ma joie de vivre.

**Au docteur Christian Gov**, Blanche-neige apaisante et éclairante pour ses 7 nains.

**Aux Sénégalais : Lucas, Romain, Bastien, Chachou.**

Les voyages forment la jeunesse : vous avez participé à former la mienne. En souvenir de ces moments partagés, en France comme ailleurs.



**Aux maîtres de stage** que j'ai eu la chance de pouvoir croiser sur mon chemin et qui m'ont inspiré. **Aux Docteurs Sylvie Badenco, Brice Castel, Nadine Dubroca et Laurent Bleuler.** Vous avez été de parfaits tuteurs pour me lancer sereinement dans ce début d'internat. **Au Docteur Julie Jardon.** Très belle rencontre, merci pour ton humanité et ta sincérité. **Au Docteur Sylvie Grosdidier.** Ton regard attentif et rassurant m'a mis en confiance. **Aux Docteurs Marie-Laurence Priarollo, Alfred Trividic, Yvan Macheto et Béatrice Bellamy:** vous avez fait en sortes que je puisse prendre mon envol dans des conditions rêvées. Merci de ce compagnonnage bienveillant, merci de m'avoir confié votre patientèle.

**A bébé Jules** qui fait pétiller ma vie.

Et enfin, à **Sophie.**

Je savais ta sensibilité et ton intelligence, mais cette expérience a été pour moi l'occasion de mieux connaître tes multiples talents. Merci de me faire regarder la vie au travers de ton prisme si poétique et si émotif. Merci pour tes envolées lyriques. Et surtout merci de ta générosité et de ta maturité : on ne pouvait rêver meilleure ambiance pour une année de thèse.

## **REMERCIEMENTS DE SOPHIE**

---

**Au couple que forme mes parents;** pour tout le soutien inconditionnel que vous m'avez apporté et pour la confiance que vous m'avez accordée dans certains de mes choix.

**A ma mère;** pour toute l'écoute, la patience et l'amour dont tu fais preuve envers moi et envers les gens qui t'entourent. J'ai énormément de chance d'avoir grandi entouré par tes valeurs. Tu es une femme magnifique. C'est de toi que me vient l'envie de prendre soin.

**A mon père;** pour me faire confiance, pour l'amour que tu me portes, pour avoir compris certaines de mes envies même si elles te paraissaient saugrenues.

**A mon frère Maxime;** pour ta présence que je sais constante, pour tout l'apaisement que tu m'apportes quand je doute de moi ou du chemin à prendre. Je sens que ton épaule est solide. Je te souhaite le meilleur.

**A Mathylde ;** pour toute ta générosité et ta beauté. Pour toute l'évidence et la sincérité de notre amitié. Pour toutes les fois où je me sens pleinement accueillie et reconnue dans ce que je suis. Tu sais combien ta présence m'est précieuse.

**A Elodie ;** pour notre compréhension mutuelle, pour notre recherche incessante de sens, pour ton soutien sans faille, pour le monde que l'on a déjà défait et refait 1000 fois, pour la petite lumière qui brille en toi.

**A Anaïs ;** pour toute la fraîcheur que tu amènes et ce petit brin de folie que j'aime tant ; pour tout ton entrain et ton soutien depuis longtemps ; pour la réassurance que tu as su m'apporter quand il fallait.

**A Nadège ;** pour ta beauté pétillante, pour toutes les surprises que tu réserves, pour ta sensibilité, pour ton rire que j'aime, pour ta générosité et pour ton soutien tout au long de ces années.

**A Florence ;** pour ton amitié si précieuse, pour tes conseils toujours aiguisés et justes, pour ta sensibilité, pour ta présence infaillible, pour nos confidences qu'on peut se faire avec confiance ; pour les parties de rigolade aussi. Et puis pour le tango, ne l'oublions pas...

**A Manon B.,** pour la belle personne que tu es, pour toutes les attentions et la justesse dont tu fais preuve. J'espère que tu sais voir ta beauté et que jamais personne ne t'en fera douter.

**A Manon C. ;** pour toute la richesse de nos échanges, pour tout le plaisir que j'ai eu de mieux te connaître et de construire une belle amitié. Pour toute ta bienveillance et ton humour. J'ai appris plein de choses à tes côtés. Je suis ravie d'avoir fait ce travail avec toi. Merci.

**A Damien** ; pour notre amitié qui m'est précieuse, pour ton regard que je sais bienveillant et qui m'apaise, pour ta générosité, pour tous ces moments passés à discuter. Ta présence me fait du bien.

**A Mathilde** ; pour tout le plaisir que j'ai de te retrouver, pour ton amitié, pour ton écoute toujours attentive, pour ta curiosité et tes sourires radieux.

**A Roberto** ; pour tout le soutien et la confiance que tu m'as donnée ; pour la bouffée d'air que j'attendais tant et que les études refusaient de me donner. Merci de toutes ces nourritures philosophiques, éthiques et existentielles. Je n'aurais pas tenu sans ton manteau.

**A Gabrielle** ; pour tous les questionnements qu'on partage et pour tout ce que tu interpelles en moi ; j'ai l'impression de grandir un peu plus à chacune de nos conversations. Merci de ton soutien et de ta constance.

**A Béa** ; pour la belle personne que tu es, pour toute ta générosité, ton énergie et ta force. C'est tellement vivifiant d'être à tes côtés ! J'espère nous voir vieille et dansante, stupéfiant tout le monde par nos déhanchés arthrosiques endiablés...

**A Lise** ; pour ton entrain si communicatif, pour ton énergie, pour nos confidences, pour tes attentions et pour tes « Esa ! ».

**A Laure** ; pour ton amitié et tes attentions, pour ces années d'externat parfois éprouvantes que tu m'as aidée à traverser ; pour nos longues conversations qu'on ne terminerait jamais.

**A Dominique** ; pour toutes les conversations passionnantes qu'on a eu, c'était agréable de refaire le monde ou en tout cas d'essayer de le comprendre. On s'y remet quand tu veux !

**Aux étaïens** ; pour cette belle aventure ensemble. Ce sont de superbes souvenirs.

**A Sandrine Cayrou** ; pour tous les trésors que tu m'as fait découvrir, pour toute la force que me procure nos séances, pour toute la confiance que je m'accorde petit à petit grâce à toi. J'ai une chance incroyable de t'avoir rencontrée. J'ai beaucoup de reconnaissance à ton égard. Merci de savoir transmettre avec tant de générosité et de justesse.

**A Yannick** ; pour ces belles tandas, pour les apéros « mojitos » où on a enflammé la piste et pour les longues conversations en tous genres.

**A Cédric** alias Bill ; pour ta recherche toujours stimulante. En ce qui concerne Sophie Fatale, je ne lâche pas l'affaire et je propose qu'on réécrive son histoire...

**A Daniel** ; pour ton tango, ta bonne humeur et ta constance.

**A Lo** ; pour les jolis tangos, pour les discussions, pour les cafés et pour les « mojitos » aussi !

**A Jean-Charles** ; pour les encouragements et les compliments, pour nos conversations souvent en dehors des conventions, à la beauté du tango !

**A Pablo et Emilie Tegli** ; pour tout le bonheur que j'ai eu à apprendre de vous. Pour la générosité, la profondeur et le jeu de votre tango...

**Au Bellywarda** ; pour toutes ces femmes magnifiques que nous sommes, pour ce plaisir à chaque fois renouvelé de danser avec vous.

**A Simon** ; pour toute la bienveillance et la valorisation dont tu fais preuve. C'est un vrai plaisir de grimper ensemble. Je suis ravie de t'avoir rencontré. Je nous souhaite une belle amitié.

**A Mylène Souyeux** ; pour tous les soins que tu m'as donnés avec tant de générosité, d'écoute, de spontanéité et d'humilité. C'est un plaisir de pouvoir observer à quel point tes mains ressentent et apaisent. Je trouve que tu es une soignante remarquable.

**A la Candela et à ses membres** ; pour tout le plaisir que j'ai eu de participer au projet. Pour toutes les amitiés qui en ont découlées.

**Au Dr Philippe Poinot**, qui a été le premier de mes pairs à reconnaître ma singularité de soignant et à m'encourager à lui donner toute sa place. Tu m'as aidée à me sentir légitime dans ce milieu médical dans lequel j'ai eu parfois tant de mal à me retrouver.

**Au Dr Anne Saint-Martin** ; pour toute la richesse de nos discussions, et pour toute la curiosité que cela engendrait. C'était un régal. J'ai énormément appris à ton contact.

**Au Dr Ecoiffier, au Dr Bernard et au Dr Tubery** pour m'avoir accompagnée dans mes premières expériences d'interne et pour m'avoir appris à garder un raisonnement juste.

**Au Dr Christine Cerna, au Dr Lafont et au Dr DaudieMourot** ; pour leur accompagnement et leur réassurance lors de mon premier SASPAS.

**Au Dr Brillac, au Dr Azais, et au Dr Gosse, à Fabienne et à Sandrine** pour m'avoir accompagnée vers l'autonomie lors de mon dernier stage.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

---

AEP : Atelier d'Échange de Pratique

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

GEP : Groupe d'échange de pratique

DESMG : Diplôme d'Étude Spécialisé de Médecine Générale

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

GPP : Groupe Pédagogique de Proximité

HAS : Haute Autorité de Santé

RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique

SASPAS : Stage Autonome et Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SCRE : Situation Clinique Rencontrée Ecrite

WONCA : World Organization of Family Doctors

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	5
MATERIEL ET METHODE .....	7
I. Population de l'étude .....	7
II. Méthode qualitative .....	7
III. Phase exploratoire .....	7
IV. Echantillonnage .....	8
V. Rôle des chercheurs .....	8
VI. Recueil des données .....	9
VII. Analyse .....	10
VIII. Ethique .....	11
RESULTATS.....	12
I. Description de la population .....	12
II. Présentation des résultats.....	13
1. Aspirations versus vécus de la relation médecin-patient pour les internes en médecine générale.....	13
A. Représentations de la relation médecin-patient .....	13
✓ Valeurs auxquelles ils aspirent .....	13
✓ Influence des représentations concernant les attentes des patients .....	14
✓ Représentation de la figure de médecin .....	14
✓ Représentation de la relation .....	15
✓ Influence d'une expérience personnelle en tant que patient.....	15
B. Réalité de la relation .....	16
✓ Utilisation d'une attitude directive .....	16
✓ Réflexivité .....	16
✓ Utilisation d'une attitude tendant vers l'équilibre.....	17
2. Particularités de la relation médecin-patient dans le contexte de l'internat de médecine générale.....	17
A. Posture de soignant en cours d'acquisition .....	18
✓ Acquisition facilitée par la prise de la place du médecin .....	18
✓ Acquisition facilitée par l'utilisation d'accessoires.....	18
✓ Recherche de la juste distance .....	18
B. Besoin d'être validé dans sa posture de soignant.....	18
✓ Impact du comportement du patient.....	18
✓ Impact du comportement du maître de stage.....	19
C. Influences et particularités des études médicales et de l'internat dans l'apprentissage de la relation médecin-patient .....	20

✓	Trio maître de stage-interne-patient : ombre du maître de stage flottant au-dessus des pratiques de l'interne.....	20
✓	Manque d'expérience professionnelle impactant la relation .....	20
✓	Apprentissage initialement en milieu hospitalier .....	21
D.	Sentiment d'existence d'un tabou au sein du corps médical .....	21
3.	Solutions utilisées et envisagées pour l'apprentissage de la relation médecin-patient .....	23
A.	Retentissement de l'apprentissage de la relation médecin-patient sur le bien-être des internes .....	23
✓	Emotions et sentiments générés pendant la consultation .....	23
✓	Retentissement sur l'image de soi en tant que professionnel.....	23
✓	Réactions de défense et stratégies d'adaptation mises en place .....	24
✓	Gestion des émotions.....	24
✓	Besoin d'une meilleure connaissance de soi.....	24
B.	Importance des espaces de parole existants et à créer .....	24
✓	Place prépondérante des GEP et des groupes de pairs.....	25
✓	Solution envisagée : proposition de GEP relationnel.....	25
✓	Intérêt des groupes de Balint .....	25
✓	Intérêt d'un partage d'expérience par les lectures.....	25
C.	Utilité et importance d'un réel compagnonnage.....	26
✓	Rôle prépondérant des maîtres de stage .....	26
✓	Un accompagnement personnalisé par les tuteurs ou maîtres de stage.....	26
✓	Importance de l'attitude pédagogique positive .....	27
D.	Place des enseignements universitaires .....	27
✓	Enseignement de la communication .....	27
✓	Enseignement de la psychologie humaine et de la relation.....	28
✓	RSCA : outil validé et utilisé .....	28
✓	Facteurs à prendre en compte pour l'enseignement de la relation .....	28
DISCUSSION	.....	30
I.	Résumé des résultats .....	30
II.	Essai de théorisation .....	30
III.	Confrontation aux données de la littérature .....	32
1.	Des changements de paradigme à l'origine de discordances dans les apprentissages relationnels .....	32
2.	L'existence d'un curriculum caché et son impact sur les représentations et le bien-être des étudiants en médecine.....	34
3.	Réflexions autour de l'impact de la charge émotionnelle sur le bien-être des internes .....	35
4.	Ouverture : proposition d'outils.....	36

A.	Un séminaire annuel .....	36
B.	Des groupes d'échange de pairs spécifiques à la relation médecin-patient.....	38
IV.	Forces et limites de l'étude .....	39
	CONCLUSION .....	41
	BIBLIOGRAPHIE	
	ANNEXES	



## INTRODUCTION

---

La vertu thérapeutique de la relation entre un patient et son médecin est connue depuis longtemps. Michael Balint a entre autre décrit cet effet thérapeutique de la relation de soin en développant la notion de « remède médecin » : « le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale [est] le médecin lui-même. »(1) Une méta-analyse menée en 2006 par Alain Moreau et coll. vont dans le sens de l'efficacité thérapeutique de la relation.(2)

Cette relation a beaucoup évolué depuis le XXème siècle. L'émergence des pathologies chroniques, la technicité de la médecine, et l'accès facilité à l'information ont abouti à une relation dont l'objectif est la participation du patient aux prises de décisions et à la prise en charge de sa pathologie, en prenant en considération son contexte socio-environnemental.(3)

Le médecin généraliste a une mission de prévention, d'information et d'accompagnement. On voue au médecin des compétences médicales, mais aussi des compétences humaines, éthiques, sociales et communicationnelles. On le veut compétent dans son savoir-faire et dans son savoir-être.

Pour répondre au mieux à ces exigences, des compétences communicationnelles et relationnelles spécifiques doivent être acquises et nécessitent une formation initiale et continue. Ce besoin en formation se fait d'autant plus pressant que l'apparition de difficultés relationnelles peut favoriser le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes.(4)

Ce besoin de formation à la relation médecin-patient avait été identifié auprès des internes en médecine générale de Toulouse en 2011 par un travail de thèse dirigé par le Dr Bismuth.(5)

La médecine générale est en plein essor depuis 2002 où elle est devenue une spécialité avec le décret de loi N°2002-73 de modernisation sociale.(6) Depuis, la World Organization of Family Doctors (WONCA) a défini 11 caractéristiques principales de la médecine générale et 6 compétences fondamentales d'un médecin généraliste dont « les soins centrés sur la personne », « l'approche globale » et « l'adoption d'un modèle holistique ».(7) (annexe 1) Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) s'en est inspiré pour créer la marguerite des compétences en médecine générale, donnant la place centrale à l'item « l'approche centrée patient-relation-communication ».(8) (annexe 2)

Des évolutions dans la formation des médecins sont en cours pour tenter d'harmoniser la formation du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales.

Dans un contexte de pédagogie centrée sur les apprentissages(9) et d'approche par compétences(10), une transition a été débutée afin que les promotions de futurs médecins généralistes acquièrent les compétences décrites par la WONCA et le CNGE, compétences entre autre relationnelles.

Le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse a suivi cette transition pédagogique et souhaite continuer ses réformes. Un pôle « éducation thérapeutique et relation médecin-patient » va voir le jour en 2017.

Afin de proposer des pistes d'amélioration à l'enseignement de la relation médecin-patient, et pour pouvoir être au plus proche des besoins des internes, nous avons mené notre étude avec pour objectif principal de décrire leurs représentations concernant la relation médecin-patient ainsi que leurs habiletés relationnelles.

# MATERIEL ET METHODE

---

## I. Population de l'étude

Nous nous sommes intéressées aux étudiants en 3ème cycle du diplôme d'étude supérieure de médecine générale (DESMG) du DUMG de Toulouse, tous semestres confondus. Les participants pouvaient être en stage hospitalier comme en stage ambulatoire, la méthode de recueil étant un appel à volontaire parmi les internes du groupe pédagogique de proximité (GPP) de Haute-Garonne du semestre de novembre 2016 à mai 2017.

Le seul critère d'inclusion était d'être en train de réaliser sa formation de 3<sup>ème</sup> cycle d'étude médicale en spécialité médecine générale à Toulouse.

Les caractéristiques des participants ont été recueillies de manière anonyme en début d'entretien (annexe 3).

## II. Méthode qualitative

Nous avons choisi la méthode qualitative, qui est adaptée à l'exploration des représentations des participants. Cette méthode permet d'appréhender les expériences, le vécu et le ressenti des internes en médecine générale vis-à-vis de la relation médecin-patient.

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés afin de favoriser la libre expression des participants, en partant des hypothèses suivantes :

- Le vécu des relations interhumaines est un sujet touchant à l'intime.
- Livrer son vécu et son ressenti est un exercice difficile pour une population appartenant au corps médical, milieu professionnel peu permissif pour l'expression du doute et des erreurs.

## III. Phase exploratoire :

### 1. **Bibliographie :**

Un travail de recherche bibliographique a été mené sur les thèmes de la relation médecin-patient, l'apprentissage de la relation pendant l'internat, les habiletés relationnelles, l'approche centrée patient et la communication en santé.

Ce travail a été réalisé en utilisant les bases de données SUDOC, Pubmed, CAIRN et EM premium.

## **2. Détermination de la question de recherche et des objectifs**

Le choix de notre question de recherche a été influencé par notre parcours professionnel qui nous a permis de nous rendre compte de l'importance de l'aspect relationnel dans le soin et donc de l'importance de son apprentissage.

Nous avons personnellement souffert d'un manque d'espace où les internes en médecine générale puissent non seulement réfléchir à leur positionnement dans leur relation de soin mais puissent également se décharger d'histoires lourdes à porter seul.

Puis nous avons réfléchi et discuté avec des enseignants du DUMG du rôle de la faculté dans l'enseignement de la relation médecin-patient et de la façon dont on pourrait créer un espace d'enseignement à la relation.

### **IV. Echantillonnage**

La première étape du recrutement a été par méthode de proche en proche via un contact personnel, afin de s'assurer de la pertinence du guide d'entretien.

Une fois ce 1<sup>er</sup> entretien réalisé, un courriel d'appel à volontaire a été envoyé à destination de tous les internes en médecine générale en stage sur la Haute Garonne lors du semestre de novembre 2016 à mai 2017, internes appartenant au même GPP.

Dans ce courriel, nous avons précisé le statut des chercheuses, le thème global de la recherche et la méthode par entretien individuel.

Lors de la phase finale de recrutement, nous avons cherché à obtenir un échantillonnage raisonné en recherche de variation maximale de profils d'internes en médecine générale par rapport au sexe, à l'âge, à la faculté d'origine, à l'avancée dans le cursus mais surtout par rapport aux formations complémentaires réalisées en parallèle du cursus médical.

### **V. Rôle des chercheurs**

Le travail de recherche a été mené par deux chercheuses et amies : Manon Choplin, interne en médecine générale en 6<sup>e</sup> semestre et Sophie Ricard, médecin généraliste remplaçante en Haute Garonne ayant fini son internat en novembre 2016.

En tant que chercheuses, nous étions ici l'instrument du recueil des données. Nous avons conscience de la place de notre propre subjectivité dans le déroulement de l'entretien. Une réflexivité sur nos représentations et sur nos postures de chercheuse a été menée tout au long de l'étude : de l'élaboration du guide d'entretien en passant par la réalisation des entretiens, jusqu'à l'analyse des données.

## **VI. Recueil des données**

### **1. Conditions du recueil :**

Nous avons choisi la méthode de recueil par entretien individuel. Les entretiens semi-dirigés ont été modérés par une des chercheuses, sans intervenant extérieur autre que la chercheuse et le participant.

L'entretien pouvait s'éloigner du guide pour approfondir une réponse ou une idée.

### **2. Matériel d'enregistrement**

Les entretiens ont été enregistrés au moyen de l'application « Dictaphone » de Smartphone « SAMSUNG® » nous appartenant.

### **3. Connaissances des participants**

Les participants étaient au courant du statut d'«interne» des chercheuses. Un rappel du thème général de «la relation médecin-patient» a été fait en début d'entretien, sans plus de précision afin de ne pas influencer les participants.

### **4. Elaboration du guide d'entretien**

Nous avons décidé de partir d'une consultation choisie par l'interne comme étant compliquée sur le plan relationnel pour lancer l'entretien. Cette décision a été approuvée au cours d'un atelier d'aide méthodologique proposé par le DUMG.

Le guide comprenait quatre parties visant à explorer : les habiletés relationnelles mises en place pour faire face à la difficulté rencontrée, le vécu de cette difficulté, la réflexivité qu'ils en avaient a posteriori, et les moyens qu'ils voyaient pour s'améliorer.

L'entretien pouvait s'éloigner du guide pour approfondir une réponse ou une idée et l'ordre chronologique des parties était ajustable pour permettre la fluidité des échanges et sa souplesse.

Le guide a été testé et validé en réalisant ce qui est devenu l'entretien 1.

Ce guide a ensuite été révisé après analyse des 4 premiers entretiens en sélectionnant les questions du guide qui amenaient le plus d'éléments répondant aux objectifs de recherche. Ceci a abouti à un affinement, sans changement majeur. (1<sup>ère</sup> et dernière versions en annexe 4 et 5)

## **5. Retranscription**

Afin de préserver l'anonymat, les entretiens ont été numérotés de A à F et de 1 à 6. Chaque entretien a été retranscrit en intégralité et le plus fidèlement possible.

## **VII. Analyse**

### **1. Type d'analyse**

L'analyse de notre corpus de données s'est effectuée par étape et à l'aide des catégories conceptualisantes.

La première étape d'analyse a consisté à découper les entretiens en unités de sens (*verbatim*), et à leur attribuer un code : la codification.

Les catégories conceptualisantes ont vu le jour dans un second temps, en faisant appel à des niveaux d'inférences de plus en plus élevés.

La dernière étape a consisté en la mise en relation des entités conceptuelles s'inspirant de la démarche d'analyse par théorisation ancrée construite par Glaser et Strauss et reprise par Pierre Paillé.(11)

Des allers-retours empirie-théorie ont eu lieu aux différents stades de la recherche.

### **2. Logiciel utilisé**

Un tableau Excel° a tenu lieu de support tout au long de l'analyse.

### **3. Triangulation des chercheurs et regards extérieurs**

Pour rester au plus proche du sens des paroles des internes, un aller-retour permanent a eu lieu entre les enregistrements vocaux, les retranscriptions et notre tableau d'analyse.

La triangulation des chercheurs a été menée tout au long de l'étude. Le codage et l'analyse des entretiens ont été faits individuellement par chacune des chercheuses puis mis en commun. En cas de désaccord, une réécoute attentive de l'entretien de la part des deux chercheuses a souvent permis la résolution du problème.

Les regards extérieurs de nos directeurs de thèse et d'un chercheur naïf de l'étude, Dr Gabrielle Laurencin-Kelly, nous ont permis d'avoir des avis objectifs sur notre analyse et nos résultats.

## **VIII. Ethique**

### **1. Consentement des participants**

Le consentement des participants a été recueilli par écrit via un formulaire de consentement avant chaque début d'entretien. (annexe 6)

### **2. Anonymisation des données**

L'anonymisation des participants et des lieux et personnes cités a été faite lors de la retranscription de chaque entretien.

### **3. Comité d'éthique**

Nous avons obtenu un avis favorable de la commission d'éthique du département de médecine générale de Midi-Pyrénées suite à la soumission de la description de l'étude et du guide d'entretien. (annexe 7)

# RESULTATS

---

## I. Description de la population

### 1. Caractéristiques de l'échantillonnage

Neuf femmes et trois hommes, âgés de 23 à 31 ans ont participé.

Les internes recrutés allaient du 1<sup>er</sup> au 6<sup>ème</sup> semestre. Nous n'avons eu aucun interne en 2<sup>ème</sup> semestre.

Nous avons réussi à avoir une diversité satisfaisante concernant les facultés de 2<sup>ème</sup> cycle d'origine des participants.

Cinq d'entre eux avaient fait ou étaient en train de faire leur Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS).

Onze des douze participants avaient bénéficié de formation complémentaire en plus de leur formation initiale délivrée par la faculté. Ces formations concernaient entre autre l'éducation thérapeutique, l'entretien motivationnel, la participation à des groupes Balint, l'éthique, l'anthropobiologie.

Un participant avait exercé en tant qu'infirmier avant de débiter ses études de médecine.

Un autre participant avait eu des remarques négatives concernant son relationnel par son entourage professionnel.

Un récapitulatif des caractéristiques de la population est présent en annexe. (annexe 8)

### 2. Causes de refus de participation à l'étude

Pour rappel, la méthode de recrutement a été l'envoi d'un courriel d'appel à volontaire à destination de tous les internes en médecine générale du même GPP : ceux en stage sur la Haute Garonne lors du semestre de novembre 2016 à mai 2017, tous semestre confondus.

Sur les 131 courriels envoyés, 11 accords de principe ont été obtenu dans les jours suivant l'envoi.

120 internes contactés n'ont pas répondu. La principale raison de cette absence de réponse était l'absence de relance de la part des chercheuses, le nombre de réponses positives étant suffisant pour réaliser notre recueil.

Nous avons ensuite contacté dix de ces volontaires par téléphone afin de convenir d'une date et d'un lieu de rendez-vous.



### 3. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 22 octobre 2016 au 13 avril 2017. 12 entretiens ont été réalisés. Dix des participants étaient issus de l'appel à volontaire et deux d'entre eux étaient issus du recrutement ciblé. La durée moyenne des entretiens a été de 30 minutes, avec une durée maximale de 50 minutes et une durée minimale de 14 minutes. (cf annexe 9)

Dix d'entre eux ont eu lieu au domicile des chercheuses, deux d'entre eux ont été réalisés dans des lieux publics (à la cafétéria de l'hôpital de Purpan pour l'un, dans un café pour l'autre) pour des raisons de commodité pour les participants.

Aucun participant ayant répondu au courriel d'appel à volontaire n'a ensuite refusé l'entretien.

### 4. Saturation des données

La saturation des données théoriques a été obtenue après neuf entretiens. Après avoir sélectionné des individus aux variables d'intérêt maximales, trois autres entretiens ont été réalisés et analysés. Ces derniers ont confirmé la saturation des données théoriques avec l'absence d'apparition de nouvelle catégorie.

## II. Présentation des résultats

### 1. Aspirations versus vécus de la relation médecin-patient pour les internes en médecine générale.

Les représentations que les internes avaient de leur rôle de médecin et de la relation influençaient les relations qu'ils instauraient avec les patients. La réalité des relations vécues semblait parfois en désaccord avec ce à quoi ils aspiraient, provoquant ainsi des réflexions ou des changements.

#### A. Représentations de la relation médecin-patient:

##### ✓ Valeurs auxquelles ils aspirent

Les internes interrogés attribuaient des valeurs admirables à la profession de médecin, valeurs auxquelles ils aspirent.

**L'empathie** observée chez les médecins était une qualité importante et admirée:

*« Pour le coup il était vraiment empathique quoi, ni dans la pitié, ni dans la sympathie, ni dans l'antipathie d'ailleurs. C'est vrai que pour le coup, lui à côté, c'est assez ça quoi » EB*

Le médecin généraliste devait être **omniscient**, il devait pouvoir répondre aux diverses demandes et besoins des patients. « *Et moi c'est ça la vision que j'ai du médecin généraliste, c'est vraiment celui qui est là pour tout quoi.* » E3

**L'absence de jugement** ainsi que le devoir d'**équité** étaient des valeurs recherchées par les internes.

Enfin, une prise de conscience de leurs propres limites et des limites de la connaissance ramenait les internes à une forme d'**humilité**, valeur propice à la poursuite de leurs apprentissages.

#### ✓ Influence des représentations concernant les attentes des patients

La relation médecin patient était influencée par les représentations que les internes avaient des attentes des patients. Leur posture était aussi influencée parce qu'ils croyaient que les patients pensaient d'eux. Ainsi, le patient était perçu comme une personne dont on devait **satisfaire les besoins**.

Les internes pensaient que les attentes des patients vis à vis de leurs compétences étaient importantes et qu'une certaine **omniscience** leur était demandée.

De cette exigence, en découlait une **peur d'être jugé incompetent**, avec toutes les répercussions que cela pouvait avoir: « *je me juge négativement et, parce que j'ai l'impression qu'en face le patient se dit que je ne peux pas répondre là tout de suite, que je suis mauvaise* » EC

**La pression des tiers accompagnants** pouvait parfois peser sur la relation et influencer la posture qu'alliaient adopter les internes : « *la mère m'avait aussi mis mal l'aise parce que du coup euh elle était pressée que son fils [...] reprenne le sport. [...] Elle mettait donc la pression aussi pour qu'on lui dise que c'était bon et que son fils pouvait reprendre le sport* » EA

#### ✓ Représentation de la figure de médecin

Un portrait du médecin était ainsi dessiné par les internes à partir d'un certain nombre de « savoir-faire », de « savoir-être » ou d'attributs que ce dernier devait avoir. Ainsi, un interne résumait bien ces propos : « *Je pense qu'en montrant qu'on est quelqu'un de sérieux, quelqu'un de compétent mais à la fois qui peut être à l'écoute et qui peut être empathique je pense qu'on construit une relation avec le patient qui lui sera profitable en fait.* » EE

Le médecin était identifié comme une personne **tournée vers les autres, respectueuse** des patients et attentive à son comportement.

Le médecin était perçu comme quelqu'un ayant des **exigences contractuelles** avec le patient, ayant un **devoir de compétences relationnelles** : ces exigences se déclinaient par le **devoir d'explication et de conseil, par le devoir de vérité et de réponse** face aux questionnements des patients : « *en fait elle avait besoin d'une réponse, donc il fallait que je lui en apporte une, je ne pouvais pas lui dire que non son père avait pas de cancer, c'était pas vrai.* » EE

Certains internes conféraient aux médecins des **attributs de pouvoir** : « *c'est là que j'ai pris conscience en fait qu'on a énormément, heu... de pouvoir en fait. (Le répète 2 fois) » E1 ; « il y a toujours [...] ce côté, un peu heu... du médecin quoi... ! Où on a quand même à chaque fois un côté un peu de supériorité quoi. C'est nous qui choisissons de modifier leur traitement... » E1*

Enfin, le médecin était également décrit comme un **personnage respecté** : « *c'est l'idée du médecin de campagne qui m'a toujours fait rêver moi [...] Parce que tu vois, en campagne c'est LE médecin, quoi tu vois ! Moi je vois quand on fait les visites... Tu sens vraiment heu... un respect » E1*

### ✓ Représentation de la relation

La relation médecin-patient était avant tout perçue par les internes comme **centrale et importante** en médecine et plus particulièrement en médecine générale. Elle en devenait **recherchée et appréciable**. Cette dernière ayant d'ailleurs poussé certains internes au choix de la médecine générale : « *je me suis un peu plongée dedans parce que ça me faisait du bien [...] ça me renvoyait à des choses que j'aime bien en médecine et donc heu, voilà je me suis dit, enfin je me suis un peu laissée aller dans la relation. » E5 et « C'est pour ça que je fais médecine générale. Ben pour moi c'est juste la base. Je fais médecine générale pour cette relation » E1*

La relation médecin-patient était considérée comme un **paramètre primordial de la guérison** : de par l'adhésion du patient d'une part et de par ses vertus thérapeutiques propre d'autre part : « *(l'aspect relationnel) il me paraît 80 % de l'adhésion du malade quoi, et de la guérison du malade aussi » EA*

Pour que les effets bénéfiques de cette relation puissent se faire sentir, la **confiance** était indispensable. La relation médecin-patient nécessitait du **temps** pour permettre au patient et au médecin de bien se connaître.

Certains internes avaient pour hypothèse que la relation était facilitée s'il existait un **point de convergence entre les représentations** du patient et celles du médecin : « *Je pense qu'il peut y avoir énormément de nuances et qu'on peut arriver quand même à s'entendre mais que y ait pas de vision complètement opposée quoi. » E3*

Enfin, la relation a parfois été vue comme une **relation de dominant-dominé**. L'art résiderait dans l'obtention du bon équilibre entre personne dominante et personne dominée : « *c'est d'arriver à trouver [...] cet équilibre entre dominant-dominé. [...] A trouver un équilibre entre les deux. » E1*

### ✓ Influence d'une expérience personnelle en tant que patient

La mauvaise expérience personnelle d'un participant en tant que patient a eu une influence sur sa vocation de médecin et sur son comportement relationnel en tant que soignant ; avec l'idée de vouloir faire autrement : « *j'ai fait médecine parce que je trouvais que les médecins ne m'avaient pas toujours bien parlé quand j'étais patiente enfant » EA*

## B. Réalité de la relation

Loin de leurs représentations et de leurs idéaux, le positionnement des internes au sein de cette relation médecin-patient variait d'une position plutôt autoritaire vers une posture plus équilibrée. Les difficultés et les échecs rencontrés au sein de cette relation étaient à l'origine d'une réflexivité sur leur pratique chez tous les internes interrogés.

### ✓ Utilisation d'une attitude directive

L'attitude directive de certains internes s'était d'abord manifestée par le **sentiment de savoir ce qui est bon pour le patient** et de vouloir l'en convaincre. Le **refus de déroger à leurs principes**, souvent par souci de rigueur médicale ou organisationnelle, semblait être perçu comme important pour les internes. Certains internes semblaient y voir une forme d'intégrité, même si parfois ce manque de souplesse avait des retentissements sur la relation médecin-malade.

*« Je sais pas, est-ce que se calquer à ce qu'il aimerait... Mais non, moi j'ai pas envie de déroger à ma vision des choses, quoi. Forcément j'ai envie de continuer à me battre pour qu'on se bouge un peu plus et qu'on prenne moins de médicaments. » E3*

En cas de difficulté relationnelle, la solution d'une **attitude directive** était parfois tentée. Par cette attitude autoritaire et directive, des **rapports de force** s'instauraient.

En cas de difficulté à convaincre le patient, les internes avaient tendance à **abandonner** et à **céder** à la demande du patient. Les sentiments et émotions générés par cet échec sont divers, allant de l'**énervement**, à la **déception**, en passant par un sentiment de **frustration**.

*« C'est super frustrant de se dire qu'on [...] On a essayé d'être bienveillant, on a essayé de faire notre taf correctement et pour autant ben, il y a eu un, un truc qui est pas passé et du coup rien n'est passé du tout, quoi. » E3*

### ✓ Réflexivité

L'existence d'une **impasse relationnelle** amenait à un travail réflexif. La **prise de conscience des attitudes à modifier** a concerné la quasi-totalité des internes.

Elle portait principalement sur leurs positionnements relationnels, sur leurs habiletés communicationnelles et sur les attentes qu'ils projetaient parfois sur les patients.

Des alternatives communicationnelles pour **s'adapter aux particularités du patient** ont été essayées. La prise de conscience de certain écueil relationnel a poussé des internes à **s'excuser** auprès du patient et à **essayer de réparer** le lien.

Cette réflexivité a permis une **évolution de leur pratique** : *« j'essaye de moins charger la consultation en terme d'explications, heu voilà, je reste peut-être avec des choses plus simples » E2*

## ✓ Utilisation d'une attitude tendant vers l'équilibre

C'était à travers divers positionnements et attitudes qu'on pouvait voir apparaître une démarche centrée sur le patient.

Il y avait d'abord une **volonté de comprendre le patient** dans sa globalité et dans sa complexité. Connaître les **représentations des patients** sur leur maladie ou sur la situation était identifié comme le préalable d'une meilleure relation médecin-patient : *« en fait je pense qu'en médecine il faut toujours essayer de repartir de ce que les gens eux ils pensent, eux ils ont comme représentations, eux ils ressentent. En partant d'eux, on peut plus dialoguer quoi. » ED*

Le désir de **recontextualiser les personnes** dans leur dimension biopsychosociale se faisait sentir. Les internes adoptaient une **posture éducative** avec une volonté d'expliquer les tenants et aboutissants d'une maladie ou d'un traitement : *« je prends pas mal de temps la dessus pour bien expliquer pour vraiment bien qu'ils comprennent. » E1*

Le **choix et le libre arbitre du patient** étaient respectés et acceptés par certains internes en cas de désaccord.

Certains internes ont révisé leur posture de soignant et leurs exigences. Ils s'autorisaient à **ne plus être les seuls détenteurs de la solution**, parfois source de stress. Le rôle du médecin était aussi celui de savoir simplement recevoir une souffrance sans vouloir à tout prix la faire disparaître. Le rôle de **facilitateur des initiatives du patient** avait aussi été mis en avant, remettant ainsi le patient au centre de sa problématique.

*« ça m'a plutôt aidé je pense dans ma pratique [...] à savoir comment me positionner et à la fois répondre et laisser la personne parler sans moi-même m'angoisser à pas savoir ce que j'allais bien pouvoir faire de ce qu'elle me dépose » EE*

*« J'ai re...disons peut-être revu mes ambitions à la baisse et je me suis surtout dit que [...] j'étais pas là, comme personne d'ailleurs, pour le sauver mais juste pour lui proposer s'il voulait qu'on avance un peu ensemble et qu'on fasse un bout de chemin ensemble et c'est... c'est vachement déculpabilisant » EF*

## **2. Particularités de la relation médecin-patient dans le contexte de l'internat de médecine générale.**

L'apprentissage de la relation médecin-patient débutait dans un contexte particulier : les études médicales, et plus précisément l'internat. La construction d'une identité professionnelle commençait en composant avec un facteur précis : le fait d'être dans une position d'étudiant.

## A. Posture de soignant en cours d'acquisition

### ✓ Acquisition facilitée par la prise de la place du médecin

Les internes exprimaient un besoin de s'affirmer en tant que soignant : ils aspiraient à renvoyer une image de « médecin » : *« ça veut dire arriver à ce que le patient te voit comme un médecin, ait confiance en toi et ce que tu dis ait du poids, [...] que tu sois pas une personne lambda, que tu sois pas JUSTE un étudiant, ou voilà sa concierge quoi. » EA*

L'étiquette d' « interne » était vue comme un frein à l'affirmation de soi en tant que médecin. Sortir de ce rôle d'étudiant, et prendre la place du médecin aidait à en acquérir la posture: *« Mais je trouve que l'étiquette, je sais que quand je fais des remplas, là je me sens beaucoup plus assumée en fait [...] Et beaucoup plus dans mon rôle » E3*

### ✓ Acquisition facilitée par l'utilisation d'accessoires

L'acquisition de cette posture de soignant passait de temps en temps par l'utilisation d'accessoires identifiés comme étant des outils représentatifs du médecin : la blouse blanche, la mallette du docteur, etc... : *« Je ne sais pas du tout comment j'étais habillée ce jour-là mais j'avais pas de blouse, et c'est vrai que moi je trouve que je fais pas encore tout à fait heu... (Sourire) femme assumée, médecin au-dessus de tout » E3*

*« Avec ma petite mallette toute seule [...] à 2h là, je prends ma petite mallette et j'y vais » ED*

### ✓ Recherche de la juste distance.

Les internes trouvaient important la recherche d'une juste distance avec les patients. Cette juste distance leur permettait de gagner en sérieux et en professionnalisme : l'objectif était d'être vu comme un soignant.

## B. Besoin d'être validé dans sa posture de soignant

La construction d'une posture de soignant était sous l'influence de deux figures principales dans l'entourage professionnel de l'interne : les patients et les maîtres de stage.

### ✓ Impact du comportement du patient

Par ses réactions, le patient avait un rôle important à jouer dans la construction d'une posture de soignant.

Certaines réactions de patients invalidaient la posture de soignant de l'interne : les internes avaient parfois l'impression que les patients les jugeaient **trop jeunes** pour être « soignant ». A cause de **cette étiquette « d'interne »**, les patients ne validaient pas leur statut de médecin. Certaines réactions des patients allaient jusqu'à **remettre en cause leur légitimité** en tant que médecin.

Les femmes internes ont fait émerger un facteur déstabilisant la relation et la construction de leur posture de soignante : **la difficulté de gestion des rapports de genre**.

Pour exemple, un **rapport de séduction** déstabilisait l'assurance professionnelle de l'interne. Un **rapport dominant-dominé** pouvait se mettre en place en faveur du patient et impactait en négatif l'image de femme-médecin qu'elles essayaient de construire.

Certains patients semblaient avoir pour représentation du médecin une image masculine. Les internes ressentaient quelque fois une **perdre de crédibilité** suite à ce genre de réactions.

*« On croit pas que c'est moi le docteur parce que [...] je suis une femme » E5*

Par des paroles ou des gestes, les patients participaient à l'affirmation de soi en validant la posture de soignant de l'interne : l'**observance** des patients permettait aux internes de se sentir validé dans leur rôle de médecin.

Les **réflexions et remerciements** des patients participaient à ce que les internes se sentent valorisés dans leur rôle de médecin : *« il avait quelque chose de très sympathique et de très gentil... à me dire « oh merci Docteur ! Mais heureusement que vous êtes là ! Que vous vous occupez de moi !... » Il renvoyait quelque chose de positif et de valorisant de moi-même ce qui fait que j'avais envie de l'aider » EF*

#### ✓ Impact du comportement du maître de stage

La figure du maître de stage avait elle aussi un impact important dans le processus de construction de la posture de soignant des internes.

Une situation posait difficulté : **lorsque le patient n'était pas prévenu ou n'avait pas accepté l'intervention de l'interne** en lieu et place du médecin.

Les internes appréciaient quand les maîtres de stage **soutenaient leur décision** devant les patients. Au contraire, le comportement des maîtres de stage **les renvoyait parfois dans cette position d'étudiant** et mettait à mal l'acquisition de leur posture de soignant.

*« Mais je trouve que c'est plus facile quand on est seule que quand on est avec le maître de stage [...] Les maîtres de stage ont toujours tendance, par des petites choses euh, nous replacer à notre statut d'interne quoi. Ou d'étudiant, de stagiaire (a fais le signe des guillemets, avec un sourire moqueur)» EA*

## C. Influences et particularités des études médicales et de l'internat dans l'apprentissage de la relation médecin-patient

### ✓ Trio maître de stage-interne-patient : ombre du maître de stage flottant au-dessus des pratiques de l'interne

La particularité de la **relation triangulaire patient-interne-maître de stage** avait un retentissement sur l'entrée en relation des internes avec les patients.

L'interne pouvait être vu comme un **élément perturbateur** de cette relation médecin référent-patient, en provoquant une rupture des habitudes.

Le patient **suggérait parfois à l'interne les pratiques** de son médecin référent. Il existait une volonté de la part des internes d'**accorder leurs manières de faire à celles de leur maître de stage** : *« c'est ça qui est compliqué je trouve dans notre rôle d'interne, c'est d'essayer qu'on fasse pas non plus une rupture avec la prise en charge habituelle qu'ils ont quoi, donc heu. Il faut essayer un peu de faire comme le médecin en gardant son libre arbitre aussi. » E3*

Le statut d'interne (et d'intervenant médical ponctuel) **modérait l'investissement des internes.**

Le fait d'avoir comme solution de **passer le relai au maître de stage était vécu comme salvateur** dans certaines situations : *« Heureusement que mon prat est arrivé à la fin pour finir la consultation sinon j'aurais pas pu du tout la faire quoi... » E1*

### ✓ Manque d'expérience professionnelle impactant la relation

Les internes ressentait l'influence de leur inexpérience dans leur relation de soin : inexpérience en tant que professionnel de santé et inexpérience en tant que personne.

L'inexpérience médicale pouvait engendrer des **difficultés à la gestion du doute et de l'incertitude**. L'inquiétude qu'ils pouvaient avoir concernant l'état clinique des patients avait un retentissement sur leur relation.

Le peu de recul qu'ils pouvaient avoir en tant que médecin-décideur engendrait des **difficultés à la gestion de l'immédiateté** : *« j'avais du mal à faire mon raisonnement en même temps j'avais la patiente en face. C'est ce que je trouve assez difficile en médecine générale... » EC*

Les internes ont encore souvent des difficultés à gérer le **stress des premières confrontations** aux situations nouvelles.

Certains ressentait un besoin d'aide en réponse à **leur rapport à la mort** : *« y'a notre rapport à la mort aussi qui serait bien d'être accompagné je pense [...] ça me met en difficulté entre guillemets parce que j'ai besoin de laisser venir les émotions, parce que j'ai pas envie d'être insensible, pas envie de trouver ça vraiment normal d'aller faire ça » E5*



Un des constats qui émergeait pouvait être résumé ainsi : il fallait **laisser du temps au temps**.

Cela se traduisait par un **besoin premier de parfaire leurs connaissances médicales**, par un **besoin de gagner en maturité, de prendre de l'âge pour se sentir légitime**, et par un **besoin de vivre soi-même des événements de vie** : « *Mais j'ai que 26 ans du coup j'ai pas encore trop connu tout ça (rires) [...] C'est pareil, les femmes qui viennent te parler de leur problèmes avec leurs enfants et comment ci et comment là, où la grossesse... Moi j'ai pas été enceinte, j'ai pas eu d'enfant, comment je peux répondre à leurs questions, tu vois ?* » E3

Le sentiment global était que ces difficultés allaient petit à petit se résoudre d'elles même. D'ailleurs, les internes constataient déjà un **progrès** depuis le début des études médicales.

#### ✓ Apprentissage initialement en milieu hospitalier

Les internes faisaient état d'une différence importante entre le milieu hospitalier et le milieu ambulatoire, que ce soit dans leur rapport avec leur maître de stage comme dans leur rapport avec les patients. Or l'apprentissage de la relation médecin-patient pour les étudiants en médecine est d'abord hospitalier avant d'être ambulatoire.

En milieu hospitalier, l'accompagnement par les maîtres de stage était considéré comme **distant et non personnalisé**.

A l'hôpital, les internes ressentaient une difficulté à trouver leur place de soignant à cause de la **multiplicité des intervenants** : « *on est un énième personnage du service* » E5

Par la multiplicité des espaces et des personnes à l'hôpital, certains avaient du mal à entrer en relation. Les internes avaient un sentiment de **renforcement de l'inégalité de la relation médecin-patient** à cause de ce contexte hospitalier : « *je trouve que c'est violent l'hôpital dans les rapports [...] j'aime pas la relation inégale que j'ai avec les patients, alités, heu à poil, vulnérables [...] Enfin j'ai du mal avec cette manière d'être en relation.* » E5

Certains ont été mis à mal lorsqu'ils sont sortis du territoire jusque-là familier du service hospitalier pour s'aventurer sur les terres inconnues des visites à domicile.

Au total, le milieu hospitalier était jugé non **propice à l'apprentissage de la relation** : « *je veux être médecin généraliste et le service dans lequel je suis, c'est pas du tout heu un endroit où l'on exerce notre relation aux patients en tant que médecin généraliste* » E5

#### D. Sentiment d'existence d'un tabou au sein du corps médical

Les internes avaient le sentiment qu'au sein même de la profession de médecin, il y avait une sorte de tabou autour de l'expression des ressentis et des doutes : comme si parce qu'ils étaient médecins, il n'était pas concevable qu'ils puissent douter et parler de leurs incertitudes.

L'hypothèse des internes était que l'incertitude et le doute existaient chez tous, mais que l'expression de ce ressenti était quelque chose de difficile à faire à cause de ce « tabou professionnel » : « *je suis sûre que tout le monde a déjà dans la tête, une idée, un truc. Mais personne ose en parler [...] Parce que c'est quelque chose d'hyper personnel, de, et c'est pas facile d'en parler, quoi.* » E1

Les internes pensaient que l'existence d'un tel tabou pouvait être liée à la représentation du **médecin dans sa toute-puissance.**

La peur du **jugement des pairs** participait également à l'inhibition de la parole : « *y'a des gens ils me renvoyaient une faiblesse, ils me disaient que j'étais faible* » E5

Les internes ont critiqué le fait de devoir **se conformer à cette normalité** qui n'était pas la leur : celle du médecin tout-puissant qui n'est pas autorisé à ressentir. L'effort réalisé par certains pour répondre aux attentes de normalité de leurs pairs avait des fois un **retentissement sur leur bien-être** : « *c'est dur mais c'est formateur, c'est normal* » [...] *J'ai toujours trouvé ça désastreux parce que tous les externes ou internes se conforment, alors soit naturellement soit avec beaucoup d'efforts, et je pense beaucoup de dommages* » EC

Le constat fait par les internes était le suivant : il **manquait l'existence d'un espace** afin de permettre la libération de la parole.

Libérer la parole permettrait de rompre avec cette image de médecin tout-puissant et de **normaliser l'existence de l'incertitude.**

Parler de leurs incertitudes était vu comme un moyen de se soulager mais également comme un moyen de s'améliorer en tant que soignant : l'espace de parole pouvait permettre **une ouverture d'esprit à la critique** : « *accepter le regard de quelqu'un d'extérieur sur quelque chose qu'on a l'impression d'avoir mal fait [...] honnêtement je pense que très peu de médecins y arrivent [...] ça permettrait je pense d'être un peu plus humble par rapport à sa pratique* ». EC

Le mélange des personnalités que pouvait engendrer la création d'un espace de parole était vu de façon positive : l'avis des pairs qui n'avaient pas de difficultés relationnelles enrichirait le débat.

Afin de **veiller au bien être des soignants**, la levée du tabou au sein du corps médical paraissait capitale pour certains internes.

Les espaces de paroles existants (GEP ou entretien de thèse) ont été vécus par des internes comme **thérapeutiques** sur le plan psychologique: « *Tout en faisant un peu ma psychothérapie au passage (rire), c'était parfait !* » ED

### 3. Solutions utilisées et envisagées pour l'apprentissage de la relation médecin-patient.

*« Je pense qu'on est très nombreux à avoir des problèmes pour gérer ce type de relation [...] ça pose problème à beaucoup de médecins et beaucoup d'internes surtout. » E1*

La relation médecin-patient semblait poser problème à plusieurs internes avec un retentissement sur leur bien-être à la fois professionnel et personnel. Compte tenu de son caractère éminemment central et des problématiques qu'elle posait, la relation médecin-patient nécessitait un apprentissage et un accompagnement tout au long des études médicales.

#### A. Retentissement de l'apprentissage de la relation médecin-patient sur le bien être des internes

Les difficultés relationnelles rencontrées par les internes ont souvent été marquantes émotionnellement, déclenchant des questionnements et des comportements adaptatifs plus ou moins salvateurs.

##### ✓ Emotions et sentiments générés pendant la consultation

Devant des situations de conflits, certains participants ont perçu les comportements du patient comme une **agression** leur étant directement adressée.

La **colère** était une émotion réactionnelle souvent retrouvée. L'**angoisse**, générée par l'ignorance de savoir quoi faire ou quoi dire, en est parfois devenue paralysante : *« je me sens un peu dominée par l'angoisse et du coup l'incapacité à vraiment réfléchir quoi [...] une tension qui monte et qui m'empêchent de bien réfléchir. » EC*

Un sentiment de **trahison** a été soulevé.

Ces émotions, pour la plupart négatives, engendraient parfois une forme de **découragement** et une envie de **fuir**.

##### ✓ Retentissement sur l'image de soi en tant que professionnel

Ces mauvaises expériences relationnelles avaient une répercussion directe sur l'image de soi en tant que professionnel avec la sensation d'être un **mauvais médecin**. Cette sensation pouvait générer une **perte de confiance en soi** et ouvrait la porte aux doutes.

Ces consultations difficiles étaient vécues comme un fardeau. Elles pesaient sur les internes, avec parfois une forme de **rémanence**.

Cette pesanteur pouvait avoir une **répercussion sur la vie personnelle** des internes *« tu ramènes ça à la maison. Ça peut impacter ta vie je pense, tout simplement ta vie [...] Donc t'es à demi présent quand tu es chez toi... » E1* ; avec la peur et le **refus d'y impliquer ses proches** : *« parce que les proches, quoi, sont pas là pour qu'on déverse toute notre souffrance... » E5*

### ✓ Réactions de défense et stratégies d'adaptation mises en place

Des mécanismes adaptatifs se mettaient en place pour essayer de faire face aux perturbations générées.

Certains se réfugiaient derrière des tâches administratives ou derrière l'examen clinique, comme si faire ce qui doit être fait permettait de garder une certaine contenance. Des mécanismes de protection voyaient le jour avec un besoin de **mettre une barrière**.

L'**évitement** permettait de temporiser et de différer la rencontre avec la problématique relationnelle.

Quand la relation était dans une impasse, la seule solution envisagée restait parfois de **mettre un terme à la consultation** : « *j'étais à deux doigts de lui demander, de lui dire « si vous voulez pas que je vous soigne vous sortez. » (Énervée) » E1*

L'**humour et l'autodérision** permettaient de mettre à distance la situation, d'en rire et donc d'en enlever la pesanteur.

Un temps de pause et un **besoin de se ressourcer** se faisait sentir.

### ✓ Gestion des émotions

Certaines difficultés provenaient d'une **émotivité trop grande** rendant difficile le maintien de la bonne justesse relationnelle en tant que professionnel. Certains internes se sentaient comme une **éponge émotionnelle**.

Un **besoin de formation dans la gestion de ses propres émotions** en tant que soignant s'était donc fait tout naturellement ressentir : « *on a aucune technique [...] de gestion de ses propres émotions au moment où elles arrivent. Essayer d'avoir un peu plus d'armes quoi.* » E3

### ✓ Besoin d'une meilleure connaissance de soi

L'apprentissage à la relation médecin-patient a sollicité chez les internes un besoin de mieux se connaître eux même.

## B. Importance des espaces de parole existants et à créer

*« à chaque fois qu'il y a une situation qui m'a posé problème j'ai besoin d'en parler et j'ai l'impression que ça fait comme un espèce de double transfert : c'est-à-dire que la personne me dépose des tas de choses qui sont hyper lourdes à porter, elle se décharge sur moi, et moi ensuite je m'en décharge sur quelqu'un qui vraiment n'est pas du tout concerné, qui sait même pas qui c'est et ça me donne l'impression que voilà... c'est sorti[...]je suis persuadée qu'on a tous besoin d'un endroit où effectivement le ressortir.[...] Peut être y'en a c'est en faisant du sport... mais moi juste je le re raconte. » EF*

### ✓ Place prépondérante des GEP et des groupes de pairs

Le GEP a été repéré par beaucoup de participant comme un lieu privilégié d'expression des difficultés et questionnements relationnels.

En tant que groupe de pairs, ils favorisaient la **réflexivité** en permettant la prise de recul et l'exposition à un regard extérieur : « *ça permettrait d'habituer juste à être capable d'exposer une situation [...] avec un peu de recul [...] avec éventuellement un regard extérieur* » EC

Ils ont été identifiés comme étant un lieu propice aux **partages d'expériences négatives**, pouvant ainsi permettre un soulagement en **normalisant l'existence des difficultés** rencontrées.

Les GEP permettaient de se nourrir de l'expérience de ses pairs ainsi que de leurs diversités.

Certains internes insistaient sur la nécessité d'un **espace de parole intime et bienveillant** pour encourager la confiance car accepter un **regard sur sa pratique** était un exercice jugé difficile : « *accepter une critique sur sa pratique c'est dur autant commencer à le faire dans des groupes bienveillants et où le jugement n'est pas l'objectif* » EC

### ✓ Solution envisagée : proposition de GEP relationnel

Certains internes ont proposé la mise en place de GEP centrée autour des problématiques relationnelles. Les internes suggéraient d'organiser ces GEP en fin de semestre afin de permettre au groupe de mieux se connaître. « *Peut-être qu'il pourrait avoir une fois de temps en temps un GEP relation* » E6

### ✓ Intérêt des groupes de Balint

Certains internes avaient fait partie de groupe Balint pendant leur externat et jugeaient cet outil adapté pour l'internat. Cette expérience leur avait été bénéfique. Ce groupe avait une vertu sécurisante. Il avait également permis une meilleure appréhension des émotions : « *c'est quelque chose qui en moi qui s'est vachement atténué. J'ai fait du Balint quand j'étais en D4. [...] donc ça m'a vachement aidée (en parlant des émotions)* » E5

Enfin, d'autres participants en avaient entendu parler et les avaient évoqués comme outil.

### ✓ Intérêt d'un partage d'expérience par les lectures

Les lectures d'ouvrages sur la relation médecin-patient permettaient d'alimenter une réflexion et d'ouvrir les esprits. Les deux livres cités étaient celui de Michael Balint « Le médecin, son malade et la maladie », ainsi que celui de Martin Winckler « le Cœur des femmes ».

La lecture, de livre ou de blog, était également envisagée comme un moyen de partage d'expérience avec ses pairs : « *je lisais des blogs de médecin, des trucs comme ça* » E5

« *Ça pourrait être intéressant de lire un bouquin sur euh, justement, euh, un interne qui écrirait ces début de euh, ces premières consultations et de te rendre compte qu'en fait c'est tout le monde est un peu pareil* » EA

### C. Utilité et importance d'un réel compagnonnage

Le premier des outils mis en avant par les internes comme étant une source réelle d'apprentissage à la relation était le compagnonnage. C'est par l'observation de leurs pairs plus expérimentés, puis par l'expérimentation supervisée qu'ils considéraient apprendre le plus.

Dans ce compagnonnage, le rôle des maîtres de stage paraissait primordial. La mise en place d'un tutorat personnalisé était également vue comme une aide concrète pour certains.

#### ✓ Rôle prépondérant des maîtres de stage

En matière de difficultés relationnelles, les internes jugeaient pertinent le rôle de transmission des maîtres de stage. L'apprentissage de la relation se faisait beaucoup par **observation directe** des comportements des maîtres de stage sur le terrain ou au contraire, **d'apprentissage par la négative** lorsque les internes n'étaient pas en accord avec l'attitude choisie : « *Le fait d'avoir beaucoup de stages en ambulatoire et de voir comment les médecins interagissent je trouve qu'on apprend déjà beaucoup sur... à la fois ce qu'on a envie d'en faire plus tard en terme de relations médecin/patient et ce qu'on n'a pas envie d'en faire non plus d'ailleurs (rires)* » EF

Les positionnements pris par les maîtres de stage suscitaient parfois de l'**admiration** et semblaient servir d'**exemple à suivre**.

Expérimenter différentes façons d'être en relation avec les patients leur permettait de constater **la diversité des positionnements** possibles et de conclure qu'il n'y avait **pas de vérité générale** sur la manière d'interagir avec un patient : « *C'est une interaction humaine hein donc euh, y'a rien ni de vrai ni de faux quoi.* » EB

Par leurs remarques, les maîtres de stage ont pu **favoriser la remise en question** chez certains participants.

Le compagnonnage permettait aussi aux internes de pouvoir avoir **une attitude réflexive sur leur comportement relationnel** grâce à plusieurs outils : **le débriefing** ou l'utilisation de **cartes mentales**.

#### ✓ Un accompagnement personnalisé par les tuteurs ou maîtres de stage

Le compagnonnage permettait **l'identification des problèmes propres aux internes et l'apport de conseils concrets adaptés aux besoins**.

Le compagnonnage créait un rapport privilégié entre le maître et l'élève, espace qui permettait de **se préoccuper du bien-être de l'étudiant** : « *C'est ça qui nous manque depuis le début, je pense moi, c'est un suivi à un moment,... « Ça va ? » (Sourire)* » E5

### ✓ Importance de l'attitude pédagogique positive

Les participants ont mis l'accent sur l'importance de l'attitude pédagogique des médecins qui encadreraient leur formation : « *un accompagnement un peu personnalisé, constructif et bienveillant, heu ça aide* » ED.

Les valeurs pédagogiques attendues chez leurs maîtres de stage étaient : la **valorisation** et la **bienveillance**. Ceci leur permettait de mieux vivre leurs situations d'incertitudes.

Les internes recherchaient également du **soutien** et recherchaient à **normaliser leurs questionnements** « *d'autres médecins ont vécu ces problématiques aussi... et sont passés par les mêmes sentiments et sont arrivés à des conclusions positives* » EF

Certains internes ont relevé des inégalités d'attitude parmi les maîtres de stage, certains laissant plus ou moins d'espace aux problématiques relationnelles : « *les médecins sont plus ou moins, heu... form... bon ils sont pas formés [...] Heu, ils sont plus ou moins ouverts à ça, tu vois.* » E1

### D. Place des enseignements universitaires

Globalement, les internes ont jugé que la faculté avait un rôle indéniable à jouer dans la formation à la relation médecin-patient.

Une des hypothèses exprimées était la suivante : **les compétences relationnelles n'étaient pas des qualités innées**. Il était donc nécessaire de les enseigner afin d'aider les internes à les acquérir : « *je pense qu'on doit nous l'apprendre [...] C'est pas inné quoi[...]si c'est pas naturel, ça doit se travailler comme le reste des compétences qu'on...enfin dont on a besoin en médecine, quoi [...]La qualité humaine [...] Si tu l'as pas, il faut t'exercer, il faut avoir des cours ... je pense que ça s'apprend pas comme ça, c'est pas facile et ça doit être enseigné.* » EE

Ils ont exprimé un manque de compétences en communication et en psychologie humaine. Ils identifiaient les RSCA et le module d'éducation thérapeutique comme des outils utiles au développement d'habiletés relationnelles.

### ✓ Enseignement de la communication

Un des besoins en formation exprimé par les internes a été un enseignement à la communication : « *je pense qu'il faut nous apprendre à communiquer quoi ! Y'a pleins d'écoles, j'en sais rien de commerce et tout ça où on apprend à parler aux gens. Pourquoi nous on apprendrait pas à parler aux gens ?* » ED

Les internes ressentaient un **manque de compétence en communication**. Ils avaient dans l'idée que les cours de communication pouvaient être dispensés par des **professionnels de la communication**.

L'art de bien communiquer était vu par certains comme un **outil de négociation** avec le patient.

Il leur semblait utile d'apprendre à reconnaître les **principaux traits de personnalités** pour pouvoir adapter leur communication : *« ma sœur elle est manager [...] ils ont des cours de, pareil, de communication [...] ils caricaturent un peu les gens dans 5 catégories [...] C'est peut-être ça qu'il faudrait pour repérer tel type de patient » E4*

Parmi les outils cités par les internes pour l'apprentissage de la communication, **les jeux de rôle** revenaient régulièrement.

Ces jeux de rôle permettaient : **de ne pas improviser, de prendre conscience de sa communication non verbale** et d'avoir une **réflexivité grâce aux regards des autres**.

**L'enregistrement vidéo des consultations** a été suggéré comme base d'un apprentissage de la communication.

#### ✓ Enseignement de la psychologie humaine et de la relation

L'enseignement **en psychologie humaine**, appliquée à la relation médecin-patient, a été un autre besoin émergeant.

L'unité d'enseignement se rattachant à **l'éducation thérapeutique** a été identifiée comme une aide à l'amélioration des habiletés relationnelles : *« le cours d'éducation thérapeutique [...] Notamment dans l'entretien motivationnel. Et après dans les cours, je vois pas d'autres cours qui m'aiderait d'un point de vue relationnel quoi. » E4*

#### ✓ RSCA : outil validé et utilisé

Dans leur grande majorité, les internes ont utilisé l'outil RSCA comme espace de parole pour se décharger d'histoires relationnelles et pour prendre le temps de la réflexion: *« j'en ai fait mon RSCA de cette situation » E5.*

#### ✓ Facteurs à prendre en compte pour l'enseignement de la relation

L'enseignement par la faculté de la relation médecin-patient était jugé comme quelque chose de **difficile à mettre en place**.

La forme de **cours magistraux était jugée inadaptée** à ce type d'enseignement car trop passif. Les internes semblaient aspirer à un enseignement plus participatif.

La pédagogie par résolution de problèmes a pu être considérée comme une forme d'apprentissage efficace pour certains participants ; à savoir la **boucle « constat d'une difficulté- recherche d'une réponse- mise en application des conclusions dans une situation réelle »**.



Les internes semblaient avoir conscience qu'ils avaient besoin de développer leurs habiletés relationnelles et leur « savoir-être » en tant que médecin, mais ils **manquaient de temps pour pouvoir s'y consacrer.**

Ils avaient peur que, **par manque d'espace dédié** à la construction de ce savoir-être dans leur formation, cela **n'envahisse leur vie personnelle.**

Les internes ont exprimé un sentiment majeur : **la nécessité d'initier cet apprentissage plus tôt dans les études médicales** : « *on arrive avec toutes nos lacunes dans la relation, toutes nos, nos trucs en septième année mais en même temps on a six ans de néant derrière quoi. C'est incroyable !* » E6

L'**externat** de médecine générale semblait approprié pour débiter un apprentissage de la relation car les externes avaient une certaine **disponibilité lors des stages** et cela pouvait prévenir **la naissance d'un mal-être** chez l'étudiant : « *on est lâché comme ça donc y en a qui du coup ben se font des carapaces et puis ils partent dans leur truc, y en a qui ont aucunes carapaces et du coup pètent un plomb* » E6

# DISCUSSION

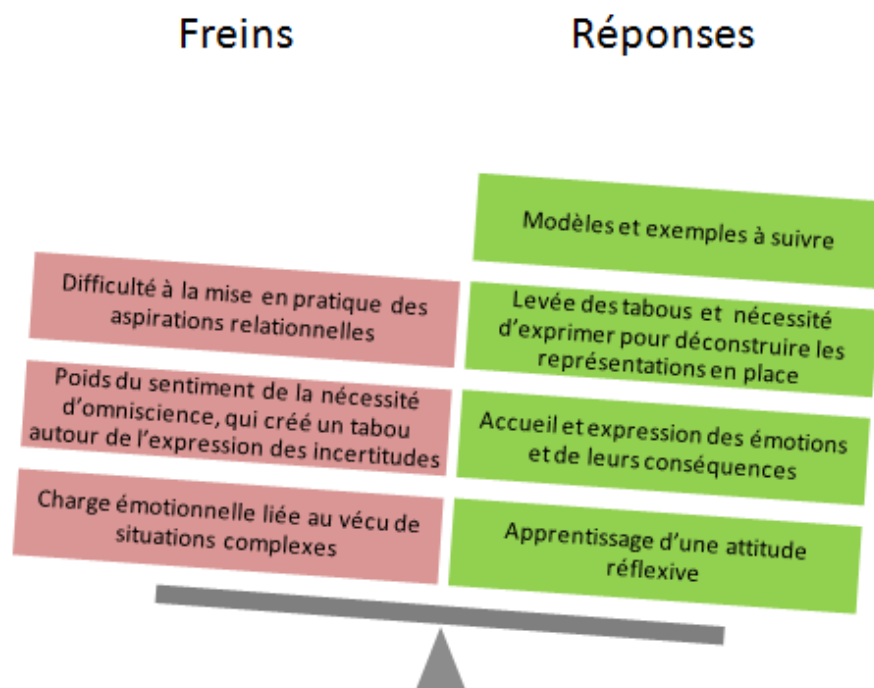
---

## I. Résumé des résultats

L'analyse des entretiens a mis en évidence que la relation médecin-patient est régie par des aspirations d'empathie, de respect, et de soucis des autres. Les participants évoquent le caractère omniscient et influent du médecin. La mise en pratique de ces principes est parfois difficile et en contradiction avec leurs représentations. Les attitudes oscillent entre une posture directive et une posture plus participative. Ces discordances et les difficultés relationnelles engendrées peuvent avoir un retentissement sur le bien-être personnel et professionnel. La relation médecin-patient est facilement mis à mal par le sentiment d'inexpérience des internes et leur besoin de réassurance dans leur posture de soignant. Le sentiment de nécessité d'omniscience est à l'origine d'un tabou autour des difficultés et des doutes rencontrés. Les internes expriment un besoin de formation en communication et en psychologie humaine. La nécessité d'espaces de parole pour l'abord des problématiques et questionnements relationnels, ainsi que le compagnonnage personnalisé et bienveillant sont deux outils repérés comme aidants et nécessaires.

## II. Essai de théorisation

### Développement d'une relation médecin-patient harmonieuse



Dans l'idée d'apporter des outils de réflexion sur l'apprentissage de la relation médecin - patient au cours de la formation du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicale à Toulouse, nous proposons une théorie à partir de l'analyse de nos résultats et des données actuelles de la littérature.

Suite aux dires des internes, nous avons identifié des freins au développement de l'apprentissage à la relation médecin-patient. La faculté pourrait apporter des éléments de réponse à ces freins pour permettre un cheminement vers une relation médecin-patient harmonieuse.

Pour illustrer notre théorie, nous avons donc choisi l'image d'une balance avec d'un côté les freins au développement d'une relation médecin-patient, et de l'autre des éléments de réponse pour contrebalancer ces freins et favoriser l'apprentissage.

Les freins mis en évidence étaient :

- Les difficultés à la mise en pratique de leurs aspirations relationnelles
- Le poids du sentiment de la nécessité d'omniscience qui crée un tabou autour de l'expression des incertitudes.
- La charge émotionnelle liée au vécu de situations complexes.

Les internes ont évoqué comme réponse à ces freins les éléments suivants :

- L'observation de modèle et d'exemple à suivre.
- La levée des tabous et la nécessité d'exprimer pour déconstruire les représentations en place.
- L'accueil et l'expression des émotions et de leurs conséquences.
- L'apprentissage d'une attitude réflexive.

Certaines méthodes pédagogiques utilisées sont reconnues par les étudiants comme contenant déjà ces éléments de réponses et permettant de lever ces freins. Les internes citent notamment le compagnonnage en SASPAS lorsqu'il est cohérent et peut servir de modèle. Il permet alors de nourrir une réflexivité. Ils citent aussi les espaces de parole tels que les GEP ou le tutorat, ils permettraient la levée des tabous, le dépôt de la charge émotionnelle et le développement d'une attitude réflexive.

D'autres méthodes pédagogiques pourraient peut-être être développées, répondant aux mêmes attentes.

### **III. Confrontation aux données de la littérature**

Observant les éléments de notre théorie, nous avons essayé de comprendre les raisons d'existence de freins au bon déroulé de l'apprentissage de la relation médecin-patient.

Dans un premier temps, nous exposerons comment des changements de paradigmes dans le domaine médical et pédagogique peuvent expliquer l'existence actuelle de discordance entre les aspirations relationnelles souhaitées et les pratiques relationnelles effectives.

La deuxième partie viendra compléter la première en exposant l'existence d'un curriculum caché dans les études médicales, agissant comme vecteur des représentations, et comme élément gênant l'efficacité des outils pédagogiques déjà en place.

La troisième partie s'intéressera aux retentissements de la charge émotionnelle sur le bien-être des internes et ce qu'en dit la littérature à son sujet.

#### **1. Des changements de paradigme à l'origine de discordances dans les apprentissages relationnels.**

Être interne en médecine générale en 2017, c'est vivre dans un environnement social, professionnel et pédagogique plein de paradoxes. Cet environnement s'est construit sur différents paradigmes de société et sur des attitudes professionnelles changeantes selon les époques.

Si on prend le contexte médico-social : le paradigme actuel vers lequel tendent les instances médicales pour répondre aux attentes sociétales est une attitude de soin « pédagogique », visant à faire participer au maximum le patient. Les internes d'aujourd'hui ont construit leur identité professionnelle en étant guidé par ces aspirations.(12,13)

Dans une revue de la littérature sur la communication en santé et l'éducation du patient, Fournier et Kerzanet résument les différentes attitudes relationnelles qui se sont suivies au fil de l'histoire de la médecine en 70 ans. Différents « modèles » idéaux de la relation médecin-patient se sont succédés. En 1950 nous étions dans une approche paternaliste et prescriptive, fondée sur des valeurs d'omniscience et de pouvoir décisionnel. Puis ces attitudes ont progressivement évolué pour arriver à l'heure d'aujourd'hui à des approches « pédagogiques » dont l'objectif est de se centrer sur le patient et de favoriser sa participation.(14)

Pour rendre effectif ce changement de paradigme, des outils ont déjà été mis en place. Nous pouvons citer par exemple l'éducation thérapeutique et la communication en santé.(15–17) Les formations à l'éducation thérapeutique adressées aux médecins ont bien compris le fardeau de l'histoire et des représentations en médecine. Lacroix explique que les fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique partent du constat du grand tournant conceptuel du milieu du XXème siècle, avec l'émergence en médecine du modèle biopsychosocial, opposé au modèle organiciste. Adopter une attitude éducative suggère de devoir prendre conscience du poids que les représentations passées ont sur notre façon d'être, afin de les dépasser et de laisser participer le patient.(16)

Les formations à la communication en santé vont également dans ce sens. Richard et Lussier, pédagogues canadiens, proposent un document d'aide pour l'organisation de l'enseignement à la communication en santé au sein des facultés francophones. Ils proposent un outil nommé « roulette combinatoire de la communication en santé » et partent du constat que communiquer en santé semble être un des apprentissages qui permettra aux médecins de répondre à tous les champs de compétences qu'on attend d'eux dans le monde d'aujourd'hui.(15)

Si on prend le contexte pédagogique, il y a également eu une évolution des paradigmes. Nous sommes passés du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage comme l'explique Jouquan et Bail (9), où l'apprenant a été mis au centre des préoccupations avec un objectif participatif en partant de ses expériences propres. Ainsi lors de la réforme de 2002 de modernisation de la santé avec pour conséquence l'apparition de la médecine générale comme spécialité, des outils ont été construits dans ce sens pour l'élaboration de la formation de 3<sup>ème</sup> cycle des internes en médecine générale.

La psychologie humaniste de Carl Rogers focalise l'apprentissage sur le développement de l'apprenant en tant que personne. La place de l'enseignant est alors celle d'un animateur qui s'occupe de créer un climat favorable et de fournir à l'étudiant une rétroaction intellectuelle et affective. Nos participants semblaient confirmer ce courant de pensée en demandant un compagnonnage personnalisé et bienveillant, permettant de déposer leurs difficultés et leurs émotions.(18)

Dans notre étude, les internes parlaient d'une posture de soignant en cours d'acquisition et ressentaient un besoin de se sentir validés par leurs pairs. Ceci semble en adéquation avec le courant de pensée de la pédagogie d'adulte de Malcom Knowles qui part du principe que l'apprenant adulte est une personne impliquée dans un processus de construction sociale et professionnelle. Le rôle de l'enseignant est d'être facilitateur de ces processus. L'interne est avant tout un adulte, un médecin en formation ; l'apprentissage de sa pratique doit tenir compte de ces facteurs.(19)

Les participants de notre étude semblaient penser qu'un compagnonnage personnalisé et bienveillant serait bénéfique à l'apprentissage de la relation. Cette idée se retrouve dans l'article de Parratte et Stip, article expliquant le concept pédagogique de l'approche par compétence. Ce nouveau paradigme éducatif repose sur un apprentissage mutuel et une interdépendance entre étudiants et maîtres. Ils mettent en avant un système d'apprentissage par mentorat.(20)

Dans cette optique de pédagogie centrée sur l'apprentissage et sur l'acquisition de compétences, de nouveaux outils pédagogiques ont été mis en place depuis quelques années dans les facultés de médecine.(15) Les outils existants et trouvés utiles par nos participants sont : les RSCA, les GEP, les débriefings pendant les stages de SASPAS et l'organisation de rencontres avec des tuteurs attitrés. Ils permettaient de partager les ressentis et d'avoir une réflexivité sur leurs pratiques et leurs attitudes relationnelles.

En conclusion, il semble y avoir en parallèle l'évolution de deux processus socio-médical et pédagogique avec lesquels nous sommes obligés de composer : l'approche participative centrée sur le patient et l'approche centrée sur l'étudiant pour l'acquisition de compétences. Un changement de paradigme nécessite du temps. Entre les attitudes du passé non encore déconstruites et les nouvelles en cours d'appropriation, ce chevauchement pourrait être à l'origine de certaines discordances, sources de difficultés dans les apprentissages relationnels chez certains internes en médecine générale.

## **2. L'existence d'un curriculum caché et son impact sur les représentations et le bien-être des étudiants en médecine.**

La notion de tabou autour de l'expression des incertitudes exprimée par les internes interrogés, se retrouve dans la littérature médicale et a notamment été abordée récemment par Eric Galam.(21) C'est derrière le concept de « curriculum caché » que peut se trouver une partie des réponses à l'existence d'un sentiment d'omniscience créant un tabou autour de l'expression des incertitudes, et à la notion de discordance entre des aspirations propres et le vécu des internes.

Selon Philippe Perrenout, il existe au sein de l'enseignement trois formes de curriculum : le curriculum formel qui est le programme d'enseignement des facultés, le curriculum informel qui est celui qui résulte de l'adaptation à la réalité du curriculum formel, et le curriculum caché qui correspond à la part des apprentissages n'apparaissant pas dans les programmes officiels, mais néanmoins transmis par le formateur malgré lui.(22) Avant d'être caché, ce curriculum est avant tout *non-dit* et partiellement *non pensé*. Pour le définir plus précisément, ce curriculum caché correspond entre autre à des croyances, normes, idées et valeurs communiquées aux apprenants sans que ces derniers soient enseignés explicitement. Ces apprentissages sont à la fois transmis par les institutions en elles-mêmes et par les enseignants.(21)

Comme l'a montré une étude menée par Lempp, il semble communément admis que le curriculum caché agit sur les représentations et les préjugés des apprenants vis-à-vis des contenus enseignés. (23)Le curriculum caché semble également avoir un impact sur le bien être des étudiants comme l'a montré une étude menée par Billing et coll en 2011 qui a mis en évidence le lien entre curriculum caché et l'apparition du burn-out.(24)

Le bien-être des internes et le bon déroulé de leur apprentissage relationnel ne répondent donc pas uniquement de la construction d'un programme d'apprentissage formel à la relation médecin-patient ; il se construit aussi sur un apprentissage caché venant parfois contrecarrer les bénéfices escomptés des outils mis en place. C'est donc en s'attaquant aux valeurs transmises et reçues et en les déconstruisant, à la fois chez les apprenants et chez les enseignants ou maîtres de stage, qu'un apprentissage optimal pourra se poursuivre. Eric Galam et Perrenout vont dans ce sens en encourageant le dévoilement et l'explicitation de ce curriculum caché ; chose que les internes semblent avoir exprimé lors de nos entretiens quand ils parlaient de se libérer de cette notion de médecin omniscient parfois source de souffrance.(21)(22)

### 3. Réflexions autour de l'impact de la charge émotionnelle sur le bien-être des internes.

Dans notre étude, les situations relationnelles complexes ont été une source de charge émotionnelle parfois lourde avec un impact certain sur la construction de soi. La perte de confiance, l'impuissance, la sensation d'être mauvais soignant étaient autant de sentiments générés par les difficultés relationnelles.

Ces éléments nous ont interpellé car ce sont des paramètres intervenant dans le test Maslach Burnout Inventory (MBI), sur lequel la plupart des études récentes sur le burn-out s'appuie.(4,25,26) Ce test a mis en évidence trois composantes intervenant dans la définition du syndrome d'épuisement professionnel, à savoir : l'épuisement émotionnel; la dépersonnalisation se manifestant par une attitude détachée envers les patient; la baisse de l'accomplissement personnel avec un regard négatif et dévalorisant sur les réalisations personnelles et professionnelles.(27)

Comme les notions d'épuisement émotionnel et de baisse de l'accomplissement personnel semblent être retrouvées dans notre étude, il nous paraît important de les notifier pour rester vigilant sur l'apparition du burn-out.

D'ailleurs, une étude de 2011 menée auprès des internes en médecine générale en France a mis en évidence que 58.1% des internes en médecine générale avaient au moins un score élevé sur le test MBI et que 7% d'entre eux ont les trois composantes du test augmentés (28). Un des facteurs influençant retrouvé est entre autres un manque de reconnaissance des médecins superviseurs, de l'équipe médicale ou des patients.

Cette notion de reconnaissance des tiers est évoquée à plusieurs reprises dans notre étude, avec la recherche par les internes de réassurance concernant leur aptitude soignante. Elle appuie donc la nécessité de l'accompagnement bienveillant et personnalisé des maîtres de stage et tuteurs, et de son impact sur le bien-être des internes.

Dans des études portant sur la prévention du burn-out chez les étudiants en médecine, les auteurs s'intéressent à la résilience comme facteur protecteur et les outils qu'ils proposent pour développer cette résilience semblent similaires aux outils évoqués par les internes dans notre étude pour améliorer leur aptitude relationnelle. Sur les 14 outils proposés, 5 semblent appuyer nos résultats (29)(30):

- Le développement d'une attitude réflexive favorisée par une supervision dirigée, personnalisée et continue dans le temps,
- Une mise en situation programmée et encadrée pour expérimenter les situations complexes dans un cadre sécurisé,
- Le dialogue ouvert sur les charges émotionnelles importantes et les notions de transfert et de contre-transfert,
- Le désamorçage des résistances émotionnelles, sources de réactions de défense inappropriées dans la relation de soin,
- Une réflexion sur les valeurs et représentations de leur profession.

Les allers-retours empirie-théorie que nous avons effectué pour élaborer cette discussion nous ont permis de retrouver dans la littérature les freins identifiés dans notre étude. La difficulté de mettre en pratique les aspirations relationnelles est une donnée connue. Nous avons tenté de l'expliquer par 2 hypothèses : des changements de paradigmes médico-social et pédagogique, et la notion de curriculum caché.

Le poids du sentiment de la nécessité d'omniscience et le tabou autour de l'expression des incertitudes peuvent également s'expliquer par ce chevauchement d'aspirations et par l'existence d'un curriculum caché.

Le retentissement sur le bien être des internes que cela peut engendrer est également une donnée connue dans la littérature.

#### **4. Ouverture : proposition d'outils**

Les outils proposés par les internes pour répondre à ces freins, que ce soit le compagnonnage personnalisé et bienveillant ou la création d'espaces de parole, répondent aux critères de pédagogie actuelle : ils sont centrés sur les attentes de l'étudiant et contextualisés dans leur quotidien professionnel. Ils permettent une approche participative et le développement d'une attitude réflexive chez l'enseignant comme chez l'élève.

Néanmoins, des besoins en matière d'enseignement à la relation médecin-patient s'étant fait ressentir, nous proposons des pistes de réflexion concernant des enseignements pouvant être développés à la faculté.

##### **A. Un séminaire annuel**

Chaque année, un séminaire « relation médecin-patient » pourrait être proposé à l'ensemble des étudiants du 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale. Ce séminaire regrouperait toutes les promotions, pendant un ou deux jours. Les internes participeraient à ce séminaire chaque année et feraient évoluer leur parcours d'ateliers en fonction de l'évolution de leur besoin au fur et à mesure de leur cursus.

Plusieurs ateliers thématiques (pratiques et théoriques) portant sur les besoins identifiés des internes seraient proposés. Le parcours dans ces ateliers ne serait pas imposé mais guidé en fonction des besoins repérés en amont par l'interne. Ce programme personnalisé pourrait être construit avec l'aide d'un maître de stage ou du tuteur suite à l'analyse d'une situation complexe rencontrée. L'élaboration de ce programme personnalisé pourrait se faire lors d'un débriefing simple ou à partir d'un RSCA. La réalisation d'une carte heuristique pourrait aussi servir de support à la mise en évidence des difficultés rencontrées.

Ainsi, chaque interne viendrait au cours de ce séminaire se nourrir de ce dont il a besoin plus spécifiquement. Revenir à ce séminaire tous les ans lui permettrait de prendre conscience des progrès faits et de pouvoir aborder d'autres difficultés identifiées entre temps.



Ces ateliers auraient entre autres pour objectif :

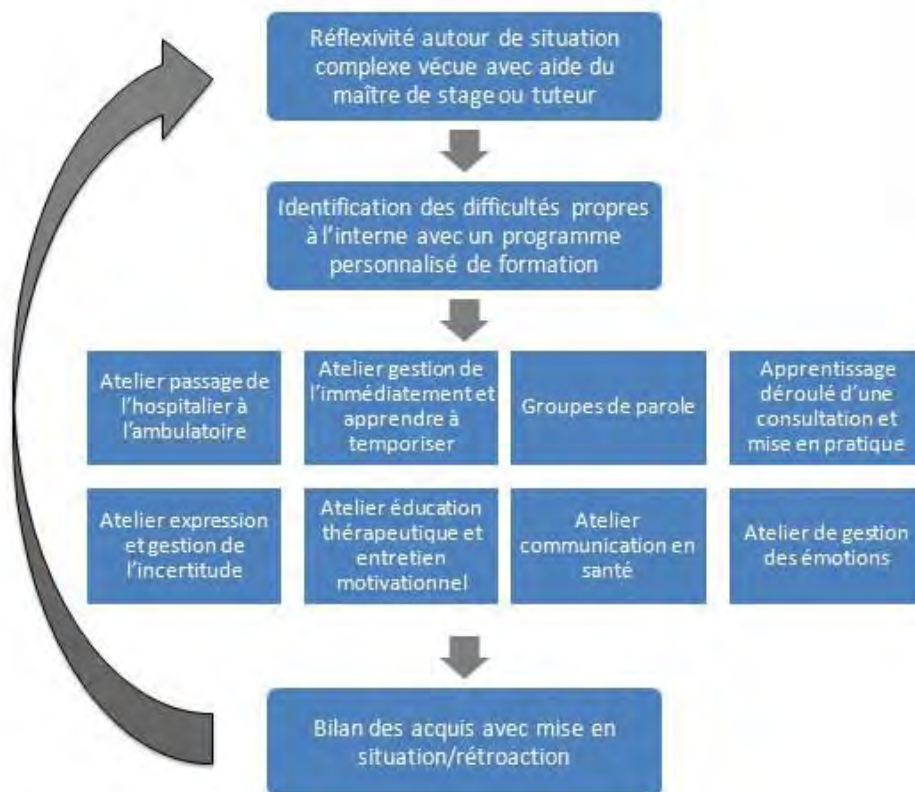
- D'engager une attitude réflexive sur la différence de relation pouvant exister entre la médecine hospitalière et la médecine ambulatoire.
- D'engager une discussion sur d'éventuels tabous autour de l'expression des incertitudes et sur le sentiment de la nécessité d'omniscience.
- De se familiariser avec les spécificités de la médecine générale, d'appivoiser et de tester les différentes phases de l'entrevue médicale et leur inscription dans le temps.
- De donner et d'expérimenter des outils de communication.
- D'apprendre les spécificités relationnelles de certaines situations particulières : patients adolescents, personnes accompagnées par un tiers, personnes ayant une culture différente, personnes vivant dans un contexte de précarité...
- De connaître les grands courants relationnels passés pour discuter et réfléchir sur les représentations relationnelles actuelles et futures.
- D'aborder les difficultés émotionnelles résultant de certaines situations complexes et de donner des outils pour aider à les apprivoiser.

Sans que la liste soit exhaustive, le matériel pédagogique au sein de ses ateliers pourrait faire appel à :

- Des groupes de paroles thématiques.
- Des jeux de rôles ou mises en situations supervisées de situations complexes avec rétroaction des observateurs ou superviseurs.
- Des exposés plus théoriques suivis d'un temps d'échange autour de la thématique abordée.
- Des référentiels d'ouvrages sélectionnés et validés par la faculté concernant la relation médecin-patient afin d'éveiller la curiosité ou de nourrir sa pratique.
- Des référentiels de structures ou associations existants en dehors de la fac et pouvant répondre à des besoins spécifiques de certains internes (exemple : Groupe Balint)

Dans les suites du séminaire et afin de retirer un bénéfice des ateliers, un « bilan des acquis » pourrait être proposé aux internes. Ce dernier, non sanctionnant, permettrait juste de mettre en évidence les progrès réalisés ou les sujets restant encore à développer. Ce bilan pourrait se faire dans les mois suivant, à l'aide du tuteur ou maître de stage. Une nouvelle situation complexe serait analysée et de nouveaux objectifs pourraient en être définis. La répétition du séminaire chaque année serait aussi un moyen d'effectuer ce bilan des compétences acquises et à acquérir et de constater des progrès par rapport à l'année passée.

Voici une schématisation du fonctionnement de ce séminaire annuel « relation médecin-patient



Nous tenons à signaler que certains auteurs ont déjà beaucoup travaillé sur le développement de guides à l'élaboration d'un enseignement à la communication au cours de l'entrevue médicale. Il existe notamment le Guide Calgary Cambridge de l'entrevue médicale élaboré par Kurtz, Silverman et coll. (annexe 10).(31) Dans le même esprit, la roulette combinatoire de la communication professionnelle en santé résultant des travaux de Claude Ricard, Marie-Thérèse Lussier, Sophie Galerneau et Oliver Jamouille, est une bonne base à la création d'outils d'enseignement à la communication (annexe 11).(15)

## B. Des groupes d'échange de pairs spécifiques à la relation médecin-patient

Comme mentionné à plusieurs reprises par les internes, des GEP spécifiques à la relation médecin-patient pourraient être envisagés. S'ils devaient avoir lieu, il semble important que les internes aient appris à se connaître avant, afin de favoriser les confidences. Ils pourraient donc plutôt intervenir en fin de semestre.

Toutes ces propositions ne sont bien évidemment que des pistes de réflexion. Un travail plus poussé doit être mené pour leurs mise en pratique concrète.

## **IV. Forces et limites de l'étude**

### **1. Forces de l'étude**

#### **A. Réflexivité des chercheuses**

Afin de rester vigilantes à l'équation intellectuelle du chercheur (11)(*c'est-à-dire un équilibre entre lectures, prise en compte des modèles et théories d'une part, et posture d'ouverture et de découverte sur le terrain d'autre part*), et pour limiter le risque d'auto-illusion nous avons poursuivi notre effort réflexif tout au long de notre travail de recherche :

- Lors de l'élaboration du guide d'entretien en travaillant sur nos préjugés et nos a priori.
- Lors de la réalisation des entretiens en ayant conscience de l'intersubjectivité qu'apportait le fait que nous appartenions au même milieu d'étude (interne en médecine générale) que nos participants.
- Lors de l'analyse des données recueillies en réfléchissant individuellement sur nos propres représentations de la relation médecin-patient, ainsi que nos propres difficultés et attentes.

#### **B. Renforcement de la validité de l'étude**

La validité interne de l'étude a pu être renforcée grâce à :

- Une triangulation des chercheurs tout au long du travail de recherche.
- Le regard sur nos résultats d'une chercheuse naïve de l'étude : Dr Gabrielle Laurencin-Kelly.
- La participation aux ateliers d'aide méthodologique proposés par le DUMG de Toulouse.

La validité externe de notre étude a été renforcée par :

- L'inclusion d'un profil atypique parmi nos participants.
- L'obtention d'une diversité des profils en ce qui concerne le paramètre « formation complémentaire ». Ce paramètre nous paraissait important car il pouvait, de par les apprentissages supplémentaires qu'ils avaient pu susciter, influencer les discours et la posture des internes dans la relation médecin-patient.

#### **C. Intérêt pour le sujet et sincérité des participants**

Il y a eu une très bonne acceptabilité de l'étude par les internes et un réel intérêt pour le sujet. La parole nous est apparue ouverte et les internes ont eu peu de réticence à parler de leurs difficultés relationnelles. Le statut d'interne des chercheuses (ou ex-interne) ainsi que leur attention à mettre à l'aise les participants en étaient probablement la cause.

## D. Originalité de l'étude

A ce jour, aucune étude n'avait porté sur les représentations et les habiletés relationnelles des internes en médecine générale de la région Haute-Garonne.

## 2. **Limites de l'étude**

### A. Premier travail de recherche

Il s'agissait d'un premier travail de recherche qualitative. Aucune des deux chercheuses n'avait réalisé de travaux de recherche de ce type auparavant. Bien que s'étant formé tout au long de l'étude, le manque d'expérience des chercheuses a pu influencer la qualité du recueil de données ainsi que la qualité de l'analyse.

### B. Possible biais initial de recrutement

Une partie du recrutement s'étant faite par un appel à volontaire, il était possible que nous ayons recruté dans un premier temps les internes les plus sensibilisés à la thématique. Ceci semblait néanmoins limité par certains participants qui, n'ayant pas de penchant particulier pour le sujet ont surtout souhaité nous rendre service dans notre travail de thèse.

## CONCLUSION

---

Les relations médecin-patient sont au cœur de toutes démarches de soin. La qualité de la relation de soin est un enjeu majeur et actuel à la fois pour les patients et pour les médecins. L'apprentissage des aptitudes communicationnelles et relationnelles est indispensable pour tout praticien et débute au cours de sa formation initiale.

Cette étude qualitative menée auprès d'internes en médecine générale de Haute-Garonne avait pour objectif de connaître leurs représentations concernant la relation médecin-patient et leurs habiletés relationnelles. L'objectif secondaire était de proposer une base de réflexion pour améliorer l'apprentissage relationnel au sein du DUMG de Toulouse.

L'analyse du discours des internes met en évidence des freins à l'apprentissage de la relation médecin-patient qui devraient être levés pour permettre un cheminement vers une relation médecin-patient harmonieuse.

Un des obstacles rencontrés était l'existence d'une discordance entre les aspirations relationnelles souhaitées et les pratiques relationnelles effectives des internes. Cette dissonance peut en partie s'expliquer par l'existence actuelle d'un changement de paradigme pédagogique et médico-social retrouvés au sein de la littérature médicale.

L'existence d'un sentiment d'une nécessité d'omniscience, générant un tabou autour de l'expression des incertitudes était un autre frein mis en évidence. Il peut s'expliquer par l'existence d'un curriculum caché, vecteur implicite des représentations anciennes non encore totalement révisées.

Enfin, la charge émotionnelle générée par les écueils relationnels était un paramètre important à prendre en considération pour ne pas bloquer le processus d'apprentissage à la relation médecin-patient et pour œuvrer au bien-être des internes.

Ainsi, afin de continuer à améliorer l'apprentissage à la relation médecin-patient, il conviendrait de déconstruire les représentations génératrices de tabous et d'aborder les émotions au sein de groupe de parole.

De même, l'identification d'exemple et de modèle à suivre permettrait une meilleure intégration des nouveaux schémas relationnels.

Enfin, l'attitude réflexive doit être favorisée tout au long de l'internat pour permettre une remise en question constante des aptitudes et une mesure des progrès à effectuer.

Deux propositions ont émergé de l'ensemble de ces réflexions : la création d'un séminaire relation-médecin patient et la mise en place de GEP dédié aux problématiques relationnelles. Le séminaire serait annuel, et chaque année les internes viendraient puiser dans le panel d'ateliers proposés, les outils et réflexions dont ils auraient besoin à ce moment de leur cursus. Ces propositions ne sont qu'au stade de la réflexion et pourraient faire l'objet de d'autres travaux de recherche.

Toulouse, le 29/05/2017  
Pi Pierre MESTHÉ

Toulouse, le 30/05/2017

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D.CARRIE



Le Président du Jury  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale



## BIBLIOGRAPHIE

---

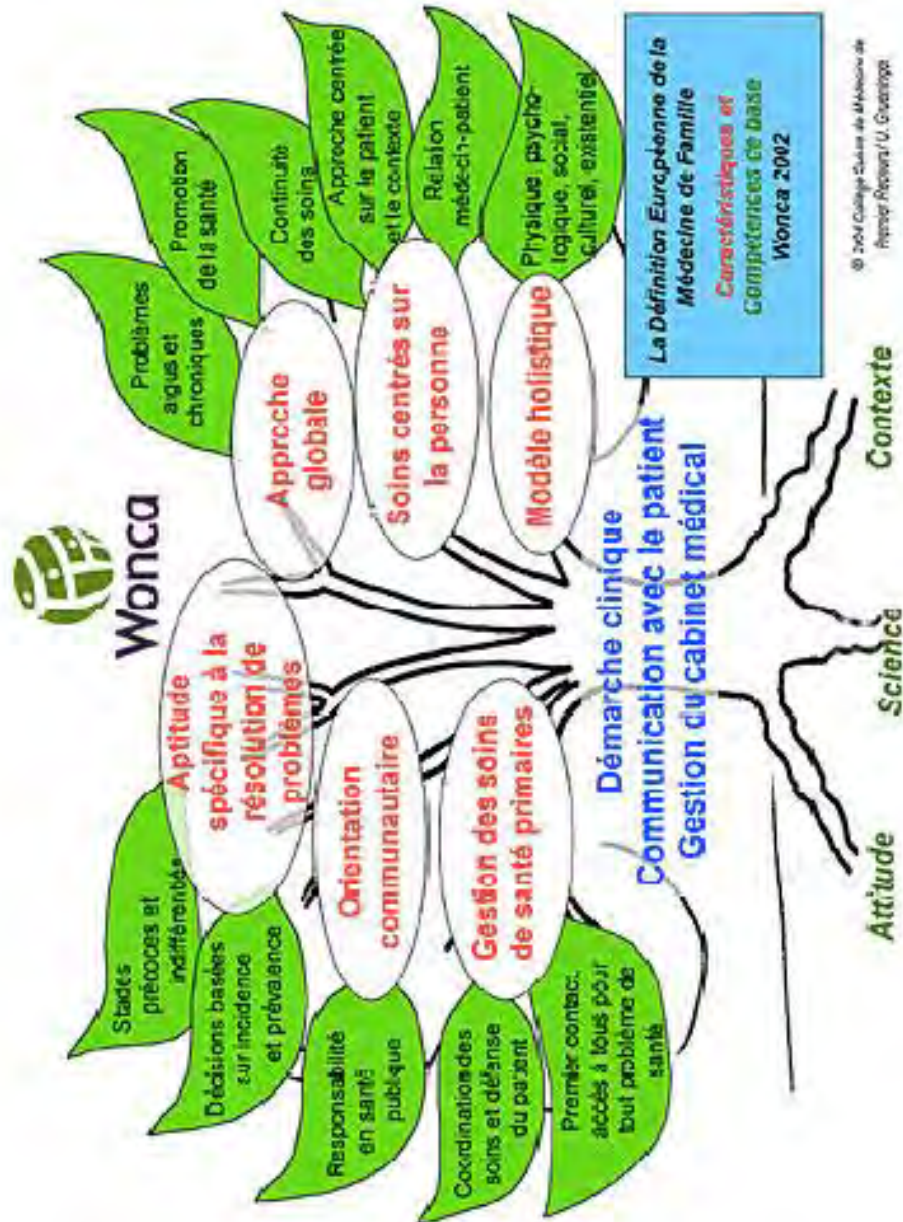
1. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot et Rivages.1996.
2. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de “l’effet médecin” en soins primaires. Presse Médicale. 1 juin 2006;35(6):967-73.
3. Kellner E. Evolution de la relation médecin-patient ces dernières décennies: les déterminants selon les médecins généralistes [Thèse d’exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2015.
4. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants, Professional burn-out of general practitioners in urban areas: prevalence and determinants. Santé Publique. 2009;21(4):355-64.
5. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain J-C. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d’internes en médecine générale. Médecine. 1 oct 2011;7(8):381-5.
6. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.
7. The European Definition of GP / FM | Wonca Europe [Internet]. [cité 31 août 2016]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
8. CNGE groupe niveau de compétence, Attali C, Bail P. Marguerite des compétences.
9. Jouquan J, Bail P. A quoi s’engage-t-on en basculant du paradigme d’enseignement vers le paradigme d’apprentissage ? Pédagogie Médicale. 1 août 2003;4(3):163-75.
10. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Revue Exercer. 2006;(76):31-2.
11. Paillé P, Mucchielli A. L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ème édition. Armand Colin; 2016. (Collection U).
12. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L’apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d’une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale. mai 2004;5(2):110-26.
13. Even G. Former les étudiants en médecine à la relation. Champ Psychosomatique. 1 mai 2001;no 22(2):133-42.
14. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique. 2007;19(5):413-25.
15. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale. nov 2010;11(4):255-72.
16. Lacroix A. Quels fondements théoriques pour l’éducation thérapeutique ? Santé Publique. 19(4):271-82.
17. Bonnaud-Antignac A, Grenier M-H, Mouzard A, Amar M. Enseignement de la relation médecin-patient en pédiatrie à des étudiants de médecine à partir de la méthode du Théâtre-Forum. Neuropsychiatrie Enfance Adolescence. sept 2009;57(6):510-6.

18. Rogers C. L'approche centrée sur la personne. Ambre Edition; (DeveloppementP).
19. Balleux A. Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes: vingt-cinq ans de recherche. *Revue Scientifique Education*. 2000;26(2):263-86.
20. Parratte J, Stip E. L'apprentissage par compétences : renouveau pédagogique à l'université de Montréal, Learning skills by competencies: educational reform at the University of Montreal, Aprendizaje por competencias. *Information Psychiatrique*. 15 nov 2012;me 88(7):543-8.
21. Galam E. [Becoming doctor: Highlight the hidden curriculum. Medical error as an example]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. avr 2014;43(4 Pt 1):358-62.
22. Perrenoud P. Curriculum: le formel, le réel, le caché. *La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui*. Paris; 1993. p. 61-76.
23. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *British Medical Journal*. 2 oct 2004;329(7469):770-3.
24. Billings ME, Lazarus ME, Wenrich M, Curtis JR, Engelberg RA. The Effect of the Hidden Curriculum on Resident Burnout and Cynicism. *Journal of Graduate Medical Education*. déc 2011;3(4):503.
25. Galam É. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question. *Médecine*. 1 déc 2007;3(10):474-7.
26. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*. avr 2006;81(4):354-73.
27. Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. on the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Journal of Health Psychology*. sept 2001;16(5):565-82.
28. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *British Journal of General Practice : Journal of the Royal College of General Practitioners*. mars 2013;63(608):e217-224.
29. Howe A, Smajdor A, Stöckl A. Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Medical Education*. avr 2012;46(4):349-56.
30. Tempiski P, Martins MA, Paro HBMS. Teaching and learning resilience: a new agenda in medical education. *Medical Education*. avr 2012;46(4):345-6.
31. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*. août 2003;78(8):802-9.



# ANNEXES

- ✓ Annexe 1: caractéristiques principales de la médecine générale selon la WONCA



✓ Annexe 2: marguerite des competences du CNGE



✓ Annexe 3: Recueil anonyme des caractéristiques du /de la participant(e) en début d'entretien

**Âge :**

**Sexe :**

**Année d'étude ou date de fin d'internat:**

**Faculté de 2<sup>ème</sup> cycle :**

**Exercice actuel :**

Stage / remplacement / collaboration / installation / exercice seul ou en groupe

**Si encore en 3<sup>ème</sup> cycle :**

Nombre de stage hospitalier :

Nombre de SASPAS :

**Lieu d'exercice :** urbain / semi-rural / rural

**Formation complémentaire :** DU / DIU / DESC / Modules optionnels / FMC / Formations autres

## ✓ Annexe 4: guide d'entretien version initiale

### NATURE DU PROBLÈME RELATIONNEL / DIFFICULTÉ

**-Au cours de vos dernières semaines d'exercice, pourriez-vous me raconter une consultation qui vous aurait mise en difficulté d'un point de vue relationnel ? Même une simple gêne.**

-Au cours de votre dernière semaine de pratique, vous souvenez-vous d'une consultation où vous vous êtes laissé dépasser par une émotion ? Avez-vous déjà eu besoin de prendre quelques minutes entre deux consultations pour vous remettre de vos émotions ?

-Pourriez-vous vous souvenir d'une situation que vous avez eu besoin de partager en rentrant du travail?

### GESTION DES ÉMOTIONS

**-Quelles émotions cette consultation a suscité chez vous ?**

**-Comment avez-vous géré ces émotions ?**

### STRATÉGIES INTERACTIONNELLES MISES EN PLACE LORS DE LA CONSULTATION

**-Comment avez-vous géré la consultation ?**

**-Comment s'est passé le reste de votre journée de travail?**

### RESSOURCES PERSONNELLES OU EXTÉRIEURES

**-Qu'est-ce qui vous a aidé à mener au mieux cette consultation ?**

**-Quelles ressources/compétences avez-vous mis en place ?**

### IMPACT SUR SOI / SA PRATIQUE

**-Quel impact a eu cette consultation sur vous ?**

**-Quel impact cette consultation a eu sur votre pratique ?**

**-Comment s'est passé le reste de votre journée de travail? (bis)**

### RÉFLEXIVITÉ

**-A l'heure d'aujourd'hui, comment expliquez-vous cette consultation ?**

**-Si cela devait se reproduire, que feriez-vous ?**

**-Quelle modification cette consultation a généré sur votre conception de la relation médecin-patient ?**

### AUTRES ASPECTS DE LA RELATION

**-A vos yeux, qu'est-ce qui est important dans la relation médecin patient ?**

**-Comment vous percevez vous dans ces domaines ?**

### STRATÉGIE PERSONNELLE D'AMÉLIORATION

**-Comment envisagez-vous de vous améliorer dans ce domaine ?**

### ENSEIGNEMENTS

**-Que pensez-vous du rôle de l'enseignement dans la formation à la relation médecin patient ? Du rôle du DUMG ?**

**- Pendant votre internat, à quel moment avez-vous pu aborder la relation médecin-patient ? Qu'en avez-vous pensé?**

**-Avez-vous des souhaits particuliers en ce qui concerne la formation à la relation médecin-patient au cours de votre internat?**

## ✓ Annexe 5: guide d'entretien version finale

**-Au cours de vos dernières semaines d'exercice, pourriez-vous me raconter une consultation qui vous aurait mise en difficulté d'un point de vue relationnel ? Même une simple gêne.**

-Au cours de votre dernière semaine de pratique, vous souvenez-vous d'une consultation où vous vous êtes laissé dépasser par une émotion ? Avez-vous déjà eu besoin de prendre quelques minutes entre deux consultations pour vous remettre de vos émotions ?

-Pourriez-vous vous souvenir d'une situation que vous avez eu besoin de partager en rentrant du travail?

### HABILETE RELATIONNELLE

**-Qu'est-ce qui vous a aidé à appréhender (aborder) au mieux cette consultation ?**

-Quelles émotions cette consultation a suscité chez vous ?

-Comment avez-vous géré ces émotions ?

-A l'heure d'aujourd'hui, comment expliquez-vous cette consultation ?

### VECU

**-Comment s'est passé le reste de votre journée de travail?**

**-Quel impact cette consultation a eu sur votre pratique ?**

### RÉFLEXIVITÉ/ HABILETE RELATIONNELLE

**-Si cela devait se reproduire, que feriez-vous ?**

### REPRESENTATION

**- Si j'ai bien compris, ce qui est important pour vous dans la relation c'est .... Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?**

### STRATÉGIE PERSONNELLE D'AMÉLIORATION/HABILETE RELATIONNELLE

**-Qu'est-ce qui pourrait vous aider à progresser dans le domaine de la relation médecin-patient ?**

**- Qu'est-ce que la faculté pourrait mettre en place pour vous aider à progresser dans le domaine de la relation médecin-patient ?**

✓ **Annexe 6: Formulaire d'information et de consentement délivré au participant**

### **Formulaire d'information**

Dans le cadre de notre thèse d'exercice en médecine générale, nous souhaitons nous intéresser à votre vécu de la relation médecin malade, à ce qu'elle représente et à ce qu'elle est pour vous. Cette connaissance nous paraît indispensable pour pouvoir accompagner au mieux les internes dans le développement de leur capacité relationnelle au sein de la formation initiale.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce sujet de recherche.

Le recueil de donnée se fera à l'aide d'un entretien avec l'une des deux chercheuses : Manon Choplin ou Sophie Ricard. Ce recueil d'information est anonyme ; à aucun moment votre identité ne sera divulguée. Vous êtes libre d'accepter ou non de participer à l'entretien. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment et sans justification de votre part. La durée de l'entretien sera fonction de vous et de ce que vous avez à nous dire sur le sujet.

Sentez-vous libre de vous exprimer, aucun jugement ne sera porté sur votre discours. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises attitudes, pas de bonnes ou de mauvaises réponses, pas de bonnes ou de mauvaises croyances. N'hésitez pas à nous interrompre en cas d'incompréhension.

Pour permettre une meilleure analyse des entretiens, ces derniers seront enregistrés. Aucune personne extérieure à l'étude n'aura accès à cet enregistrement. Certains extraits de l'entretien pourront apparaître dans la thèse au titre de citation et d'illustration. Ces extraits seront choisis de façon à ne pas pouvoir reconnaître l'identité du participant.

Si vous avez des questions sur le déroulement de l'entretien, n'hésitez pas à nous les poser.

### **Formulaire de consentement**

J'accepte de participer à l'étude sur les représentations de la relation médecin-patient chez les internes de médecine et les médecins sortant du DES de médecine générale de Toulouse depuis moins de 2 ans.

Date, lieu :

Signature du participant :

Identité et signature de la chercheuse :

### **Déclaration de conflit d'intérêt**

Les deux chercheuses, Manon Choplin et Sophie Ricard, atteste ne présenter aucun conflit d'intérêt en lien avec le projet d'étude.





## Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Motoko DELAHAYE*

30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère

Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – [motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr](mailto:motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr)

Président : Mme Laurencine

VIEU Secrétaire : Mme

Motoko DELAHAYE

### AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES

Renseignements concernant le demandeur :

**Nom** : CHOPLIN MANON et RICARD SOPHIE

**Qualité** : 2 INTERNES EN MEDECINE GENERALE

**Adresse** : 10 RUE ST DENIS APPART B8 31400 TOULOUSE

**Courriel** : [manonchopin@yahoo.fr](mailto:manonchopin@yahoo.fr) et [sophie.ricard0105@hotmail.fr](mailto:sophie.ricard0105@hotmail.fr)

**N°** : 0621617656 et 0608332665

Renseignements concernant le promoteur :

**Nom** : DUMG sous la responsabilité de BOURGEOIS ODILE

**Qualité** : Médecin généraliste

**Adresse** : 6 rue soye 31650 st orens de gameville

**Courriel** : [odile.bourgeois@dumg-toulouse.fr](mailto:odile.bourgeois@dumg-toulouse.fr)

**N°** : 0562243388

Titre complet de la recherche :

Etude par des entretiens individuels semi-dirigés des représentations des internes en médecine générale Midi-Pyrénées concernant la notion de "relation médecin-patient" ; dans l'objectif de réfléchir à l'apprentissage des habiletés relationnelles pendant la formation initiale.

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

**AVIS FAVORABLE**

**N°2017-003**

**le3/3/2017**

Dr Motoko Delahaye

✓ **Annexe 8: tableaux descriptifs de la population**

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6
<b>Age</b>	27 ans	28 ans	26 ans	26 ans	24 ans	23 ans
<b>Sexe</b>	Femme	Homme	Femme	Femme	Femme	Femme
<b>Semestre d'internat</b>	4 <sup>ème</sup>	6 <sup>ème</sup>	5 <sup>ème</sup>	5 <sup>ème</sup>	1 <sup>er</sup>	1 <sup>er</sup>
<b>Faculté de 2<sup>ème</sup> cycle</b>	Clermont-Ferrand	Paris XI	Marseille	Poitiers	Bordeaux	Bordeaux
<b>Stage actuel</b>	Prat niveau 1	SASPAS	Stage libre hospitalier (CHU)	SASPAS	Hospitalier médecine adulte (CHU)	Hospitalier médecine adulte
<b>Nombre de stage hospitalier</b>	2	2	3	2	1	1
<b>Nombre de SASPAS</b>	0	2	0	1	0	0
<b>Lieux</b>	Semi-rural	Semi-rural	Urbain Semi-rural	Semi-rural	Urbain	Urbain
<b>Formation complémentaire</b>	DIU urgences pédiatriques	Module optionnel d'éducation thérapeutique  Médecine militaire	FMC entretien motivationnel  FMC soin palliatif  DU addictologie	/	1 an de groupe Balint pendant l'externat (constitué d'étudiant en 6 <sup>ème</sup> année)	1 an de groupe Balint pendant l'externat (constitué d'étudiant en 6 <sup>ème</sup> année)
<b>Durée de l'entretien</b>	50 min	36 min	48 min	21 min	35 min	38 min
<b>Situation relationnelle problématique</b>	Patient non coopérant lors d'un renouvellement de traitement	Désaccord avec la mère sur une galénique en consultation de pédiatrie	A la fin d'une longue consultation, demande de renouvellement d'un traitement avec crainte iatrogène	Barrière de la langue / Désaccord sur des prescriptions / Difficulté d'aborder les différents types de personnalité	Difficulté de trouver la bonne distance relationnelle avec la fille d'un patient	Difficulté d'entrer en relation avec une patiente âgée en lien avec un sentiment d'impuissance
<b>Mode de recrutement et remarques</b>	Proche en proche Amie de la chercheuse	Volontariat	Volontariat	Volontariat	Volontariat Amie de la participante 6	Echantillonnage raisonné Amie de la participante 5



	Entretien A	Entretien B	Entretien C	Entretien D	Entretien E	Entretien F
<b>Age</b>	27ans	27 ans	26 ans	27 ans	31 ans	26 ans
<b>Sexe</b>	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme	Femme
<b>Semestre d'internat</b>	6 <sup>ème</sup>	5 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>	5 <sup>ème</sup>	1 <sup>er</sup>	5 <sup>ème</sup>
<b>Faculté de 2<sup>ème</sup> cycle</b>	Paris- Descartes (V)	Toulouse Purpan	Paris- Descartes (V)	Toulouse Purpan	Toulouse Purpan	Paris- Descartes (V)
<b>Stage actuel</b>	SASPAS	SASPAS	Gynéco- pédiatrie ambulatoire	Hospitalier Stage libre	Hospitalier médecine adulte (CHU)	SASPAS
<b>Nombre de stage hospitalier</b>	3	3	1	3	1	2
<b>Nombre de SASPAS</b>	1	1	0	0	0	1
<b>Lieux</b>	Urbain	Urbain	Urbain	Urbains/semi- rural	urbain	Urbain
<b>Formation complémentaire</b>	/	/	DU pathologies des voyages	Master 2 anthropobiolo gie	Ancien IDE (3 ans de pratique)	Master 1 Ethique science santé et société
<b>Durée de l'entretien</b>	23 min	24 min	28 min	14 min	18 min	22 min
<b>Situation relationnelle problématique</b>	Problème de positionnement face à la familiarité d'un tiers et sentiment d'incompétence devant la situation médicale	Refus d'examen clinique dans un contexte de différence culturelle et barrière de la langue	Sentiment d'incompétence devant la situation médicale et anxiété de devoir donner une réponse immédiate	Problème de communication dans un contexte d'annonce de fin de vie et de situation palliative	Consultation d'annonce d'une maladie grave	Problème de positionnement en consultation d'addictologie
<b>Mode de recrutement et remarques</b>	Volontariat	Volontariat	Volontariat	Volontariat	Volontariat	Echantillonnage raisonné

✓ Annexe 9 : Exemple d'un début d'entretien (entretien F)

**Manon Choplin (MC) :** Alors, pour pouvoir discuter un petit peu du sujet, le mieux ça serait de partir d'un cas que tu pourrais nous raconter par exemple d'une consultation que t'as eue dans tes dernières semaines d'exercice où tu t'es sentie en difficulté d'un point de vue relationnel ?

**Entretien F (EF) :** heu (silence) ouais. On peut faire ça, ouais.

**MC :** Est-ce que t'en a une qui te vient spontanément en tête ou... ?

**EF :** Oui j'ai déjà fait RSCA dessus ! Mais...

**MC :** Ouais

**EF :** J'ai déjà un peu réfléchi.

**MC :** Oui ben tant mieux ça ne sera que plus intéressant. Alors est-ce que tu peux me raconter un peu du coup la situation ?

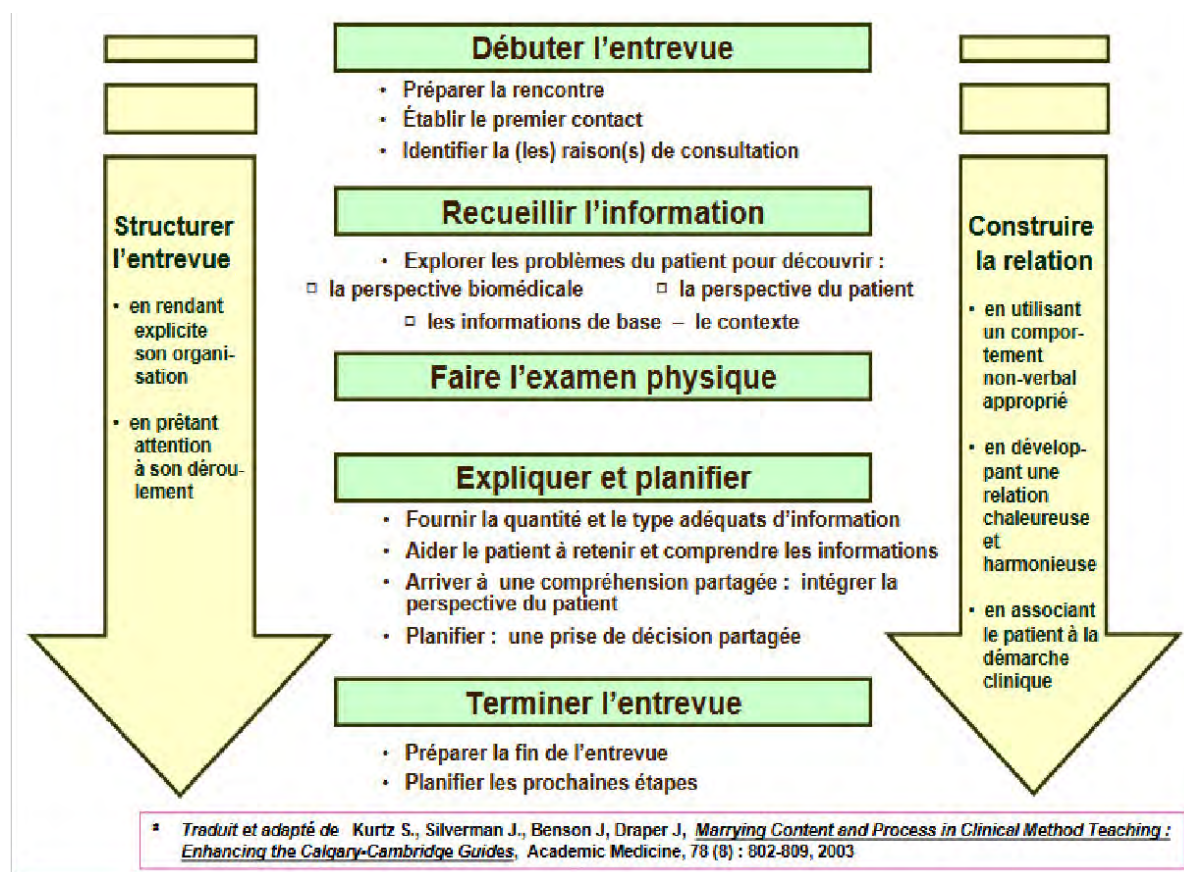
**EF :** Heu... j'ai reçu... est ce que c'est sur la relation ? Ouais si quand même. (*réflexion qu'elle se pose à haute voix à elle-même*). Alors j'ai reçu en consultation en SASPAS un monsieur d'une, à peu près je dirais, d'une quarantaine d'années, 35- 40 ans. Il était pas du tout connu du cabinet, il avait jamais été vu avant. Et qui est venu pour, en gros, initier un suivi sur Toulouse et renouveler ses traitements. Et... Heu, donc il avait à la fois un asthme sévère pour lequel j'ai renouvelé des traitements et une addiction, heu, à l'alcool. Une alcoolo-dépendance qu'il me disait sevrée depuis neuf mois à peu près et pour laquelle il prenait un traitement, enfin... du Seresta 50 3X/jour et... hummm... et quelque chose d'autre que j'ai oublié ! Mais bon un traitement qui était quand même assez important, qu'il voulait que je lui renouvelle.... Et donc à la première consultation, donc ça partait un petit peu dans tous les sens, ça allait vite, mais bon j'ai fini par le renouveler et là ça allait à peu près. Mais déjà, bon, c'était un peu délicat mais ça c'est quand même bien passé. J'avais un peu du mal parce que ça partait un peu dans tous les sens la relation. Enfin l'entretien, j'arrivais pas vraiment à le canaliser et, mais bon finalement je me suis dit : bon je lui prescris. Il reviendra. Mais en fait là où ça a commencé à me poser vraiment problème c'est qu'en fait à partir du mois d'après, le mois d'après, il m'a appelé par téléphone pendant une consultation. La secrétaire me l'a passé et lui en me disant : « oui ça va pas du tout, je vais pas bien, j'ai peur de retomber dans l'alcool, de faire une bêtise.... Il faudrait que vous me renouveliez le traitement, heu... je me sens pas bien... heu... » et voilà j'ai essayé de creuser, de discuter avec lui, de savoir comment ça allait...

**MC :** hum hum

**EF :** On était à la fois dans une relation ambiguë tous les deux, genre lui il me faisait du chantage affectif et moi je savais qu'il en faisait, et lui...

**MC :** d'accord

✓ Annexe 10 : guide de Calgary-Cambridge





---

**Représentations des internes en médecine générale de Haute-Garonne concernant la notion de « relation médecin-patient ».** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

---

**Introduction :** L'apprentissage des aptitudes communicationnelles et relationnelles est indispensable pour tout médecin et débute au cours de sa formation initiale. **Objectif :** Connaître les représentations des internes en médecine générale concernant la notion de « relation médecin-patient », dans l'objectif de réfléchir à son apprentissage pendant la formation initiale. **Matériel et méthode :** Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 internes. Analyse par catégories conceptualisantes et essai de théorisation ancrée. **Résultats :** La discordance entre les aspirations relationnelles souhaitées et les pratiques effectives; le sentiment d'une nécessité d'omniscience; et la charge émotionnelle générée par certaines situations complexes ont été identifiés comme des freins à l'apprentissage. Ces phénomènes peuvent s'expliquer par un changement actuel de paradigme pédagogique et médico-social et par la notion de « curriculum caché ». **Conclusion :** Déconstruire les représentations, aborder les émotions, avoir des modèles à suivre cohérents, et encourager une attitude réflexive pourraient permettre un meilleur apprentissage.

**Mots-Clés:** Relation médecin-patient, compétence relationnelle, apprentissage de la relation, internat de médecine générale, communication en santé, bien-être des internes

---

**Representations of the residents in general medicine of Haute-Garonne, regarding the notion of "doctor-patient relationship ».** Qualitative study by semi-directed interviews.

---

**Introduction :** The learning of communication and relational skills is essential for any doctor and begins during his initial training. **Objective:** To understand the representations of interns in general medicine in relation to the notion of "doctor-patient relationship", with the aim of reflecting on his / her learning during initial training. **Material and method:** Qualitative research through semi-directed interviews with 12 residents. Analysis by conceptualizing categories and grounded theorization test. **Results :** The discrepancy between desired relational aspirations and actual practices; the feeling of a necessity of omniscience; and the emotional burden generated by certain complex situations have been identified as a barrier to learning. These phenomena can be explained by a current shift in pedagogical and medico-social paradigm and by the notion of "hidden curriculum". **Conclusion:** Deconstructing representations, approaching emotions, having coherent models to follow, and encouraging a reflective attitude would allow for better learning.

**Keywords:** Doctor-patient relationship, relational skill, relationship learning, general medicine internship, health communication, residents well-being.

---

**Directeurs de thèse :** Dr BOURGEOIS Odile et Dr ESCOURROU Emile

---

**Discipline administrative:** MEDECINE GENERALE