

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 26 novembre 2020 à Poitiers
par **Madame Claire BOUTILLER**

Le groupe d'échanges de pratiques « le patient insatisfait ou revendicateur », quels apports pour les internes de médecine générale ?

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres :

Monsieur le Professeur François BIRAULT
Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Yann BRABANT

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 26 novembre 2020 à Poitiers
par **Madame Claire BOUTILLER**

Le groupe d'échanges de pratiques « le patient insatisfait ou revendicateur », quels apports pour les internes de médecine générale ?

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres :

Monsieur le Professeur François BIRAULT
Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Yann BRABANT

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**en cours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

À Monsieur le Professeur BINDER, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma gratitude et de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur François BIRAULT, je vous remercie d'avoir été auprès de moi au cours de ces années, vous m'avez vu « devenir médecin », à tous ces moments de partage et à tous ceux qui suivront... Veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère et profonde reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY, vous m'avez aiguillé, accompagné avec tellement de gentillesse et accepté de juger ce travail. Je vous remercie sincèrement, veuillez y trouver le témoignage de ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Yann BRABANT, qui a été présent tout au long de ce travail de thèse avec gentillesse, patience et investissement. Sincères remerciements pour votre grande aide et votre soutien.

À Louise, nous avons mené ce travail conjointement et nous nous sommes entraînées. Tu es une personne formidable qui illumine mon quotidien depuis notre rencontre. Merci pour ces moments riches en émotions et vivement tous ceux qui suivront...

À Simon, merci pour ton amour, ton soutien sans faille depuis toutes ces années, nous avons réussi !!! Tout ça n'aurait jamais été possible sans toi à mes côtés. Les mots ne suffisent pas à décrire ce que je ressens pour toi, je t'aime à l'infini et au delà.....

À mes 3 filles, Tina, Aria et Violette. Mes rayons de soleil, vous avez illuminé toutes ces années d'études. Vous m'avez rendu plus forte que je ne l'ai jamais été. Je suis tellement fière de vous, vous êtes la plus belle chose que la vie m'a apporté.

À mes mamies, Jacqueline et Lydie, mes étoiles, j'espère que vous êtes fières de moi de là-haut...

À mon frère Marc, il est loin le temps où je te berçais dans mes bras. Tu es mon phare dans l'obscurité. Je t'aime tellement.

À mon grand-père Jean-Paul, tonton Laurent et tata Sophie, Emmie et Théophile, merci d'être auprès de nous, de veillez sur nous, toutes ces années nous aurons rendus plus forts, je vous aime tant.

À Patrice et Virginie, mes « parents de coeur », les mots ne sont pas assez forts pour décrire les liens qui nous unissent. Merci pour tout.

À mes amies, Astrid, Alexandrie, Perrine, Marie, Ameline.... Le temps passé à vos côtés est tellement essentiel pour moi. Merci pour votre soutien, pour tous ces moments partagés, merci d'être vous.

À mes coachs et relecteurs: Nathalie, Bernard, Solène, Faris...Merci pour tout.

Au Dr Martin-Sarrazin, un seul mot plein de sens : MERCI. J'espère devenir un aussi bon médecin que vous. Vous êtes un modèle d'empathie et d'humanité pour moi. Je suis fier d'avoir croisé votre chemin.

Glossaire

CNGE: Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES: Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

EBM: Evidence Based Medecine

EHS: Enseignement Hors Stage

GEAPI: Groupe d'Echange et D'Analyse de Pratique entre Internes

GEP : Groupe d'Echanges de Pratiques

IMG : Interne en Médecine Générale

MSU: Maitre de Stage Universitaire

NDR: Note Du Rédacteur

PEC: Prise En Charge

RSCA: Récit de Situation Complexe et Authentique

Tables des matières

Remerciements	5
Glossaire	7
Tables des matières	8
Table des annexes	9
Méthodes	12
<i>Population</i>	12
<i>Recueil des données</i>	12
<i>Analyse des données</i>	13
Résultats	14
Caractéristiques des internes	14
Apports sur la gestion du déroulement de la consultation	15
<i>Savoir définir le problème de façon commune</i>	15
<i>Prendre en compte le champ émotionnel</i>	16
<i>Négocier les changements visés et les outils pour y parvenir</i>	18
Apport sur le professionnalisme	23
<i>L'importance d'échanges entre confrères et d'une formation médicale continue</i>	23
<i>Les apports dans le domaine médico-légal</i>	24
<i>Les apports immédiats durant la formation</i>	25
<i>Les apports des intervenants et ressources mobilisées au décours du GEP</i>	26
<i>L'absence d'apport pour certains internes</i>	27
Discussion	28
Conclusion	34
Annexes	35
Bibliographie	37
Résumé et mots clés	40
SERMENT	42

Table des annexes

Annexe 1 : Feuille de consentement

Annexe 2 : Lien internet permettant de visualiser l'intégralité des verbatims

Introduction

Au sein des facultés de médecine, les Départements de Médecine Générale (DMG) ont pour mission de former des médecins compétents, autonomes et réflexifs, capables de répondre aux demandes des patients, en soins primaires. Le CNGE a défini 6 compétences principales de la spécialité médecine générale (1). La compétence « Communication, relation et approche centrée patient » représente le centre de cette marguerite et, de ce fait, a un rôle primordial dans notre pratique quotidienne. Elle est d'ailleurs mise en avant dans la nouvelle réforme du DES de médecine générale datant de 2017, faisant écho à la demande de formation sur ce point soulevée par les internes de médecine générale (IMG) ces dernières années (2–4).

La gestion d'un désaccord ou d'une relation conflictuelle avec un patient est une situation pouvant être rencontrée lors de la pratique. On peut définir le conflit comme le « *fruit d'une situation relationnelle structurée autour d'un antagonisme* » (5). Les conséquences possibles sont nombreuses : qualité des soins amoindrie, erreur médicale, diminution de l'observance du patient, violences, souffrance, émergence du burn out chez le soignant (6–8)... Cela peut finalement amener à une rupture de la relation. Ces situations restent problématiques pour bons nombres de professionnels de santé (6,9,10). Il faut, en effet, disposer d'habiletés communicationnelles dans de telles situations (10–12). Ainsi, plusieurs techniques pédagogiques d'enseignement de la communication avec le patient (groupe d'échange de pratique, forum/théâtre, jeux de rôles, médecine narrative...) ont été mises en place sans réelle homogénéisation nationale pour le moment (13,14).

L'Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine propose l'utilisation du GEP parmi 6 techniques pédagogiques pour former les IMG. C'est une technique pédagogique reconnue (15,16) dans le contexte du DES de médecine générale, centrée sur l'étudiant, cherchant à développer l'auto analyse et l'autoformation. L'objectif principal d'un GEP est de développer la réflexivité autour de situations authentiques : « Il ne s'agit pas de délivrer des connaissances exhaustives, mais d'amener les internes à rechercher et acquérir les connaissances pertinentes, à les partager et à les confronter à partir d'une réflexion sur leurs propres pratiques et celles de leurs collègues et enseignants » (15).

Les IMG, en Poitou-Charentes, sont sensibilisés via un Groupe d'Échanges de Pratiques entre internes (GEP) intitulé « *Le patient insatisfait ou revendicateur* » à la gestion d'un désaccord ou d'un conflit. Ce GEP était d'ailleurs déjà présent sous forme de GEAPI dans la maquette du DES de médecine générale précédente,

Les GEP en Poitou-Charentes sont répartis en 10 groupes de 10 IMG, ces 10 groupes étant répartis sur les 4 départements : Deux-Sèvres, Charente, Charente-Maritime et Vienne. Cela permet ainsi à la totalité des IMG de pouvoir y participer. Les groupes d'IMG sont fixes tout le long du 3ème cycle permettant ainsi une meilleure dynamique et qualité pédagogique conduisant ainsi à un apprentissage optimisé. La présence aux GEP est obligatoire pour la validation finale du diplôme. La durée des GEP est de 2 heures et chaque GEP est thématique. Ils se déroulent à la manière d'un groupe de pairs avec la présence d'un animateur par groupe. Les IMG, avant la séance, préparent une grille d'écriture et d'analyse de situation de soins, reprenant un cas clinique sur la problématique abordée. Cette grille se compose de plusieurs parties : le récit de la situation de soins, l'analyse et la synthèse de celle-ci, l'apport de la séance d'enseignement effectuée au cours du GEP, la modification de la pratique de l'IMG après séance.

Dans le cadre de cette étude, nous avons donc sélectionné le GEP 5 « *Patient insatisfait ou revendicateur* », qui tente de répondre à 3 objectifs généraux d'enseignement (17) :

- Reconnaître et nommer les émotions, les siennes et celles du patient
- Définir le problème de façon commune avec le patient
- Négocier les changements visés et s'accorder sur les méthodes pour y parvenir.

Face à un patient insatisfait ou revendicateur, l'IMG doit donc être capable à l'issue de cette séance d'atteindre les objectifs attendus. Or, d'après plusieurs thèses analysant le ressenti des IMG sur les enseignements proposés lors du 3ème cycle, ces situations restent problématiques et mal maîtrisées à la fin du cursus (2,4,6).

De ce constat, découle, la problématique suivante : Quels sont les apports du GEP 5 chez les IMG en Poitou-Charentes ?

L'objectif principal de cette étude était d'analyser les apports du GEP 5 « *Le patient insatisfait ou revendicateur* » décrits par les IMG en Poitou-Charentes.

L'objectif secondaire est de confronter ces apports aux objectifs pédagogiques fixés par le DMG.

Méthodes

Population

Une étude qualitative a été réalisée par analyse documentaire des grilles d'écriture et d'analyse de situation de soins des 10 groupes d'IMG de Poitou-Charentes de la promotion 2017 présents en mars 2019 au GEP 5. Concernant l'échantillonnage, le chercheur a décidé de traiter l'ensemble des verbatims répondant aux critères d'inclusion suivants : faire partie de la promotion 2017, avoir participé au GEP5, être consentant et avoir envoyé la grille d'analyse à l'investigateur. En cas de grille incomplète, l'IMG était exclu de l'étude.

Recueil des données

Au début du GEP 5, qui s'est déroulé au cours du mois de mars 2019, un formulaire de consentement (cf annexe 1) a été distribué à chaque IMG. Ce formulaire, stipulant aux IMG que leurs grilles d'écriture et d'analyse de situation de soins allaient être évaluées, s'ils y consentaient, a été fait en 2 exemplaires (un pour le thésard et un pour l'IMG). Les participants ont eu comme consigne, écrite sur la feuille de consentement et rappelée par les intervenants en début de séance, de remplir avec soins leur grille. Il ne leur a pas été précisé l'objectif de l'étude afin de se rapprocher le plus fidèlement possible des réponses que les IMG auraient pu rapporter si les grilles n'avaient pas été évaluées. De plus, figurait sur le formulaire de consentement une adresse mail sur laquelle envoyer leur grille.

Pour cette étude, tous les IMG répondant aux critères d'inclusion précédemment cités ont été inclus. La récolte des données s'est déroulée du mois de mai 2019 à février 2020. À réception des grilles d'écriture et d'analyse de situation de soins de chacun des 10 groupes, il a été effectué l'anonymisation de celles-ci puis l'analyse documentaire qualitative des sections « *Apports de la séance d'enseignement (pendant la séance)* » et « *Modifications de la pratique (après la séance)* » jusqu'à saturation des données.

Analyse des données

Tout d'abord, une lecture attentive et rigoureuse des verbatims des sections « *Apports de la séance d'enseignement (pendant la séance)* » et « *Modifications de la pratique (après la séance)* » des grilles d'écriture et d'analyse de situation de soins a été pratiquée. Puis, elles ont été analysées à l'aide d'un logiciel dédié NVivo. Cela a permis d'identifier les idées émergentes et de créer un premier système de codage par dimensions (thèmes). Par la suite, la révision et le raffinement des dimensions ont été poursuivis afin de faire ressortir des occurrences (sous thèmes).

Selon le principe de triangulation, ce codage a été réalisé en parallèle par le chercheur et un autre IMG de la promotion. Ce procédé a pour but de limiter un maximum la subjectivité du chercheur et éventuellement permettre de mettre en évidence des dimensions passées inaperçues initialement.

Résultats

La saturation des données a été obtenue après analyse de 20 grilles d'écriture et d'analyse de situation de soins. L'analyse des verbatims a fait émerger huit thèmes, décrivant les apports du GEP 5, qui ont été répartis en 2 catégories : l'apport sur la gestion du déroulement de la consultation et l'apport sur le professionnalisme.

À l'analyse des verbatim, nous avons pu constater que les thèmes soulevés dans la première partie concernant la gestion du déroulement d'une consultation correspondaient aux objectifs attendus après la réalisation du GEP 5 par le DMG. En effet, l'objectif « *reconnaître et nommer les émotions, les siennes et celles du patient* » est illustré par le thème « *prendre en compte la part émotionnelle* ». L'objectif « *définir le problème de façon commune avec le patient* » est illustré par le thème « *savoir définir le problème de façon commune* ». Et l'objectif « *négozier les changements visés et s'accorder sur les méthodes pour y parvenir* » a été illustré par le thème « *négociation des changements visés et les outils pour y parvenir* ».

L'intégralité des verbatims est disponible via le lien internet précisé en annexe 2. Seuls quelques courts extraits (les plus représentatifs possibles) ont été intégrés dans le texte.

Caractéristiques des internes

Sur 90 internes ayant acceptés de participer à l'étude, 31 ont envoyé leur grille d'écriture et d'analyse de situation de soins. Nous avons exclu 1 grille, car elle n'était pas finalisée. En effet, seule la section « *récit de la situation de soins* » était complétée. Les 30 autres grilles ont donc été incluses. Les IMG inclus faisaient tous partie de la promotion 2017 et étaient tous en 4^{ème} semestre. Il y avait 21 internes de sexe féminin et 9 internes de sexe masculin.

Apports sur la gestion du déroulement de la consultation

Savoir définir le problème de façon commune

Définir en commun un problème est le premier pas vers la résolution de celui-ci. Il ressort de ce GEP que, lors d'une consultation avec un patient insatisfait ou revendicateur, il est essentiel de bien définir, dès le début de la consultation, les **motifs de consultation** apparents et particulièrement ceux cachés : « *Penser à toujours rechercher les motifs cachés d'une consultation et les non-dits* » (IMG 27).

Les **symptômes** doivent être ciblés et compris car ils révèlent souvent des problématiques plus profondes : « *Chercher à comprendre quel est le vrai problème derrière la plainte du patient* » (IMG 29). En effet, les craintes des patients jouent un rôle important dans les réactions qu'ils peuvent présenter. De ce fait, « *essayer de chercher à comprendre ce qui inquiète le patient en lui posant la question peut démêler de nombreuses situations* » (IMG 12). Il ne faut pas hésiter à demander au patient ses **attentes** exactes nécessaires à la compréhension mutuelle : « *Qu'est-ce que vous entendez par là ? Qu'attendez-vous exactement de moi ?* » (IMG 30).

L'**interrogatoire médical** reste un moment essentiel afin de clarifier le maximum d'informations et avoir un regard le plus objectif possible : « *Refaire l'histoire de la maladie pour se faire son propre avis sur la prise en charge* » (IMG 30). Connaître la **représentation du patient** sur sa maladie, ses traitements, les examens complémentaires, est aussi essentiel pour le bon déroulement de la consultation : « *Tenir compte des représentations du patient, rechercher à les connaître, pour pouvoir les prendre en compte [...]* » (IMG 21).

Il faut ensuite effectuer une **évaluation médicale globale** du patient afin de cerner les différentes problématiques se présentant : « *Toujours revenir à une évaluation globale biopsychosociale : est-ce que l'insatisfaction lors de cette consultation peut être expliquée par une cause extérieure [...] ?* » (IMG 29). À chaque instant, il faut « *s'assurer au maximum que la compréhension entre patient et médecin soit mutuelle* » (IMG 8).

Prendre en compte le champ émotionnel

Dans une consultation, la **sphère émotionnelle** des 2 parties ne doit pas être négligée car elle occupe une place essentielle souvent méconnue lors de l'échange. Elle permet si elle devient conscientisée de prévenir de situations émotionnellement compliquées tant pour le professionnel de santé, que pour le patient.

Dans un premier temps, il est nécessaire, face à un patient revendicateur ou insatisfait, d'**analyser les émotions** qui le parcourent mais aussi les nôtres : « *Devant un patient insatisfait : Essayer d'identifier les émotions du patient, ce qu'il ressent exactement. Faire la même analyse pour nous même* » (IMG 29). Ensuite, il faut le laisser **exprimer ses ressentis** : « *Ne pas hésiter à laisser le patient « vider son sac », pour clarifier ses propos et mieux comprendre ses raisons et ses demandes* » (IMG 6), et lui faire part des nôtres : « *Je lui ai expliqué que je ne pouvais pas tolérer cela [...]* » (IMG 26).

Afin d'apporter une prise en charge la plus objective et juste au patient dans des situations relationnelles complexes, il est nécessaire de **se connaître sur le plan personnel**. Il faut avoir conscience de nos **croiances** : « *afin de pouvoir prendre du recul par rapport à celles-ci, et se rendre compte qu'elles peuvent être différentes de celles du patient* » (IMG 21), de nos **limites propres** : « *il faut clarifier sa position vis-à-vis de soi-même : suis-je prêt à lâcher du lest pour faire un compromis, ou vais-je me compromettre ?* » (IMG 28) et de notre capacité à « *prendre du recul* » (IMG 29). Les notions de **canalisation de soi** : « *prendre ce temps d'écoute pour respirer et se calmer...* » (IMG 29) et celle d'« *apprendre et se laisser le droit de lâcher prise si cela ne fonctionne pas* » (IMG 21) sont tout aussi importantes.

Il faut, de même, **se connaître sur le plan professionnel**, à travers notre **identité et les limites professionnelles** qu'on ne souhaite pas franchir : « *[...] ce n'est pas que je ne veux pas, c'est que professionnellement ce n'est pas justifié [...] il est essentiel ne pas perdre son identité professionnelle* » (IMG 28). Il faut également s'interroger sur ses capacités à **se remettre en question** : « *Assumer la critique pour mieux la surmonter* » (IMG 5).

Les attitudes verbales et non verbales ont aussi un rôle clé dans le déroulement d'une consultation. Elles peuvent avoir un rôle facilitateur mais aussi être un frein. Avec ce GEP, les IMG ont compris, qu'en avoir conscience et les travailler, permettait ainsi d'améliorer les échanges médecin/patient.

Les **attitudes verbales et non verbales positives** échangées ont été multiples. Tout d'abord, la **notion « d'excuse »** a été abordée, que ce soit du professionnel de santé envers le patient : « *Reconnaître ses torts, s'excuser* » (IMG 30) ou du patient envers le professionnel : « *Elle a compris et s'est excusée* » (IMG 26). Le « **professionnalisme** » dans son sens déontologique : « *Toujours rester professionnel* » (IMG 30) mais aussi dans son attitude pour aborder une négociation : « *S'il n'est pas d'accord avec ce qu'on lui propose, il faut lui dire qu'en tant que médecin, on lui apporte nos connaissances et ce qu'on pense être adapté/bon pour lui* » (IMG 26) peut avoir des effets positifs lors de la consultation. Le **tolérance** : « *Dans le cas de la santé, nous ne pouvons pas imposer à nos patients, des convictions qui ne sont pas les leurs* » (IMG 22) et le **respect mutuel** : « *Je la respectais et qu'elle devait en faire de même envers moi* » (IMG 26) doivent être la base de tous les échanges. À ceci se rajoute une **attitude empathique et d'écoute** : « *Afin de régler un conflit : [...] être empathique : écouter avant de négocier* » (IMG 29). Le **positionnement corporel** a de même toute sa place pour apaiser les tensions : « *[...] dire que l'on a entendu et compris la plainte, se rasseoir, reformuler* » (IMG 29).

Des **attitudes verbales et non verbales négatives du professionnel**, à éviter, ont été soulignées. Se mettre en **colère** : « *[...] j'essaie de ne pas adopter une des réactions vouées à l'échec [...] Se mettre soi-même en colère [...]* » (IMG 25) ou être **insistant** : « *Ne pas tenter de faire passer son message à tout prix* » (IMG 6), produisent l'effet inverse de celui recherché. Rester continuellement dans l'**opposition** avec le patient sans chercher à atteindre un compromis, n'apportera rien à la relation : « *Savoir trouver un compromis qui convient à tous plutôt que de rester dans le refus et la contradiction qui sont de peu d'intérêt* » (IMG 16). **Ne pas laisser le temps** de s'exprimer au patient, **banaliser** les réactions qu'il peut avoir, engendrent un effet délétère sur la suite de la prise en charge : « *[...] Ne pas tenir compte de la colère et continuer l'entrevue comme si de rien n'était. Tenter d'apaiser prématurément le patient, ce qui risque de le rendre encore plus furieux. Reconnaître et valider la colère trop rapidement, ce qui risque, aux yeux du patient, de la banaliser* » (IMG 25).

Les **attitudes verbales et non verbales négatives du patient**, à prendre en compte et à savoir gérer sont de plusieurs ordres. L'**exigence** du patient, qui est une attitude couramment rencontrée, et qu'il faut savoir cadrer afin d'assurer une prise en charge acceptable pour les 2 parties: « *Nous rencontrons régulièrement des patients*

*exigeants [...] » (IMG 22). L'**agressivité** : « La violence et/ou agressivité des patients est souvent liée à une souffrance non exprimée » (IMG 8) et l'**irrespect** : « [...] recadrer immédiatement en cas de marque d'irrespect » (IMG 24) ne sont pas à tolérer au sein d'une relation médecin/patient.*

Avoir conscience des **conséquences négatives d'un conflit** et les mettre en lumière grâce à ce GEP, permet de mieux les appréhender et surtout s'en prévenir et se protéger. Les IMG ont été sensibilisés à la **détérioration de la prise en charge** lors d'un conflit. En effet, l'**incompréhension** entre le médecin et le patient amène à un échec de la relation : « *Devant cette non-compréhension, notre relation était vouée à l'échec [...] » (IMG 14), puis, à des attitudes contreproductives* du médecin : « *[...] se braquer ne fera qu'aggraver la souffrance de notre patient et est une attitude contre-productive » (IMG 21) comme du patient : « Risque : méfiance, manque de compliance » (IMG 20). Il en découle, le risque de **sur ou sous-médicalisation** : « *[...] en cas de difficultés avec un patient, [...] il est préférable d'orienter le patient vers un confrère afin que les relations n'entraînent pas de sûr ou de sous –médicalisation des problématiques du patient » (IMG 22). Tout ceci amène à une situation de **conflit avec les conséquences émotionnelles** que cela peut engendrer chez le professionnel de santé : « *[...] avoir l'impression que le patient nous utilise comme prestataire de service » (IMG 28).***

Négocier les changements visés et les outils pour y parvenir

Le processus de négociation est un moment primordial et complexe, qu'il est nécessaire de maîtriser face à un patient insatisfait ou revendicateur. Ce GEP a permis de mettre en avant des notions clés à ne pas négliger et des outils afin d'aiguiller les IMG dans le déroulement de la négociation.

Pour commencer, assurer les **meilleures conditions possibles** lors de la consultation est un moyen efficace de prévenir la survenue de tension : « *Lorsqu'une consultation difficile est attendue je me « mettrai en condition », me concentrerai, préparerai le cabinet (rangé, calme...) afin de commencer dans les meilleures conditions possibles l'entretien » (IMG 24). Ce paramètre assuré, le cercle de la négociation peut donc commencer.*

Tout d'abord, afin de pouvoir arriver à un compromis, il est primordial d'établir « *un état des **points d'accord et de désaccord** » (IMG 15). Lors de cet échange, il faut « *s'assurer que la **compréhension** de la prise en charge est mutuelle entre le médecin et le patient* » (IMG 24). On peut ainsi régulièrement « *demander au patient ce qu'il a compris* » (IMG 9).*

Par la suite, il faut s'efforcer de « *négoier plutôt que persuader, pour aboutir à un compromis satisfaisant les 2 parties* » (IMG 28). C'est là qu'intervient la notion centrale retenue par les IMG, le « *maître mot : **ADAPTABILITE*** » (IMG 23). En effet, « *la relation médecin/patient est avant tout une constante négociation et il faut s'efforcer de trouver le bon équilibre* » (IMG 4) en ayant conscience qu'« *aucune attitude n'est supérieure à l'autre* » dans la diversité des pratiques, comme le fait justement remarquer l'IMG 20.

Les IMG ont compris qu'il est important, dans le processus de négociation avec un patient insatisfait ou revendicateur, de « ***prioriser les objectifs** tout en expliquant les moyens d'y parvenir* » (IMG 27). Ceci passe par la mise en place d'un **plan de soins** afin de maximiser l'adhésion du patient : « *Organiser un plan d'action en fonction de l'évolution de la pathologie, expliquer et écrire sur une ordonnance la conduite à tenir permet de mieux prendre en charge l'évolution et l'anxiété* » (IMG 12). Tout en recadrant dans un deuxième temps si cela est nécessaire : « ***Recadrer** les attentes du patient en fonction du problème identifié* » (IMG 25). L'**adaptabilité** doit s'appliquer dans la **prise en charge** du patient : « *J'adapte ma pratique à ce patient à cet instant* » (IMG 9), le **positionnement** du médecin « *en fonction du modèle proposé par Botelho* » (IMG 20) et même le **langage** utilisé. Il faut « *adapter ses propos au patient en face de nous, lui parler dans un langage qu'il est prêt à entendre* » (IMG 21). Elle doit s'appliquer constamment au cours d'une consultation pour « *pouvoir trouver toutes les alternatives qui sont disponibles pour pallier au refus de la prise en charge optimale* » (IMG 22). S'il le faut, en passant par une remise en question sur les **thérapeutiques** proposées: « *Au lieu du placebo, j'aurais peut-être pu lui proposer la prise exceptionnelle d'un SERESTA supplémentaire* » (IMG 27). Il ne faut pas oublier de toujours **exposer les effets secondaires et l'efficacité attendue** : « *[...] on peut lui expliquer de façon adaptée le risque de l'installation d'une tolérance en cas de prise prolongée et la difficulté du sevrage* » (IMG 27). S'adapter sur les **méthodes de paiement** est aussi un choix judicieux, ainsi « *s'il s'agit d'un problème financier : proposer le tiers payant* » (IMG 29) permet d'éviter de possibles déconvenues .

Nous pouvons nous aider du **facteur temps**. C'est un outil précieux qui permet, quand il est manié avec intelligence, d'optimiser la prise en charge. Il permet d'atteindre les objectifs fixés, de traiter plusieurs problématiques ou d'essayer de régler des désaccords en acceptant « *de ne pas les résoudre tout de suite* » (IMG 14) et en proposant des « *consultations échelonnées dans le temps* » (IMG 14). Il peut être utilisé pour gérer des **demandes de « fin de consultation »**, vraie problématique quand elle se présente : « *Je ne fais pas ça entre deux portes, on se revoie pour parler spécifiquement de ce problème* » (IMG 28). Il permet la **réévaluation** du patient, vraie méthode de réassurance de celui-ci : « *Proposer une consultation chez le médecin traitant pour revoir la situation* » (IMG 5). On peut l'utiliser afin de laisser un **temps de réflexion** au patient : « *Se donner du temps et le reconvoquer si besoin* » (IMG 15). On peut le mettre à contribution afin de pouvoir tout simplement « **prendre le temps avec les patients d'autant plus s'ils paraissent très exigeants ou insatisfaits car ces 2 attitudes peuvent cacher une angoisse à propos d'autre chose, angoisse à identifier pour désamorcer la situation** » (IMG 2). Mais paradoxalement, « *il faut rester le **maitre du temps**, le patient ne l'est pas* » (IMG 28) afin de ne pas se laisser déborder.

La place d'une **tierce personne** lors d'une consultation peut aussi aider à la négociation. On peut ainsi s'appuyer sur le **médecin traitant**, qui par sa place particulière à un rôle important : « *Appeler le médecin traitant pour soutien, lui expliquer la situation et voir comment peut il nous aider* » (IMG 18). Les **personnels paramédicaux** intervenants auprès du patient ont aussi leur place : « *Afin de régler un conflit : [...] Impliquer les autres acteurs de la santé si nécessaire : infirmier(e), aide-soignant(e)...* » (IMG 29). Il y a, de même, la possibilité de s'appuyer sur les **proches** : « *Impliquer un proche (rassurant, augmente le soutien)* » (IMG 23).

Tout au long de ce processus, nous nous devons de **connaître nos compétences médicales** qui peuvent être facilitatrices : « *Nous sommes là au service du patient, afin de lui apporter nos connaissances, notre soutien et l'aider à faire les choix qui seront les meilleurs pour lui* » (IMG 22). Mais il faut aussi « *accepter de ne pas être compétent dans tous les domaines* » (IMG 20) et en avoir conscience, en **déléguant** si nécessaire afin de ne pas se mettre en difficulté avec le patient : « *Je ferai appel aux soins palliatifs [...] pour mieux comprendre certaines thérapeutiques et pouvoir mieux les expliquer à la patiente* » (IMG 18).

Finalement, nous devons nous efforcer de « *raccrocher la négociation aux **intérêts communs** médicaux et personnels* » (IMG 16) et « *privilégier un terrain d'entente qui*

*pourra être modulé au fil du temps » (IMG 27). Cette négociation peut d'ailleurs prendre la forme d'un **contrat** : « [...] la négociation est l'élément central de la relation. Son but est la définition et la résolution consensuelle des problèmes du patient, avec une notion de contrat » (IMG 25).*

Ceci ouvre sur un autre point abordé, le fait de **responsabiliser le patient** afin de faciliter le processus de négociation et l'adhésion du patient à la prise en charge proposée. Il faut remettre le patient au centre de la gestion de sa santé. Pour ce faire, il faut comme remarqué par l'IMG 30 privilégier une « *autonomie maximale [...] adaptée à ses possibilités, ses demandes, sa situation globale, tout en identifiant le niveau de responsabilité que souhaite avoir le patient, celui qu'il peut acquérir* ». Le patient doit devenir « **acteur de sa santé** » car « *le patient après information doit prendre également des décisions concernant sa propre santé* » (IMG 23). Cela passe, par exemple par la **gestion de ses traitements** : « *Demander/proposer au patient la gestion (doses, dextros...)* » (IMG 14). Cela peut être aussi en **partageant l'incertitude** avec le patient tout en le rassurant » (IMG 2), comme mentionné par l'IMG 30 avec cet exemple : « *Prescription d'antalgiques avec conseils de surveillance et de reconsultation en restant vigilant si apparition de nouveaux symptômes* ». Et enfin, ceci peut se concrétiser en privilégiant **l'éducation du patient** qui est la pièce maîtresse dans le processus de responsabilisation, comme souligné par l'IMG 21: « *Un choix stratégique de la part d'un médecin généraliste peut être de [...] l'amener vers une éducation thérapeutique [...]* ».

Cependant, nous devons avoir conscience qu'il faut « *parfois **diminuer ses attentes, faire un pas en arrière*** » (IMG 26) afin que la négociation aboutisse. Malheureusement, certains processus de négociation n'aboutissent pas. Ceci ouvre sur une notion intéressante qui ressort de ce GEP, celle de la **rupture**. Les IMG ont compris que « *si la situation est dans une impasse et que la relation de confiance mutuelle n'est plus là, on peut également mettre fin à la relation médecin patient* » (IMG 30).

À la fin du processus de négociation, il faut **s'assurer que l'entente est mutuelle**. Pour ce faire, il faut « *faire un résumé de la situation* » (IMG 30) avec le patient, en détaillant le compromis établi. Nous devons « *donner des explications claires au patient, avec la notion que la communication d'informations médicales peut être complexe* » (IMG 10). Cette remarque amène à un pan du GEP largement abordé et riche d'apports : les **techniques de communication**.

Tout d'abord, il faut s'assurer d'un « *découpage des informations en composantes claires et distinctes* » (IMG 26). Ceci passe par les **mots employés**, il faut « *expliquer les choses simplement* » (IMG 1). Le **ton** utilisé a aussi toute son importance d'autant plus devant un patient insatisfait ou revendicateur : « *Expliquer sur un ton calme, et garder de l'empathie* » (IMG 10). Comme le remarque l'IMG 27, « *avoir recours à l'humour* » peut être une solution. Une autre technique apportée est celle du **miroir** : « *Si patient agressif qui hausse le ton : technique du miroir en diminuant le ton* » (IMG 30). La **tournure des phrases** a un impact lors de l'entrevue. Privilégier l'utilisation d'un dialogue à connotation **positive** : « *Dans le cas de consultations difficiles avec des patients exigeants, agressifs [...] j'essaierai [...] de positiver mon discours* » (IMG 24) plutôt que la **négation** : « *Limiter l'utilisation de la négation dans nos tournures de phrase qui aurait tendance à être plus pourvoyeur de conflit* » (IMG 8) est une piste. Dans le processus de négociation, l'IMG 14 soulève l'apport positif de l'utilisation de **questions ouvertes** pour permettre au patient de se réapproprier sa prise en charge : « *Je souhaite aussi faire des questions ouvertes afin d'amener le patient à constituer lui-même son plan thérapeutique tout en le guidant avec mes connaissances scientifiques* ».

Afin de permettre une compréhension mutuelle, des techniques spécifiques comme la technique du **feedback** : « *S'assurer de la compréhension mutuelle (feedbacks)* » (IMG 14) ou de la **reformulation** peuvent être employées. En ce qui concerne cette dernière, elle s'applique dans la reformulation de nos propos au patient afin de mieux se faire comprendre : « *Dans le cadre d'une consultation avec un patient exigeant ou insatisfait [...] l'écoute active et la reformulation sont nécessaires pour répondre au patient* » (IMG 30) mais aussi par le fait de faire reformuler le patient afin de s'enquérir de ce qu'il a compris : « *J'explique ma PEC [N.D.R prise en charge] au patient, en le faisant reformuler* » (IMG 9).

Des techniques plus générales sont aussi explicitées lors de ce GEP, comme la manière d'**argumenter** face à un patient insatisfait ou revendicateur. Ainsi, « *détailler et insister sur l'examen clinique permet de montrer une attention particulière pour le patient, le faire se sentir considéré et permet de justifier nos choix d'examen, de prise en charge...* » (IMG 24). « *Aussi, en argumentant notre prise en charge, on peut donner du poids à notre décision en permettant au patient d'appréhender notre point de vue* » (IMG 27) sans rentrer dans la **surexplication**, qui pour le coup, aurait un effet contraire à celui recherché : « *[...] ne pas surexpliciter, m'étaler en détails médicaux* ».

*pour justifier des décisions, cela n'améliorant ni la prise en charge ni la relation-patient médecin (suspicion des patients) » (IMG 24). Une autre technique est celle de **laisser s'exprimer le patient** afin de lui montrer qu'on lui porte attention : « *Laisser le patient exprimer ce qu'il a à dire. Par exemple pour un patient qui arrive en consultation, énervé, qui ne s'assoit pas, le laisser s'exprimer sans lui couper la parole* » (IMG 26) mais aussi **légitimer** ses propos afin de lui faire savoir qu'on les a entendu et compris : « *Valider les déclarations du patient pour montrer qu'on a entendu et validé ses recherches* » (IMG 6). Tout ceci doit, par contre, être **cadré** : « *Je poserais un cadre pour éviter les gestes ou propos déplacés envers moi* » (IMG 26). Notion dans laquelle ressort un point important, celle de **savoir « dire non »** quand cela est nécessaire : « *Savoir dire non à un patient. [...] Je peux refuser quelque chose à un patient* » (IMG 9).*

Pour finir, ce moment clé, qu'est le dialogue entre le médecin et le patient, doit être dominé par des principes fondamentaux qui sont **l'écoute active** « *intérêt du maintien de la négociation avec le patient en utilisant l'écoute active* » (IMG 11) et **l'empathie** comme d'écrit d'une manière très juste par l'IMG 2 : « *Essayer de se mettre à la place du patient pour essayer de comprendre, c'est-à-dire avoir de l'empathie* ».

Apport sur le professionnalisme

L'importance d'échanges entre confrères et d'une formation médicale continue

Ce GEP, par son temps de parole donné aux IMG, leur a permis de prendre conscience de l'importance de **l'échange entre praticiens**. Ainsi, ils ont pu apprécier l'impact positif de celui-ci, que ce soit pour un **soutien médical** : « *Appeler le médecin traitant pour soutien, lui expliquer la situation et voir comment peut-il nous aider* » (IMG 18) ou **personnel** : « *Au décours de consultations difficiles je prendrai quelques minutes afin de prendre du recul sur ce qu'il s'est passé et éviter subjectivement le sentiment de dévalorisation qui a tendance à m'envahir. voire d'en discuter avec des confrères* » (IMG 24). L'existence des **groupes BALINT** a été de même évoquée, comme le précise l'IMG 30 : « *Existence des groupes de parole (Groupes BALINT) : problèmes relationnels* ».

Une notion novatrice, celle de la **télé médecine**, moyen d'échanges « moderne » et se développant ces dernières années, a été apportée par un intervenant

comme outil aussi disponible pour un soutien médical : « *Prendre avis par télé-médecine* » (IMG 5).

À travers les différentes expériences partagées lors de cet enseignement, les IMG ont pu comprendre qu'il n'y avait **pas de méthode universelle** pour gérer des situations relationnelles compliquées : « *Suite aux différentes présentations faites par mes co-interne lors de ce GEP, je me suis vite rendu compte que chacun avait un comportement différent face à une situation dans laquelle nous ne sommes pas à l'aise, quand un patient est insatisfait d'une prise en charge ou exigeant* » (IMG 22).

Enfin, ces moments de partage permettent de « *discuter avec ses pairs de la situation, débriefer pour avoir un regard extérieur et prendre du recul* » (IMG 29).

L'intérêt d'une **formation continue** tout au long de notre pratique s'est imposée. Suite à la participation à ce GEP, certains IMG se sont formés via les **EHS optionnels** proposés par la faculté de médecine de Poitiers : « *Participation à un EHS optionnel : formation de sensibilisation à l'entretien motivationnel. Techniques et astuces pouvant faciliter ce genre d'échange* » (IMG 21). La nécessité de « *se reposer sur des recommandations scientifiques* » (IMG 5) a bien été intégrée dans la pratique des IMG.

Les apports dans le domaine médico-légal

Un domaine intéressant soulevé lors de ce GEP a été celui du **médico-légal**, point devenu essentiel au quotidien (18,19).

La problématique du **paiement**, avec les conditions légales le régissant, ont été discutées dans certains groupes : « *Concernant la problématique du paiement [...] Il pourra être intéressant d'afficher les tarifs clairs et détaillés à un endroit visible du cabinet, afin que les patients comprennent les différences de tarifs selon les consultations. Préciser que cela correspond au prix d'une consultation en France et qu'elle est remboursée par la Sécurité Sociale à 65%* » (IMG 29).

L'**assurance professionnelle** a aussi été abordée : « *Nouvelles ressources apportées par les animateurs : Assurance avec RCP 500 euros/an* » (IMG 5).

La nécessité de la tenue correcte du **dossier médical** a été signalée notamment comme preuve médico-légale : « *À l'issue je noterai dans le dossier*

médical le déroulement de la consultation, ce qui a été dit et les décisions prises en cas de judiciarisation potentielle » (IMG 24). L'aspect légal, concernant la **rupture** d'une relation médecin/patient et la remise du dossier médical, a été détaillé dans certains groupes : « *Les modalités de remise du dossier médical selon le CNOM : si < à 5 ans : sous 8 jours si > à 5 ans : sous 2 mois. Demande écrite par le patient. Ne figure pas les notes du médecin, ni les informations obtenues depuis un tiers* » (IMG 30). L'obligation de continuité des soins a été rappelée : « *Parfois il n'y a pas d'autre possibilité que de passer la main. Mais dans ce cas là il faut confier le patient à quelqu'un d'autre* » (IMG 26).

Certains IMG ont pu avoir des recommandations sur les **méthodes rédactionnelles d'ordonnances** dans des contextes particuliers : « *Dans ma situation, voyant que le compromis n'était pas satisfaisant pour moi, j'aurais pu faire les choses suivantes : Écrire la mention « non remboursé » sur l'ordonnance car prescription d'antibiotiques hors AMM. Écrire sur l'ordonnance « à ne délivrer qu'à la date suivante... » pour forcer le patient à respecter le compromis consistant à attendre 3 jours de traitement symptomatique avant de prendre les antibiotiques* » (IMG 28).

Les apports immédiats durant la formation

Ce GEP a permis de mettre en évidence que les **EHS** proposés aux IMG durant leur cursus que ce soit de manière obligatoire : « *Quelque chose que j'ai compris en écrivant mon RSCA et qui m'a fait penser à la patiente* » (IMG 18) ou optionnelle : « *Formation sur l'entretien motivationnel permettant de comprendre des outils de négociation* » (IMG 14), ont des impacts positifs sur la prise en charge ultérieure des patients.

Cet enseignement a permis une **amélioration de la prise en charge** du patient en donnant des **outils** aux IMG afin d'acquérir des compétences dans le processus de négociation : « *Ce GEP m'a permis d'acquérir des outils pour me sentir plus à l'aise dans la négociation avec le patient* » (IMG 19). Ils ont trouvé de véritables **réponses** leur permettant de gérer ultérieurement une situation similaire : « *La séance du GEP 5 m'a permis de trouver des réponses, des clefs pour m'aider à gérer une situation avec un patient exigeant ou insatisfait* » (IMG 26).

Les échanges autour de ce GEP ont permis aux IMG d'être **réflexifs sur leur**

pratique, avec une **remise en question** pour certains ouvrant sur des possibles modifications de leur pratique. Ainsi, l'IMG 13 écrit : « *Je ne suis pas sûre d'avoir correctement compris les craintes et croyances de la patiente pour satisfaire ses demandes. Je dois prendre en compte les désirs du patient et ses croyances dans ma prise en charge* ». Un autre exemple flagrant d'auto-réflexion constructive à la suite de ce GEP a été rapporté par l'IMG 14 : « *Pour mon cas clinique, le parentalisme que j'ai essayé de mettre en place n'était pas adapté. Je me rends compte que le patient était dans une demande d'autonomie. Devant cette non-compréhension, notre relation était vouée à l'échec. J'aurai dû lui apporter les clés et le laisser s'en servir ou non afin de faire ses propres choix* ».

La réflexivité s'est aussi imposée dans le **champ personnel**, à la suite de ce GEP, avec une **déculpabilisation** des IMG : « *Je retiens qu'il n'est pas possible, en tant que soignant, de convenir à tous les patients. Que les croyances et les représentations de chacun peuvent ne pas être compatibles pour une relation de confiance et qu'il faut accepter de ne pas pouvoir répondre aux problèmes de tout le monde* » (IMG 4). Ils sont « *maintenant convaincus qu'il faut savoir refuser d'accéder à une demande lorsque son intégrité professionnelle est mise en péril* » (IMG 28) afin de se « protéger » émotionnellement et « passer » la main quand nécessaire à un confrère transitoirement ou de manière définitive : « *J'ai rencontré plusieurs praticiens qui m'ont dit qu'en cas de difficultés avec un patient, très exigeant et pour lequel on commence à avoir des difficultés relationnelles dans la relation soignant-soigné, il est préférable d'orienter le patient vers un confrère* » (IMG 22).

Les apports des intervenants et ressources mobilisées au décours du GEP

Les **apports des intervenants** ont été diverses. Tout d'abord, ils ont permis d'alimenter un moment d'échanges d'**expériences** comme stipulé par l'IMG 12 : « *Nouvelles ressources apportées par les animateurs : Expériences [...] des formateurs présents* » ou l'IMG 17 « *la MSU nous a recommandé [...]* ». Ils ont fourni des **ressources variées** aux IMG comme une vidéo consultable en ligne : « *Negotiator Combalbert* » (IMG 7) ou alors le diaporama préparé pour le GEP 5 : « *Dans le diaporama, il a été repris les 4 types de négociation, et l'attitude à adapter aux patients* ».

en fonction de sa demande et sa personnalité [...] » (IMG 17).

Les IMG ont mobilisé à la suite de ce GEP des **ressources issues de la littérature** intéressantes vis-à-vis du travail rétrospectif à effectuer sur leur cas clinique. Ainsi l'IMG 5 s'est enrichi de diverses lectures « *Assumer la critique pour mieux la surmonter* » d'Eric GALAM et « *De la manière de négocier avec les souverains* » de François de Caillères. L'IMG 25 s'est, quant à lui, tourné vers « *La communication professionnelle en santé* » de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier. Ces lectures ont permis un **travail d'auto-critique** constructive de leur pratique, ce qui est essentiel pour un professionnel santé comme décrit par l'IMG 28 : « *À la lumière de cette lecture j'ai pu voir que le patient et moi ne nous sommes pas accordés sur la définition des méthodes de traitement [...]* ».

L'absence d'apport pour certains internes

Pour un IMG, la documentation apportée via le diaporama présenté n'était **pas adaptée** à ce qu'il attendait comme apport pour son cas clinique : « *À propos du diaporama : Exposition des niveaux de négociation de Botelho, pas d'apport du diaporama qui, malgré son intérêt, n'était pas adapté à ma situation clinique* » (IMG 24).

Enfin, pour deux IMG, il n'y a eu **aucun apport ultérieur** de ce GEP. L'IMG 1 écrit ainsi : « *Ressources mobilisées : aucune.* » et l'IMG 24 le formule de cette manière : « *Cela ne répond pas à la gestion de la colère ou du deuil de la patiente qui s'est exprimé ici par un conflit biomédical* ».

Discussion

À propos des résultats:

Les apports décrits du GEP 5 par les IMG de la faculté de médecine de Poitiers concernaient deux grandes catégories. Tout d'abord, Il a été retrouvé des apports concernant la gestion du déroulement d'une consultation avec un patient insatisfait ou revendicateur. Puis, il a été décrit des apports concernant le champ du professionnalisme.

Les chercheurs ont été surpris du nombre important et de la diversité d'apports relevés au cours de ce travail. Plusieurs études (15,20,21) avaient exploré le ressenti des internes vis-à-vis des groupes d'échanges de pratiques. Il avait été constaté, à travers les études qualitatives ou observationnelles menées, un taux de satisfaction élevé après participation à cette méthode d'enseignement. Notre étude confirme ce ressenti positif mais va plus loin dans l'analyse.

Concernant l'objectif secondaire de l'étude, les résultats concernant la gestion du déroulement d'une consultation amènent l'impression que les apports soulevés par les IMG vont dans le sens des objectifs fixés par le DMG. En effet, les 3 thèmes, « *savoir définir le problème de façon commune* », « *prendre en compte la part émotionnelle* » et « *négoier des changements visés et les outils pour y parvenir* » font clairement écho aux attentes pédagogiques définies à l'issue de cette séance. Ainsi, la validation de l'objectif secondaire de ce travail est un facteur encourageant et prometteur vis-à-vis du processus d'apprentissage de la relation médecin/patient des IMG au cours du 3ème cycle des études médicales.

Plus spécifiquement, concernant la part émotionnelle, des travaux récents (14,21) avaient mis en avant une gestion difficile des émotions chez les IMG (21) avec la nécessité de « *transmettre aux étudiants [...] la maîtrise de soi, de ses émotions et son implication dans sa relation à l'autre* » (14) dans le cadre d'une consultation complexe sur le plan relationnel. De plus, un travail de thèse (2) datant de 2018 à Toulouse avait conclu qu'il y avait « *besoin d'une formation sur la gestion des émotions, la nécessité de mieux se connaître pour mieux appréhender certaines relations*

médecin/patient ». Les IMG, dans notre étude, ont clairement identifié comme apports, du GEP 5, les groupes de sens suivants : se connaître personnellement et professionnellement, reconnaître les émotions du patient et les siennes et savoir en faire part. De plus, ils ont pris conscience des conséquences négatives générées par un conflit afin de s'en prémunir. À la lumière de ces résultats, il peut être avancé que cette technique pédagogique semble être un moyen de formation ayant toute sa place dans l'apprentissage de la gestion de ses émotions.

Nous avons été étonnés de la place importante qu'occupait la compétence « *professionnalisme* » dans les apports décrits par les IMG. Le professionnalisme se définit comme « *l'expression des conditions nécessaires et suffisantes à la réalisation optimale d'une tâche professionnelle par un expert donné dans une activité donnée* » (22). Les étudiants construisent, à travers les expériences vécues sur les lieux de stage, leur expérience professionnelle concernant la relation médecin/patient. L'apprentissage du professionnalisme s'impose donc tout au long des études médicales notamment en 3ème cycle. Ainsi, « *l'étudiant en médecine acquiert progressivement les connaissances et les compétences qui permettent au médecin de dispenser dans sa spécialité des soins de qualité centrés sur les besoins du patient et de participer à l'amélioration de l'état de santé global des populations* » (1).

Dans nos résultats, cette compétence apparaît de façon implicite et linéaire dans la première section des apports concernant la gestion du déroulement d'une consultation. Ainsi, à la lecture de l'ensemble des verbatims, elle s'inscrit dans une pratique quotidienne déontologique, à travers des décisions partagées avec un patient informé de manière claire et honnête, dans le respect de la personne. Elle s'impose dans la prise en compte des représentations du patient et de son libre choix, en favorisant son autonomie adaptée à ses capacités.

Les apports dans la 2ème section sont centrés sur le coeur même du professionnalisme, d'où le choix du titre « *Apports sur le professionnalisme* ». Cette thématique n'est pas spécifiée explicitement dans les objectifs pédagogiques de ce GEP, mais elle constitue une part très importante des apports de celui-ci. Ainsi, on la retrouve dans l'attitude des IMG cherchant à améliorer leurs compétences par une pratique réflexive basée sur des ressources documentaires fiables, par l'identification de leurs besoins en formation et par l'intégration des acquis à leur pratique.

Cette compétence, étant finalement transversale comme modélisé sur la marguerite du CNGE (1), il est probable que tous les GEP, quel que soit leur thème,

permettent le développement de cette compétence. Il serait intéressant de vérifier cette hypothèse dans des études sur les autres GEP.

Il est tout de même légitime de s'interroger sur l'acquisition de ces apports face à des situations similaires. En effet, la grille d'écriture et d'analyse de situation de soins possède un item « *écriture d'une nouvelle situation de soins* » permettant d'illustrer la boucle réflexive entreprise par l'IMG. Cette section n'a été remplie dans aucune des grilles reçues. Il est donc intéressant de se demander si lors de cette séance, l'intérêt de la boucle réflexive a véritablement été compris et/ou transmis aux IMG.

On peut constater, pour 2 IMG, l'absence d'apport lors de ce GEP. Pour un de ces IMG, les ressources apportées lors du GEP n'étaient pas adaptées à son cas clinique, pour l'autre nous n'avons malheureusement pas plus de précision. Il est intéressant de mettre ceci en parallèle avec certains résultats retrouvés dans la littérature (21) qui constataient « *le fait que certains ont plus de mal à prendre la parole de manière spontanée [...] le repérage de ces internes peut être intéressant dans un cadre pédagogique, pour les internes en difficulté. Ces internes muets sont-ils timides, phobiques, pas intéressés ou en difficulté ?* ». On peut ainsi se demander si, le peu de retours négatifs concernant les apports, est dû à un désintéressement, une difficulté à exprimer ses ressentis par timidité ou une méfiance ?

La difficulté à exprimer son ressenti, ne nous paraît cependant pas être une cause principale. Ce moment d'échange, qu'est le GEP, laisse l'opportunité aux IMG d'exprimer en petits groupes dans un cadre universitaire sécurisant les situations professionnelles vécues comme délicates. L'intimité du petit groupe est considérée comme une force pour cette technique pédagogique dans la littérature (4,14).

Pour finir, le manque « *d'inédit* », constaté à l'analyse des verbatims, nous interroge sur un possible « biais de désirabilité » de la part des IMG. On peut ainsi se demander si certains n'ont pas rempli les 2 sections analysées avec des mots-clés en rapport avec les prérequis attendus par le DMG.

Forces et limites :

À notre connaissance, cette étude originale explorait un sujet n'ayant pas fait l'objet de recherches depuis la mise en place de la réforme du 3ème cycle des études médicales de 2017 : celui de s'enquérir des apports d'un GEP et non pas de la satisfaction seule.

Le fait que les IMG ne connaissaient pas l'objectif de cette étude lors du recueil des données pour l'analyse qualitative documentaire a été une force. En effet, leurs réponses n'ont donc pas été conditionnées au préalable.

Le biais de recrutement s'est posé pour cette étude. On ne peut savoir si les « non répondants » sont des personnes qui n'ont pas eu d'apport de ce GEP ou si c'est uniquement qu'ils n'ont pas pris le soin d'envoyer leur grille. Cependant, un nombre suffisant de grilles a été obtenu afin de mener à bien notre analyse permettant une saturation des données à partir de la 20ème grille.

Cette étude est une étude qualitative, il existe donc un biais d'interprétation mais limité par l'utilisation du principe de triangulation.

Nous pouvons nous féliciter d'avoir effectué une évaluation de niveau 2 (modification des connaissances et compétences) selon le modèle de Kirckpatrick (23). En effet, les réflexions sur une action future retrouvées dans les grilles analysées ne permettent pas de certifier la compétence concernée mais s'approchent de la possibilité de « mobiliser des ressources en action ». Comme l'exprime Jacques Tardif, la compétence se définit comme « *un savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations* » (24). Une étude permettant de mesurer l'impact du GEP sur les comportements ultérieurs des étudiants est très difficile à réaliser (20) mais serait très intéressante.

Perspectives :

Une étude quantitative afin d'établir la proportion des groupes de sens soulevés dans l'intégralité des verbatims des grilles d'écriture et d'analyse de situation de soins d'une promotion ou d'un échantillon représentatif pourrait être menée. Ceci viendrait compléter notre travail de recherche et permettrait ainsi de mesurer concrètement l'impact de cette séance sur les IMG de Poitou-Charentes.

Il serait pertinent d'effectuer une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des internes n'ayant pas eu d'apport ou n'ayant pas envoyé leur grille afin de soulever des points possiblement modifiables que notre étude n'a pas recherchés.

Il serait intéressant de réitérer une étude similaire à la nôtre pour d'autres GEP de la faculté de médecine de Poitiers. Par exemple, un travail de thèse sur le GEP « *savoir dire non* » pourrait s'envisager. En effet, sa thématique est fortement intriquée avec la nôtre avec des groupes de sens probablement partagés. Si les apports de ces deux GEP se recoupaient, la suppression de l'un d'entre eux pourrait être envisagée par les responsables du programme d'enseignement.

Une discussion pourrait s'ouvrir quant au volume que peuvent occuper ces différents groupes d'échanges de pratique au cours du 3^{ème} cycle des études médicales. En effet, la difficulté principale lors d'un GEP « *est d'apporter une réponse concise et précise [...]* » alors que « *les représentations occupent le tiers des séances* » (21). Un travail de thèse effectué en 2017 (21) proposait ainsi « *une autre solution* » qui « *serait d'augmenter le nombre de GEP au cours de l'internat de médecine générale afin d'amener spontanément les discussions vers toutes les compétences* » (21). Le chercheur propose un autre point de vue. En effet, la durée d'un GEP est de 2 heures et au vu du nombre important d'apports sur ce laps de temps restreint, augmenter l'amplitude horaire de cette technique pédagogique pourrait permettre d'approfondir les thèmes soulevés, de laisser plus de temps de parole à chacun. Il serait intéressant de rechercher alors si les apports et bénéfices découlant de ces séances plus longues sont plus importants qu'avec les séances actuelles.

Enfin, au vu de l'impact de cette méthode d'enseignement, il serait original de pouvoir envisager une formation de ce type chez les étudiants de 2^{ème} cycle d'études médicales confrontés aux mêmes problématiques relationnelles lors de leurs stages. Être réflexif sur sa pratique, savoir problématiser, exposer ses vécus professionnels complexes à des confrères, argumenter sa prise en charge, exprimer ses émotions sont utiles à tout médecin et il est licite de s'habituer le plus tôt possible à acquérir ces réflexes.

À notre connaissance, un tel enseignement n'est pour le moment pas développé au cours du 2^{ème} cycle des études médicales au niveau national « 64 % des DMG déclaraient débiter cette formation au cours de l'externat » (14). Cependant, la mise en place de cet enseignement dès le 2nd cycle est ressentie de manière positive par les étudiants : « Les étudiants se sentaient accompagnés et mieux préparés à la rencontre en autonomie avec le patient » (14). Ceci confirme d'ailleurs l'étude innovante et précurseuse réalisée à Créteil en 2001 (25) concernant un « enseignement d'initiation à la relation médecin patient » introduit dès la 3^{ème} année de médecine. Il était conclu que « les démarches d'évaluation mettent en évidence l'excellente appréciation des étudiants et la faisabilité de l'enseignement » (25). Ainsi, être formé sur la gestion des principales problématiques relationnelles avec un patient via des échanges autour de cas concrets comme proposé par cette technique pédagogique, permettrait de prévenir des situations à « risque émotionnel » chez les étudiants de 2nd cycle.

Conclusion

Cette étude qualitative a permis de recueillir les apports du GEP 5 ressentis par 30 IMG en 4ème semestre de la promotion 2017 de la faculté de médecine de Poitiers.

Définir le problème de façon commune en s'aidant d'outils communicationnels et comportementaux apportés lors de cette session sont des prérequis indispensables pour assurer le bon déroulement du cycle de la négociation par la suite.

De nombreux groupes de sens concernant la sphère émotionnelle lors d'une consultation ont été relevés. En la conscientisant et en la verbalisant, ils ont compris qu'elle pouvait devenir une aide afin de se préserver soi et le patient lors d'une consultation où l'aspect relationnel est complexe.

La négociation ne peut être dissociée du principe d'adaptabilité mais aussi de lâcher-prise. Il faut savoir se questionner perpétuellement, faire des compromis tout en gardant son « identité professionnelle ». Savoir refuser est aussi un point important abordé, tout comme celui de la rupture si nécessaire.

Pouvoir échanger entre confrères, partager ses expériences, s'appuyer sur des ressources documentaires fiables et se former sont autant de paramètres appréciés par les IMG.

Les étudiants ont trouvé de véritables clés pour leur pratique quotidienne, permettant ainsi une auto-réflexion pertinente sur leur prise en charge, une mobilisation de ressources variées après la séance afin de se perfectionner sur les problématiques abordées ou restées en suspens.

Les groupes de sens soulevés lors de cette étude semblent être en faveur d'une modification de la pratique après le GEP 5. Une étude permettant de mesurer cet impact serait nécessaire.

Annexes

Annexe 1 :



Recueil de consentement pour l'analyse des grilles d'analyse du GEP 5.

Cher(e) co interne,

Vous allez assister ce jour au GEP 5 « Patient insatisfait ou exigeant ».

Dans le cadre de mon travail de thèse, vos grilles d'analyse de pratique vont être, si vous le consentez, anonymisées et analysées

Si tel est le cas, je vous invite à les remplir avec le plus grand soin et à me les faire parvenir au plus tôt à l'adresse mail suivante : claire.boutiller@etu.univ-poitiers.fr

De plus, suite à l'analyse de vos grilles, des entretiens semi-dirigés pourront vous être proposés. Je vous contacterai par mail ultérieurement à cette fin.

Pour cela, nous avons besoin de votre accord afin de recueillir les renseignements suivants qui ne pourront jamais faire l'objet d'une quelconque diffusion :

Nom	Prénom	Adresse mail

Je vous prierai à la fin du GEP de fournir un exemplaire du présent consentement aux intervenants.

Cocher la case choisie **J'accepte**

Je refuse

Signature :

Fiche de consentement réalisée en 2 exemplaires : un pour le thésard et un pour l'IMG.

Annexe 2 :

Les grilles d'écriture et d'analyse de situation de soins anonymisées contenant l'intégralité des verbatims peuvent être consultables via le lien suivant:

<https://urlz.fr/e4An>

Bibliographie

1. CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2010.
2. Larapidie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient. Thèse de médecine : Université Toulouse III, 2018.
3. Mercier C, Arnould P, Rainieri F. Enseignement de la communication aux internes de médecine générale de la faculté de médecine, Paris Sud. *Pédagogie Médicale* 2019;20(2):101-6.
4. Dahan B. Evaluation de l'adéquation des enseignements proposés dans le DES de médecine générale à Paris VI avec les attentes des étudiants. Thèse de médecine : Université Paris VI, 2009.
5. Picard D, Marc E. Les conflits relationnels. Paris: PUF, 2008.
6. Martin C, Grandcolin S, Birault F. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale: enquête auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2012.
7. Bouchacourt C. Les patients « Heartsink » : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine Générale. Thèse de médecine : Université Paris VII, 2014.
8. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: Témoignages, analyses et perspectives. URML Ile de France, 2007. Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf [consulté le 24 octobre 2020].
9. Grimaldi André, Cosserat Julie. La relation médecin-malade. 1 ed. Paris : Elsevier, 2004.

10. Mantz J-M, Wattel F, Barois A et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2006;190(9):1999-2011.
11. 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 2004;5(2):110-26.
12. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale 2010;11(4):255-72.
13. Adeline DF, Yana DJ. Etat des lieux des modalités de l'enseignement de la compétence « Relation – Communication – Approche Centrée Patient » au sein des Départements de Médecine Générale français. Universités Paris V, Paris VI, Paris XI, Paris XII, 2015. Disponible sur : http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/memoire/Memoires_16/Memoire_Duflot_Yana.pdf [consulté le 24 octobre 2020].
14. Cumer-Marques S. Etat des lieux de la formation à la relation médecin – patient en France en 2018-2019 dans le DES de médecine Générale. Thèse de médecine : Université de Toulouse III, 2019.
15. Cohen Scali J, Seguret P, Lambert P, Amouyal M. Les groupes d'échanges de pratiques tutorés pendant l'internat de médecine générale : modalités pratiques, pertinence pédagogique et perspectives pour l'enseignement. Exercer 2013;107:126-30.
16. Maisonneuve H, Chambe J, Leruste S, Renoux C, Huas C. Etat des lieux des procédures de validation du DES de médecine générale en France. Exercer 2014;113:123–131.
17. Département de médecine générale UFR médecine et pharmacie, COGEMS Poitou-Charentes. Programme du DES de MEDECINE GENERALE. 2020. Disponible sur : <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/3%20Programme%20du%20DES-MG/2020%20Programme%20DES%20MG%202020%20provisoire.pdf> [consulté le 24 octobre 2020].
18. Barbot J, Winance M, Parizot I. Imputer, reprocher, demander réparation. Une

sociologie de la plainte en matière médicale. *Sciences sociales et santé* 2015;33(2):77-105.

19. Maillard S. *Plainte devant le Conseil de l'Ordre : conséquences pour le médecin ou l'étudiant en médecine*. Brest : Mesgalon, 2018.
20. Brabant Y, Viltet A, Buhagiar M. Efficacité des groupes d'échanges de pratiques entre internes de médecine générale. *Exercer* 2018;166:375-7
21. Bouzouita E. *Analyse du contenu de deux groupes d'échanges de pratiques d'internes en stage ambulatoire de niveau 1*. Thèse de médecine : Université de Paris Descartes, 2017.
22. Senand R, Bonnaud-Antignac A, Caillet D, Goronflot L. L'extension de l'enseignement de la relation médecin/patient à l'apprentissage du professionnalisme est-elle possible ? *Exercer* 2009;85:16-21
23. Gilibert D, Gillet I. Revue des modèles en évaluation de formation: approches conceptuelles individuelles et sociales. *Pratiques Psychologiques* 2010;16:217-238
24. Tardif J. *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation, 2006.
25. Guy E. *Enseigner la relation médecin-malade. Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil*. *Pédagogie Médicale* 2006;7:165-73.

Résumé et mots clés

Introduction : La gestion d'une relation conflictuelle ou d'un désaccord avec un patient est une situation pouvant être rencontrée et restant problématique pour de nombreux professionnels de santé, avec une demande forte de formation sur ce point soulevée par les IMG ces dernières années. Les IMG, en Poitou-Charentes, sont sensibilisés, à ce sujet via un Groupe d'Échanges de Pratiques (GEP) intitulé «*Le patient insatisfait ou revendicateur*», technique pédagogique retenue à la suite de l'*Arrêté du 12 avril 2017*. Ce travail a comme objectif principal d'analyser les apports de ce GEP décrits par les IMG de Poitiers et comme objectif secondaire de confronter ces apports aux objectifs pédagogiques fixés par le DMG.

Matériel et méthode : Une analyse qualitative documentaire des grilles d'écriture et d'analyse de situation de soins de ce GEP de 30 IMG de la promotion 2017 de la faculté de Poitiers a été effectuée pour recueillir ces apports. Elle a été réalisée grâce au logiciel Nvivo jusqu'à saturation des données.

Résultats : Les apports décrits sont très nombreux et classés en 2 catégories : les apports concernant la gestion d'une consultation avec un patient insatisfait ou revendicateur et les apports sur le professionnalisme. Concernant la gestion du déroulement de la consultation, 3 thèmes ressortent : la définition du problème de façon commune, la place de l'émotionnel dans une consultation et la négociation des changements avec les outils pour y parvenir. Ces thèmes correspondent aux objectifs pédagogiques attendus par le DMG. Concernant l'organisation professionnelle, 5 thèmes ressortent concernant le champ médico-légal, la nécessité d'échanges entre confrères, les apports des intervenants et les ressources mobilisées, les apports immédiats du GEP 5 dans la pratique et enfin, l'absence d'apport pour certains internes.

Conclusion :

Ce GEP 5 a permis une auto-réflexion intéressante sur leur pratique et des partages d'expériences enrichissantes. Le principe d'adaptabilité domine cette séance dans la prise en charge globale du patient. Ce travail pourrait ouvrir une réflexion sur la possibilité d'augmenter le temps dédié à cet enseignement et l'introduction de cet enseignement lors du 2^{ème} cycle des études médicales, permettant aux étudiants en médecine de se prémunir des conséquences émotionnelles négatives engendrées lors d'une relation conflictuelle.

Mots-clés : Internat – Médecine Générale – Relation médecin-patient – Groupe de pairs – Recherche qualitative.

Summary and key words

Introduction : Managing a conflictual relationship or disagreement with a patient is a situation than can be encountered and still problematic situation for many healthcare professionals, with a strong demand for training on this issue raised by IMGs in recent years. The IMGs in Poitou-Charentes have been made aware of this issue through a Practice Exchange Group (PEG) entitled "The dissatisfied patient or claimant", a pedagogical technique adopted following the Order of April 12, 2017. The main objective of this work is to analyze the contributions of this GEP described by the Poitiers IMGs and the secondary objective is to compare these contributions with the pedagogical objectives set by the DMG.

Material and method : A qualitative documentary analysis of the writing and situational analysis grids of this GEP of 30 IMGs of the 2017 class of the faculty of Poitiers was carried out to gather these contributions. It was carried out using Nvivo software until the data were saturated.

Results : The contributions described are very numerous and classified in 2 categories: contributions concerning the management of a consultation with a dissatisfied patient or claimant and contributions on professionalism. Concerning the management of the consultation process, 3 themes stand out: the definition of the problem in a common way, the place of emotion in a consultation and the negotiation of changes with the tools to achieve this. These themes correspond to the pedagogical objectives expected by the DMG. Concerning professional organization, five themes emerged concerning the forensic field, the need for exchanges between colleagues, the contributions of the participants and the resources mobilized, the immediate practical contributions of GEP 5 and, finally, the lack of contributions for some interns.

Conclusion : This GEP 5 allowed for interesting self-reflection on their practice and sharing of enriching experiences. The principle of adaptability dominates this session in the overall management of the patient. This work could open a reflection on the possibility of increasing the time dedicated to this teaching and the introduction of this teaching during the 2nd cycle of medical studies, allowing medical students to protect themselves from the negative emotional consequences generated during a conflictual relationship.

Keywords: Internship - General Medicine - Doctor-patient relationship - Peer group - Qualitative research.



SERMENT

□ □ □ □ □

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

□ □ □ □ □

Résumé et mots clés

Introduction : La gestion d'une relation conflictuelle ou d'un désaccord avec un patient est une situation pouvant être rencontrée et restant problématique pour de nombreux professionnels de santé, avec une demande forte de formation sur ce point soulevée par les IMG ces dernières années. Les IMG, en Poitou-Charentes, sont sensibilisés, à ce sujet via un Groupe d'Échanges de Pratiques (GEP) intitulé «*Le patient insatisfait ou revendicateur*», technique pédagogique retenue à la suite de l'Arrêté du 12 avril 2017. Ce travail a comme objectif principal d'analyser les apports de ce GEP décrits par les IMG de Poitiers et comme objectif secondaire de confronter ces apports aux objectifs pédagogiques fixés par le DMG.

Matériel et méthode : Une analyse qualitative documentaire des grilles d'écriture et d'analyse de situation de soins de ce GEP de 30 IMG de la promotion 2017 de la faculté de Poitiers a été effectuée pour recueillir ces apports. Elle a été réalisée grâce au logiciel Nvivo jusqu'à saturation des données.

Résultats : Les apports décrits sont très nombreux et classés en 2 catégories : les apports concernant la gestion d'une consultation avec un patient insatisfait ou revendicateur et les apports sur le professionnalisme. Concernant la gestion du déroulement de la consultation, 3 thèmes ressortent : la définition du problème de façon commune, la place de l'émotionnel dans une consultation et la négociation des changements avec les outils pour y parvenir. Ces thèmes correspondent aux objectifs pédagogiques attendus par le DMG. Concernant l'organisation professionnelle, 5 thèmes ressortent concernant le champ médico-légal, la nécessité d'échanges entre confrères, les apports des intervenants et les ressources mobilisées, les apports immédiats du GEP 5 dans la pratique et enfin, l'absence d'apport pour certains internes.

Conclusion :

Ce GEP 5 a permis une auto-réflexion intéressante sur leur pratique et des partages d'expériences enrichissants. Le principe d'adaptabilité domine cette séance dans la prise en charge globale du patient. Ce travail pourrait ouvrir une réflexion sur la possibilité d'augmenter le temps dédié à cet enseignement et l'introduction de cet enseignement lors du 2^{ème} cycle des études médicales, permettant aux étudiants en médecine de se prémunir des conséquences émotionnelles négatives engendrées lors d'une relation conflictuelle.

Mots-clés : Internat – Médecine Générale – Relation médecin-patient – Groupe de pairs – Recherche qualitative.