



Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

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

présentée et soutenue publiquement
le 9 décembre 2021 à Poitiers
par Alice GUILBOT

**Les apports des Groupes d'Echanges de Pratiques « savoir dire non, patient
pharmaco-dépendant, demande indue ».**
Etude qualitative par analyse documentaire des traces de la séance.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Madame la Docteur Julia MAUHOURET
Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yann BRABANT


Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

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
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- 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 viscérale et digestive (retraite au 01/01/2022)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile (retraite au 01/11/2021)
- 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, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie

- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (retraite au 01/12/2021)
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- 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, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021)
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (en mission 1an a/c du 12/07/2021)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- 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 3 ans à/c du 01/07/2020)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- 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

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

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

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

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
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- 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)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (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)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (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
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépto-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
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO 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 Madame le Docteur Julia MAUHOURET, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma gratitude et de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma gratitude et de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Docteur Yann BRABANT, je te remercie pour ton accompagnement tout le long de notre travail, du temps pris, de ton soutien et de ta confiance.

À ma famille :

À mes parents, de m'avoir soutenue,

À mes sœurs, qui m'ont accompagnée et soutenue dans cette aventure, Marion qui m'a boostée (tannée) depuis des années pour que j'arrive enfin à en être là aujourd'hui, et j'en passe, et Leslie pour la correction et la mise en page de cette thèse, et ses astuces de typographie, entre autres !

À Lou, Hugo, à Guillaume, à bientôt, en Guadeloupe !!

À mes Mamies, Denise et Monique,

À mes tantes, Laurence, Catherine

À mes cousines et cousin : Antoine, Clémence, Clotilde et Pauline,

À ma tante Catherine, ainsi qu'à Laurent, merci pour votre générosité, à Antoine et Julien,

À Papi Jean, Mireille, Claude et Vincent.

À mes copains de longue date :

Mes copines, ma base,

À Marie, Der Igel, merci d'être toujours là à mes côtés depuis des années, on continue comme ça ! (je commence à me répéter depuis le temps !),

À Clémence, pense à revenir quand même, ça fait long maintenant !

À Vinciane, mon unique colocataire ! Que de bons souvenirs avec toi,

À Juliette, toi je sais que tu vas revenir un jour, et ça va être bien de t'avoir pas loin (car ça ne peut pas être plus loin que maintenant !),

À Alice, merci pour ton soutien, et nos très bons moments ensemble, avec nos fous rires que je n'oublie pas !

Merci à vous pour les skypes, les retrouvailles sur Reims, les fameuses et nombreuses soirées au Kil (!!), les apremis à l'appart thé et j'en passe !

À Cléa, j'espère que l'on restera proches encore longtemps, même si on se voit moins souvent,

Aux copains de lycée,

À Maxime, merci de m'avoir accompagnée depuis tant d'années, je me rappelle encore de nos retrouvailles à Reims, quand tu étais à Troyes, puis à Lille, puis à Bordeaux : la distance ne nous a pas éloignés, au contraire !

À Clémentine, qui m'a aidée à m'en sortir avec les maths au lycée, merci pour cette patience, j'espère te revoir bientôt, avec un mini-toi !

À Charlotte, merci pour ton soutien, à Florent et Claire, merci pour votre gentillesse, à Paul.

Aux copains de la fac :

À Mathilde, j'espère te revoir bientôt !

À Eva, Vava, Vavoune, à nos soirées à l'Escal, au Torboyo, ou à réviser chez l'une ou l'autre, à nos fous rires qu'on partage encore, j'ai hâte qu'on revive de bons moments plus souvent ensemble, maintenant que tu es moins loin !

À Violetta, pour ta bonne humeur, ta force, j'ai adoré passer mon externat à tes côtés et j'ai hâte de passer du temps avec toi pendant de prochaines vacances !

À Coco, merci pour ton amitié, ton humour, ton affection, j'espère venir te voir à La Réunion très prochainement !

À Suzel pour ta gentillesse, et ta sérénité ,

À Fifou, Hugo, Juju,

À l'internat d'Angougou :

À mes copines avec qui j'ai passé les meilleures soirées et un voyage hors normes en Thaïlande (et aussi à travers l'Europe !) : à Plaut, à notre semestre partagé en gériatrie, merci pour ton soutien, tu as su me booster sans le savoir dans ma vie professionnelle, tu as été un modèle ! À Amale, pour m'avoir boostée dans ma vie sportive à Angoulême haha, et pour rire à toutes mes blagues, même quand c'est pas drôle ! À Olivia, pour ta bonne humeur, ton honnêteté, et ton soutien dans mes moments nuls, à Moulin pour ton dynamisme, à Morgane pour ta gentillesse, et à Pauline pour ton côté décalé et ta gentillesse, Merci pour ces bons moments passés ensemble, et ceux à venir !

À Saintes :

À Camille, merci pour ta gentillesse, ta patience que j'admire tellement, à ta présence pendant le confinement (car on était que toutes les deux finalement haha), à ta motivation pour me faire bouger de chez moi. Bientôt, c'est moi qui te guiderai en Guadeloupe ! À Alix, merci pour ton dynamisme, ta générosité, les parties de jeux, les bons restos et les prochaines soirées à venir, et les balades en vélo !! À Mehdi, merci pour ta gentillesse, tes partages sur Insta, ta patience avec ton jeu de stratégie incompréhensible, mais qui est plaisant parce que c'est avec toi ! À Guizmo, pour ton esprit festif, ton écoute, ta compagnie en fait, À Lise, pour nos soirées, tranquillou (ou pas), ton humour, et à nos futures apremis dans les salons de thé,

À Sarah, qui était à mes côtés dès le début de l'internat, on s'est trouvées dès le 2^e semestre, et soutenues à partir du 3^e^{me}, merci encore pour ton soutien, ton accueil, ton écoute, nos soirées, et ton chevaux !

À mes co-internes : Mathilde J., Thomas, Romain et tous mes copains de l'internat : Mathias, Florent, Camillo, Vincent, Max, Geoffrey, Philippe, Marion, Adamfa.

Merci à mes collègues de Pons, et aussi de Charente-Maritime, en particulier à Andrea et Valérie, qui m'ont formée et accompagnée depuis quelques années maintenant !

Table des matières

Remerciements	4
Introduction	8
Méthodes	10
Population :	10
Recueil des données :	10
Analyse des données	10
Aspects réglementaires.....	Erreur ! Signet non défini.
Résultats	11
Caractéristiques des internes	11
En début de consultation	11
Écouter avec précision les différentes demandes du patient et ses représentations	12
Repérer son propre comportement.....	12
Formuler le non	12
Les solutions pour rester dans sa position de refus :	13
Finir la consultation sereinement.....	14
Après la consultation	15
Les attitudes à éviter.....	15
Adopter un comportement assertif et dire « non » avec sérénité	15
Discussion	16
Forces et limites de l'étude.....	17
Repérer son comportement habituel	17
Ecouter les demandes du patient et ses représentations	17
Adopter un comportement assertif et dire non avec sérénité	18
Perspectives	20
Abréviations – Acronymes :	22
Bibliographie	23
Annexes	25
SERMENT	30
Résumé	31

Introduction

Bien saisir le contexte des consultations de médecine générale, notamment la personnalité du patient, ou le moment de l'évolution clinique ou de l'épisode de soins, permet au praticien d'adapter son style de communication et ainsi d'atteindre ses objectifs professionnels¹.

Anciennement plutôt paternaliste, la communication a évolué au fil du temps, devenant moins asymétrique et replaçant le patient au centre de la consultation. Elle est le fruit de l'approche centrée du patient (ACP), un concept élaboré par Balint et Rogers, qui intègre les représentations, les idéologies, les dimensions du médecin et du patient².

Le DES de médecine générale utilise l'approche par compétences, qui peuvent être représentées à la façon d'une marguerite, dite la marguerite des compétences du référentiel métier et compétences, dont la communication est au centre, ce qui souligne l'importance de l'apprentissage de cette compétence (annexe 1)².

Pour l'apprentissage de cette compétence, un séminaire et huit groupes d'échanges de pratiques (GEP) sont organisés au cours de l'internat, avec nécessité de remplir la grille d'écriture et d'analyse de situation de soins. Celle-ci fait partie des traces d'apprentissage à compiler dans le portfolio de l'étudiant pour documenter sa progression dans le développement des compétences du médecin généraliste³.

Parmi ces GEP, le huitième, réalisé en troisième année, porte sur le thème de refuser certaines demandes des patients, et s'intitule « savoir dire non, patient pharmaco-dépendant, demande induite ».

Le médecin généraliste est en première ligne de soins, il est amené à répondre aux demandes de ses patients. Il a appris à communiquer et ainsi à refuser des demandes jugées abusives.

Ces demandes sont qualifiées d'injustifiées, ou abusives, par le fait que le patient va se justifier dans sa demande qui peut être contraire aux recommandations médicales et/ou qui n'est pas compatible avec la manière de pratiquer du médecin généraliste⁴⁻⁶. Les demandes ressenties comme abusives par les médecins représentent 7% des demandes en pratique⁷. Il est donc vécu très fréquemment par les médecins généralistes sur différentes demandes comme des exigences de prescriptions, de certificats, de déplacement, entre autres⁶. La communication est alors un déterminant majeur pour gérer ces demandes⁷.

Pour faire face à ces situations, le médecin aura à mettre en œuvre des capacités de communication, à maîtriser son relationnel et à intégrer son ressenti émotionnel pour dire « non » sans rejeter le patient. En effet, refuser peut sembler paradoxal dans la relation entre le médecin et son patient car elle sous-tend une notion d'aide^{7,8}.

Le non permet de redonner de l'importance à la notion de confiance et au jugement du médecin. Il permet d'exercer dans un climat plus serein et de rester en accord avec soi-même, de se protéger contre la culpabilité, la dévalorisation de soi et de son statut⁵.

Juillard montre dans son étude que seuls 5% des internes de 2^e année du 3^e cycle d'étude de médecine générale interrogés n'éprouvaient pas de difficultés à dire « non »⁶.

Richard et Lussier proposent de considérer un comportement assertif comme comportement communicationnel lorsque le médecin communique dans le cadre de son expertise avec son patient¹.

Un comportement assertif est à considérer pour tout médecin qui communique avec son patient. En résumé, avoir un comportement assertif c'est être capable de prendre en compte la sensibilité, les valeurs et expériences du patient, et d'exprimer et défendre son point de vue professionnel tout en sachant que le patient est libre de refuser toute proposition qui ne lui conviendrait pas¹. Ce type de comportement est à opposer au comportement agressif et au comportement passif, qui comportent des effets négatifs sur le locuteur et l'interlocuteur.

En cohérence avec la littérature, les objectifs pédagogiques du GEP 8 « savoir dire non » étaient :

1. Repérer son comportement habituel, s'écouter en respectant ses propres contraintes et ses propres choix.
2. Écouter avec précision les différentes demandes du patient et ses représentations.
3. Adopter un comportement assertif fondé sur une affirmation non agressive et adaptée au contexte et dire « non » avec sérénité.

Face à un patient insatisfait ou revendicateur, l'interne de médecine générale (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 et médecins sur les enseignements proposés lors du 3^e cycle, ces situations restent problématiques et mal maîtrisées à la fin du cursus^{4,6,9,10}.

Gerbaud et Julien ont mis en évidence que les médecins exprimaient leur regret de ne pas être suffisamment formés durant leurs études médicales pour gérer les situations de refus de demandes de prescriptions injustifiées⁴. Jouve évoquait l'importance des formations afin de mieux gérer les demandes abusives⁹. Une revue littéraire de 2017 sur l'efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires rapporte qu'une meilleure formation aux attitudes et habiletés médicales (telles que l'empathie, prendre en compte les attentes et représentations) pourraient améliorer cette efficacité thérapeutique, par exemple par des échanges interactifs entre internes¹⁰.

A notre connaissance, aucune évaluation des apprentissages de ce GEP n'a été réalisée à Poitiers. Nous nous sommes demandé quels étaient les acquis d'apprentissage des IMG Poitevins à l'issue de ce GEP ?

L'objectif principal était d'analyser les apports déclarés du GEP « savoir dire non » à travers les grilles de GEP.

Méthodes

Population :

Une étude qualitative a été réalisée par analyse documentaire des grilles d'écriture et d'analyse de situation de soins des dix groupes d'IMG de Poitou-Charentes de la promotion 2018 présents au GEP 8 en novembre et décembre 2020. Concernant l'échantillonnage, les chercheurs ont décidé de traiter l'ensemble des verbatim répondant aux critères d'inclusion suivants : faire partie de la promotion 2018, avoir participé au GEP 8, être consentant et avoir envoyé la grille d'analyse à l'investigateur.

Recueil des données :

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons demandé aux internes d'envoyer leur grille du GEP 8, remplie par leurs soins pendant et après la séance, ainsi qu'un recueil de consentement (annexe 2), pour permettre leur inclusion dans l'étude.

Analyse des données

Après anonymisation, une analyse phénoménologique interprétative des grilles a été menée. Une lecture attentive et rigoureuse des verbatim 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 du logiciel dédié NVivo.

Cela a permis d'identifier les idées émergentes et de créer un système de codage par dimensions (thèmes).

Selon le principe de triangulation, ce codage a été réalisé en parallèle par le chercheur et un tiers, ce procédé ayant pour but d'éliminer un maximum de subjectivité du chercheur et éventuellement de mettre en évidence des dimensions passées inaperçues initialement. En cas

de désaccord, une discussion avait lieu entre le chercheur et le tiers pour déterminer le meilleur codage.

Résultats

Seize grilles de GEP ont été recueillies entre janvier et septembre 2021, anonymisées et analysées (annexe 3).

La saturation des données a été obtenue après analyse de quinze grilles d'écriture et d'analyse de situation de soins. Nous avons analysé l'ensemble des grilles reçues. L'analyse des verbatim a fait émerger 22 thèmes, décrivant les apports du GEP 8.

Caractéristiques des internes

Sur 109 internes de la promotion 2018, seize grilles d'écriture et d'analyse de situation de soins ont été reçues et analysées. Les grilles appartenaient à treize internes de sexe féminin, et trois de sexe masculin. En moyenne, il y avait 507,25 mots dans les parties à analyser « pendant » et « après la séance », avec un minimum de 39 mots et un maximum de 1526 mots.

Les caractéristiques des grilles sont décrites dans le tableau 1.

<i>Groupe</i>	<i>16a</i>	<i>16b</i>	<i>17a</i>	<i>17b</i>	<i>17c</i>	<i>79a</i>	<i>79b</i>	<i>86a</i>	<i>86b</i>	<i>86c</i>	<i>Moyenne</i>
<i>Nombre d'internes</i>	2	0	1	3	1	1	1	2	3	2	Total = 16
<i>Moyenne des mots au total</i>	1303	0	712	193	781	438	283	398	341	623,5	507,25
<i>Moyenne des mots « pendant la séance »</i>	908,5	0	712	116	615	393	178	292	264	433,5	391,2
<i>Moyenne des mots « après la séance »</i>	394,5	0	0	77	166	45	105	106	77	190	116

Tableau 1 : caractéristiques des grilles de situations analysées

En début de consultation

Le patient explique sa venue, ses symptômes aigus ou chroniques, ses demandes. Les internes rapportent qu'il est important de **poser le contexte** dès le début de la consultation « *poser le cadre d'entrée de jeu* » (IMG 12), d'éviter le syndrome de la poignée de porte qui fait référence à l'évocation de problème de santé, d'une demande oubliée pendant la

consultation, au moment d'en partir : *Syndrome de la poignée de porte : poser la question systématiquement pour éviter les surprises « que fait-on aujourd'hui ? Quelles sont vos demandes ? Y a-t-il autre chose ? »* (IMG n°11).

Écouter avec précision les différentes demandes du patient et ses représentations

Lors de la formulation de la demande, les internes notent la nécessité d'**écouter de façon active** afin de bien comprendre la demande du patient : *Je comprends après ce GEP que je dois avoir une attitude plus d'écoute active pour mieux comprendre les demandes des patients.* (IMG 1), de ne pas hésiter à interroger le patient sur ses demandes, afin d'**éclaircir la situation**, *tout en essayant par ailleurs de comprendre le pourquoi de cette demande « abusive » de la part du patient* (IMG 7) et parfois même, à explorer ses peurs et ses croyances « *Qu'attendez-vous des antibiotiques ? Pourquoi les vaccins vous font peur ?* » *Il faut explorer la peur !* (IMG 11).

Il est possible de **reformuler** : *j'essaierai de reformuler* (IMG 5) ce que dit le patient dans le but *de lui montrer que j'ai bien entendu sa demande et que je l'écoute.* (IMG 16).

La notion d'**empathie** s'intègre dans cette communication, tout le long de la consultation. Dans les grilles, il est rapporté qu'il est nécessaire de *ne pas juger* (IMG 4) le patient, de *ne pas être condescendant* (IMG 11) dans son discours et dans son attitude : *adopter une attitude assertive dans le respect du patient, être dans l'échange et centré sur ce dernier sans jugement ni culpabilisation* (IMG 10).

Repérer son propre comportement

Un élément clé relevé dans les grilles est de **repérer son propre comportement et ses émotions** lors de la consultation : *repérer son comportement habituel, s'écouter en respectant ses propres contraintes et ses propres choix* (IMG 10), *savoir ce que je pense, [...] ce que je ressens, [...] ce que je fais ou tendance à faire* (IMG 16). Cela permet de *comprendre pourquoi on a peur*, et ainsi de *mieux convaincre* (IMG 11), car *la difficulté réside dans la négociation avec le patient, ce qui peut être chronophage, entraîner de l'exaspération ou bien de l'agressivité* (IMG 16), des sentiments négatifs à éviter.

Une fois le contexte de la situation du patient posé, l'échange peut avoir lieu sur la prise de décision du médecin dans le cadre d'un refus.

Formuler le non

Dans le refus, les grilles évoquaient la nécessité de **dire non clairement** le « non » doit

être clair et ferme (IMG 1) et dans la continuité avec le comportement assertif, de **communiquer de façon affirmée** pour exprimer son refus, sans agressivité : *il faut apprendre à communiquer en tenant ferme son « non »* (IMG 2).

Nous avons pu noter qu'il était *difficile de dire non à la demande du patient* (IMG 7), *par peur d'être jugé, d'être égoïste ou de blesser* (IMG 11). Il est important de *ne pas culpabiliser de dire non* (IMG 14), *il faut faire preuve de conviction et de persuasion* (IMG 11).

Garder confiance en soi et être sûr de ses décisions est un point essentiel retrouvé dans notre analyse pour faire face dans ce type de situation, argumenter *en étant sûr de soi* (IMG 16), *et il faut que cela soit en accord avec nous et avec notre pratique* (IMG 3). En effet, *afin de garder un exercice fidèle à nos convictions et notre désir d'exercer, il est donc nécessaire de savoir dire non, et ainsi éviter de finir en burn out* (IMG 16).

Après avoir répondu « non » à la demande, il faut **laisser à l'autre le temps de réagir** (IMG 15).

La réponse au mécontentement

Il peut arriver que le patient exprime son mécontentement au médecin et parfois même une agressivité. D'après les internes, il est important d'**accepter la critique et le mécontentement** : *accepter que le patient soit mécontent, mais ne pas le prendre pour moi* (IMG 13). Il faut pouvoir être *préparer [sic] à gérer la personne frustrée en lui expliquant calmement pourquoi je dis non* (IMG 11). Le médecin peut en réponse, comme le patient : **exprimer ses sentiments, et sa vision** d'une manière calme et sereine (IMG 10). En effet, dans certaines situations, *il faut parfois rendre visible nos émotions pour faire part au patient de la situation d'inconfort dans laquelle il nous met.* (IMG 13), par exemple : *j'aurais pu ajouter « Vous me mettez dans l'embarras. Alors, je n'ai pas d'autres solutions à vous proposer que celle-là* (IMG 1).

Les grilles relevaient la nécessité d'**entretenir une bonne relation entre le médecin et son patient** et permettre une alliance thérapeutique : *tout cela étant dit calmement et avec empathie, afin de ne pas rompre la relation médecin-malade établie* (IMG 16) ; *je retiens les éléments tels que l'accueil, l'empathie, l'écoute et le respect comme pierres angulaires pour créer une relation de confiance médecin/patient ainsi qu'une alliance thérapeutique* (IMG 7).

Les solutions pour rester dans sa position de refus :

Au cours du GEP, des conseils de formulation ont été donnés aux internes pour exprimer

leur refus, notamment **utiliser la technique du disque rayé**, consistant à répéter son refus *et si le patient persiste dans sa demande on peut utiliser la technique du « disque rayé » et dire par exemple « Je vous ai déjà expliqué pourquoi je vous ai dit non à votre demande »* (IMG 1), **sans argumenter** « *Ne pas se perdre dans une argumentation* » (IMG 10).

La technique du sandwich a aussi été évoquée : *technique du « non » en sandwich : Non – explications, discussion, autres solutions ? Non* (IMG 9).

Les internes notaient dans leurs grilles que le médecin peut justifier de devoir **assumer sa responsabilité**.

Des difficultés pour dire non dans le cadre de demande de certificat ont été reportées par les IMG. Des sites internet ont été proposés lors du GEP pour aider les médecins dans un cadre législatif : *Le site certifmed est aussi un support précieux pour la rédaction des certificat[sic] en guidant pas à pas sur les certificats autorisés ou non, avec les références systématiques* (IMG 3). Ces situations peuvent être délicates car engagent la responsabilité du médecin quand il y a rédaction : *Attention dans la rédaction d'un certificat, notre responsabilité est engagée* (IMG 9). Les IMG ont noté l'importance de signaler l'engagement de sa propre responsabilité dans la rédaction d'un certificat médical ; cela peut être un poids de plus dans l'argumentation de son « non », surtout que les médecins ont le droit de dire non : *Article 47 Code de santé publique nous donne légalement le droit de dire non* (IMG 6).

Le médecin peut aussi **exprimer sa vision des choses** en lien avec **sa responsabilité professionnelle** : *si demande de prescrire un médicament dont on n'est pas d'accord, dire : « c'est ma responsabilité, ce n'est pas adapté pour vous »* (IMG 2).

D'autres sites internet peuvent permettre d'appuyer sa décision dans certaines situations, notamment les durées d'arrêt de travail avec le site ameli.fr : *Une technique qui fut proposée pour limiter la durée des arrêts de travail dans ce genre de circonstances fut de s'appuyer sur la durée des arrêts de travail proposée par ameli.fr en disant : « Vous voyez la durée moyenne d'arrêt pour une lombalgie c'est 5 jours, me demander 8 semaines me paraît aberrant »* (IMG 3).

Demander l'avis d'un confrère peut être utile également. Par exemple, toujours dans le thème de l'arrêt de travail : *Les médecins conseil et du travail peuvent dans ces situations être d'un soutien précieux* (IMG 3), ou lors de situations complexes pouvant impliquer d'autres professionnels de santé : *Penser à mobiliser les différents acteurs pour une prise en charge pluridisciplinaire lors des difficultés avec patients pharmacodépendants : exemple CHL Poitiers, CSAPA86 pour mon cas* (IMG 10).

Finir la consultation sereinement

Le temps peut être un outil en fin de consultation afin de **proposer une alternative**, par exemple **proposer une autre consultation** : *Savoir différer les consultations quand c'est possible* : « *aujourd'hui je n'aurai pas le temps de tout faire, reprenez RDV avec moi pour faire le reste.* » *C'est savoir aussi reprogrammer en médecine générale* (IMG 11). On peut aussi utiliser le temps pour **réévaluer la demande** : *différer la réponse en disant « écoutez, je me renseigne, je vois ce qui est possible et je vous dis oui ou non en fonction » ce qui permet de reprendre la main sur la consultation et de pouvoir affirmer sa position si nécessaire* (IMG 3).

L'objectif est de **terminer positivement** la consultation : *Et enfin terminer positivement une consultation est très important* (IMG 1).

Après la consultation

Il est tout à fait pertinent de moduler son agenda pour **adapter la durée des consultations** : *affiner la gestion du temps de la consultation avec notre expérience et savoir quel(s) motif(s) traiter par rapport à notre temps* (IMG 11). Certaines consultations peuvent prendre plus de temps : *attention au dossier [sic] MDPH qui prennent du temps* (IMG 11). Les internes notent l'importance d'*apprendre à gérer le temps en consultation et de connaître ses limites* (IMG 2).

Les attitudes à éviter

Lors de notre analyse, nous avons pu relever certains détails de verbatim concernant des **attitudes à éviter**, notamment le **comportement passif** : *on dit oui à tout, par peur de déplaire* (IMG 16), *j'ai aussi dit oui pour lui faire plaisir* (IMG 2). Ce comportement est à éviter car il y a un *risque de sensation de mal-être, de perte de confiance en soi, de burn out* (IMG 7).

Le second type de comportement à éviter est **l'agressivité** consistant en un *refus strict, en étant ancré sur nos positions, sur la défensive* (IMG 16), lié à un *manque ou grande confiance en soi* (IMG 13) et qui peut risquer de ne *pas prendre en compte la demande du patient, pas d'écoute* (IMG 13).

Adopter un comportement assertif et dire « non » avec sérénité

L'assertivité est le comportement conseillé dans ces situations compliquées, *fondé sur une affirmation non agressive et adaptée au contexte et dire « non » avec sérénité* (IMG 10). Ce comportement se retrouve tout le long de la consultation car il englobe plusieurs notions : **exprimer ses sentiments et sa vision** « *je vous trouve en colère, je la ressens dirigée contre moi, je ne pense pas avoir mérité cette colère* » (IMG 6), **l'empathie** : *attitude empathique et*

positive (IMG 16), **l'écoute active** : avoir une *écoute attentive et respectueuse, il faut laisser parler le patient* (IMG 11), **accepter la critique et le mécontentement** : *accepter que le patient est [sic] mécontent, mais ne pas le prendre pour moi* (IMG 13), **avoir une communication affirmée, sans agression** (IMG 10), **ne pas donner d'arguments** (IMG 13), **ne pas juger** : *sans jugement ni culpabilisation* (IMG 10), et savoir **reformuler** le « non » avec *sérénité* (IMG 7).

Globalement, *adopter une attitude assertive, c'est être dans le respect du patient, être dans l'échange et centré sur ce dernier sans jugement ni culpabilisation* (IMG 10).

L'IMG 3 écrit : *les différents comportements de réponse au non (agressif, assertif et passif) sont pour moi la révélation de ce GEP.*

Discussion

Notre étude a pu mettre en avant les différents apports déclarés du GEP « savoir dire non », en lien avec les objectifs attendus en fin de GEP, notamment sur l'approche du médecin pour dire non, en repérant son propre comportement, permettant ainsi une meilleure écoute, sans jugement et tout en respectant ses propres convictions. Richard et Lussier expriment cette vision également, en décrivant l'assertivité comme une combinaison d'une attitude d'ouverture envers le patient tout en restant ferme par rapport à ses idées et croyances¹. La notion d'assertivité semble avoir été intégrée par les IMG. Elle englobe elle-même plusieurs spécificités, telles que l'empathie, la communication affirmée, l'expression de ses sentiments, qui sont retrouvées dans de nombreuses grilles analysées.

On retrouve ces éléments dans l'analyse de Richard et Lussier, qui développent ces notions dans une thématique de comportement verbal opposée au comportement non verbal. En effet, ils détaillent que l'assertivité se manifeste aussi de cette façon, telle que maintenir un contact visuel, ou adapter et moduler sa voix selon le contenu¹. Notre analyse n'a pas retrouvé la mention ou la description du champ non verbal de l'assertivité dans les grilles.

D'autre part, les IMG ont relevé l'importance de dire non pour se préserver, éviter la passivité mais il n'a pas été évoqué la notion de refuser dans l'intérêt du patient. En effet, dans les demandes d'exams complémentaires abusives, il existe un risque de surdiagnostic et de surtraitements pouvant entraîner des effets à long terme¹¹. Refuser ce type de demande est alors bénéfique pour le patient.

Une prise en compte de ces deux aspects dans les objectifs d'apprentissage du GEP serait pertinente.

Une étude réalisée sur le GEP 5 « patient insatisfait ou revendicateur » a pu faire

ressortir qu'il était difficile de certifier sur des réflexions d'action future mais que les internes, suite au GEP, avaient la possibilité de mobiliser des ressources dans une situation compliquée¹².

Une analyse par entretiens semi-dirigés pourrait être pertinente pour faire ressortir différents points de vue, et éclaircir certains points, parfois flous dans les grilles. De plus, en l'organisant à distance du GEP, ces entretiens seraient l'opportunité d'une évaluation des acquis d'apprentissage à distance du dispositif de formation.

Forces et limites de l'étude

L'échantillonnage n'était ni raisonné ni critérié et seuls les seize internes volontaires sur 109 ont envoyé leur grille malgré des relances sur plusieurs mois. Il est possible que la variation maximale n'ait pas été atteinte.

Il existe un biais de volontariat : les sujets volontaires peuvent présenter des caractéristiques différentes de celles des internes refusant de participer à l'étude.

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

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.

Repérer son comportement habituel

Le thème « Repérer son comportement habituel et ses émotions » faisait partie des objectifs attendus du GEP. C'est le 3^e thème le plus référencé de notre analyse.

En effet, comme le dit Galam, il est important de s'écouter soi-même afin d'avoir une meilleure empathie, sans jugement du patient. Cela permet une capacité de jugement de la demande, savoir si elle est justifiée ou non, et s'il est possible d'y répondre⁸. Cela peut dépendre de différents facteurs intrinsèques et extrinsèques au médecin : son ressenti au moment de la consultation selon sa fatigue, son expérience, ses habitudes et aussi son ressenti vis-à-vis de son patient ainsi que de l'éventuel retard accumulé dans son emploi du temps¹³.

L'analyse retrouve des verbatim riches dans le thème de la recherche de son propre comportement et son raisonnement. Ces éléments semblent bien perçus par les étudiants lors du GEP, tant sur la perception de leur ressenti et ainsi la gestion de la consultation, que sur les effets à long terme.

Ecouter les demandes du patient et ses représentations

Notre analyse a fait ressortir le thème « demander d'éclaircir la demande sans juger », qui est le deuxième thème le plus référencé. Treize IMG l'ont reporté, soit une grande majorité des grilles analysées. Afin de répondre au mieux au patient, il est nécessaire de bien comprendre sa demande et ne pas hésiter à éclaircir sa demande.

De nombreuses études, françaises et internationales, ont démontré que les médecins prescrivent en pensant que c'est ce que le patient souhaite, alors que celui-ci n'attend pas ce genre de prise en charge. Une explication claire au patient permet une bonne acceptation dans la non prescription de traitements lorsqu'ils ne sont pas indiqués^{6,14-16}. Il en ressort l'idée que les attentes du patient influencent notre prescription et nos prescriptions influencent les attentes de nos patients⁶.

Pouvoir interroger le patient, approfondir le questionnement sur sa demande, l'explorer, permet une meilleure prise en charge globale du patient.

L'écoute active est un des thèmes les plus fréquemment retrouvés dans les verbatim, c'est une notion indispensable dans la pratique de la médecine générale. Un médecin qui écoute, porte attention au patient, qui le considère comme une personne, et tient compte de ses problèmes psychologiques, engendre une meilleure relation humaine et ainsi permet un partenariat¹⁷. Moreau a réalisé une revue de littérature sur l'efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. Il relève dans une étude que les patients sont demandeurs d'attention vis-à-vis de leur médecin, d'une écoute attentive, mais aussi d'explications sur leur diagnostic et leur prise en charge^{10,18}. Prendre le temps avec son patient est important pour élaborer une alliance thérapeutique et la maintenir.

Adopter un comportement assertif et dire non avec sérénité

Notre analyse a relevé non seulement la conduite idéale à avoir en consultation, telle que l'assertivité, mais aussi les comportements à éviter pour se préserver, des éléments retrouvés dans d'autres études.

Le comportement assertif est une attitude exemplaire à adopter en consultation, particulièrement dans les situations difficiles où possiblement un désaccord peut avoir lieu.

Les mots « assertif » ou « assertivité » sont retrouvés dans 7 grilles mais ils regroupent plusieurs notions, notamment d'exprimer ses sentiments et sa vision de façon calme et sereine (retrouvé dans 14 grilles), et demander d'éclaircir la demande (retrouvé dans 13 grilles). Galam écrit que l'assertivité, *c'est communiquer de façon affirmée, en exprimant ses sentiments et ses façons de voir les événements d'une manière calme, sereine, honnête et appropriée, tout en voulant connaître les sentiments et la manière de voir d'autrui*⁸.

C'est une combinaison d'écoute, d'empathie, d'expression de ses sentiments, de communication en reformulant la demande, sans jugement, et en acceptant la critique éventuelle.

L'assertivité s'oppose à deux autres comportements que sont l'agressivité et la passivité, des attitudes à éviter, des éléments retrouvés dans notre analyse.

En effet, l'agressivité par définition a une notion d'opposition, qui peut être délétère pour une bonne communication dans la relation médecin-patient. Le médecin ne prend pas en compte les arguments du patient, il y a un non-respect de l'autre¹⁹. Elle peut être la conséquence d'un état de fatigue qui empêche une remise en question, ou d'un manque de confiance en soi⁸ et peut présenter un risque de judiciarisation et de violence⁵. Dire « non » avec sérénité peut protéger le médecin de cette agressivité⁸.

La passivité, c'est accepter pour éviter un conflit relationnel. C'est « se fondre dans le désir de l'autre, parfois au détriment de soi » écrit Galam, comme un état de soumission qui entraîne un non-respect de ses propres droits, une impression de se faire manipuler. Elle peut entraîner une décrédibilisation du médecin, un mal-être, une baisse de l'estime de soi voire des conduites addictives^{5,8,19}.

Le risque de finir par accepter la demande, malgré le désaccord et les convictions peut donner une impression de se faire manipuler, et donner le sentiment de manquer de courage. C'est une attitude plutôt passive et cela peut décrédibiliser le médecin, et à long terme engendrer un mal-être chez lui, une baisse d'estime de soi⁵.

Quand le médecin se comporte d'une de ces 2 façons, il peut alors ressentir des sentiments négatifs, tels que la colère, la contrariété ce qui peut entraver la bonne gestion des demandes abusives⁹. A long terme et à répétition, cela peut engendrer un burn out. L'intérêt est majeur, car plusieurs études ont montré que 47% des médecins libéraux présentent des symptômes de burn out, et Mouries et Galam, informent que 53% des médecins libéraux franciliens se sentent menacés par le burn out²⁰. Par ce GEP, les IMG sont sensibilisés à ce risque, et peuvent en limiter l'apparition en apprenant à communiquer et à dire non.

Il est difficile de dire non car il peut y avoir une envie de « rendre service »⁸. D'un point de vue déontologique, il y a des règles, et le refus peut-être exprimé en toute légitimité. Ces notions législatives ont été retrouvées dans plusieurs grilles. Selon le code de santé publique, l'Article R.4127-47 : *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins*²¹.

Dans ces situations, il est néanmoins nécessaire d'affirmer sa bienveillance envers le patient⁶.

Pour dire « non » sereinement, des techniques de formulation ont été proposées lors du GEP. Notamment la technique du disque rayé, consistant à répéter le « non », quand le patient répète, lui aussi, sa demande. Dupagne a écrit tout un article sur cette technique qui peut aider quand le patient insiste dans sa demande²². Elle consiste en une première phrase, empathique : le médecin entend le problème et le comprend et l'exprime au patient, puis à la suite du « mais », le médecin refuse, de façon crescendo : ferme puis catégorique. Après plusieurs refus, le patient ne saura plus formuler sa demande et acceptera le refus. Cette technique est retrouvée dans différentes études pour faciliter la formulation du non^{5,6}.

La technique du sandwich a également été relevée, mais les interprétations sont différentes : l'IMG 4 écrit *Technique du sandwich : un oui, un non, un oui* ; l'IMG 9, quant à lui, note : *technique du « non » en sandwich : Non – explications, discussion, autres solutions ? Non*. C'est une technique de management utilisée pour mieux faire passer un commentaire négatif, en l'énonçant entre 2 phrases positives²³. Il s'agirait plutôt comme le dit l'IMG 9, de confirmer le non, tout en ayant un discours empathique, compréhensif entre deux « non ». Il ne s'agit pas de dire « oui » puis « non » comme le sous-entend l'IMG 4.

Perspectives

Notre travail a pu mettre en évidence les différents apports déclarés du GEP « savoir dire non » et proposer de nouveaux objectifs d'apprentissage. Cette recherche qualitative n'est par définition pas généralisable. Des études permettant de quantifier l'importance de chaque acquis d'apprentissage seraient nécessaires.

Ils existent peu d'études sur le ressenti des patients face au refus du médecin, il pourrait être pertinent d'étudier ce côté-ci de la consultation et de les confronter aux ressentis des médecins.

Le GEP est une bonne formation pour les internes, car permet aux étudiants de s'exprimer librement sur des thèmes précis et aussi de favoriser l'adaptation des enseignements par les tuteurs. Introduire plus tôt les GEP dans le cursus de médecine est d'ailleurs une éventualité intéressante²⁶.

Mais les GEP restent peu étudiés jusqu'à présent^{24,25}. Des études expérimentales permettant de comparer l'efficacité du GEP à d'autres techniques pédagogiques seraient intéressantes également.

La formation au GEP « savoir dire non » pourrait être couplée à celui sur « le patient insatisfait ou revendicateur » car les groupes de sens se recoupent¹². Une analyse comparative

serait pertinente pour confirmer la similitude des apports, et une fusion de ces deux GEP pourrait alors être envisageable.

Abréviations – Acronymes :

CHL : Centre Hospitalier Laborit

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

GEP : Groupe d'Echange de Pratiques

IMG : Interne de Médecine Générale

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

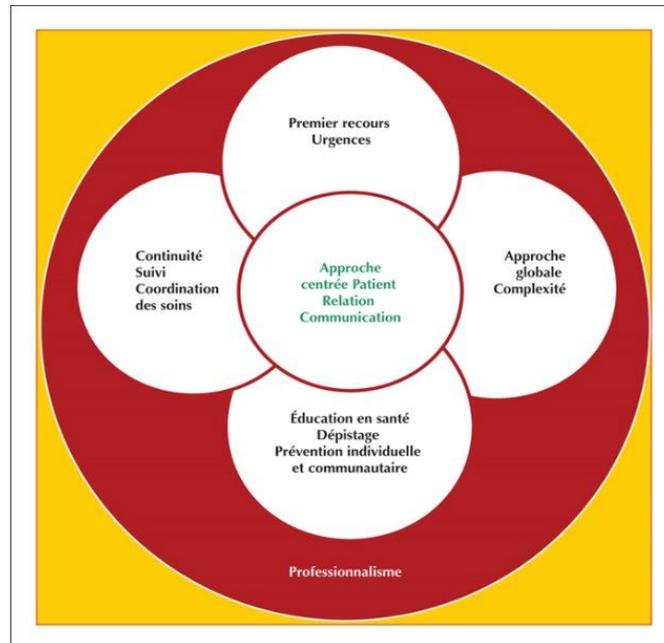
Bibliographie

1. Richard C, Lussier M-T. Assertivité, professionnalisme et communication en santé partie 2. *exercer* 2019;155:322-6.
2. Perdrix C, Pigache C, Dupraz C, Farge T, Maynie-François C, Supper I. Approche centrée patient et marguerite des compétences une interaction à mettre en place et à évaluer. *exercer* 2016;125:132-7.
3. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie Médicale EDP Sciences*, 2006;7:110-27.
4. Gerbaud E, Julien A-C. Déterminants de consultation amenant le Médecin Généraliste à céder à des demandes de prescriptions injustifiées et Stratégies de refus. Thèse de médecine : Université de Angers, 2016.
5. Lotfi M. Un aspect de la relation médecin-malade les refus opposés aux demandes des patients. Vécu de ces situations par le médecin généraliste installé et par le remplaçant. Etude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels auprès des médecins généralistes installés depuis plus de 10 ans et de médecins généralistes remplaçants en Ile de France. Thèse de médecine : Université de Paris 6, 2014.
6. Juillard M. Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. Études quantitative et qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris V. Thèse de médecine : Université de Paris Descartes, 2015.
7. Levasseur G. Les demandes des patients jugées non fondées par les médecins. *exercer* 2003;17:246-50.
8. Galam É. Oser dire non avec sérénité. *Rev Prat Médecine Générale* 2007;21:1-2.
9. Jouve A. Les demandes des patients ressenties comme abusives par les médecins : expériences des médecins généralistes et stratégie de gestion. Etude qualitative par entretiens auprès de dix médecins généralistes de la Drome. Thèse de médecine : Université de Claude Bernard Lyon 1, 2017.
10. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. L'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. *Presse Médicale* 2006;35:967-73.
11. Junod B. Comment reconnaître le surdiagnostic et rétablir des soins vrais ? 28 mai 2011; Université de Paris 8. Disponible sur : <https://www.atoute.org/n/IMG/pdf/BernardJunodSurdiagnosticDepistage.pdf> [consulté le 8 novembre 2021].
12. Boutiller C. Le groupe d'échanges de pratiques « le patient insatisfait ou revendicateur », quels apports pour les internes de médecine générale? Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2020.
13. Audouin-Dubreuil L. Impact des demandes injustifiées des patients sur les médecins généralistes. Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2017.

14. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, et al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract* 2009;59:29-36.
15. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations--a questionnaire study. *BMJ* 1997;315:520-3.
14. Toutfaire L, Chevalier L. La non prescription médicamenteuse en consultation de médecine générale : le ressenti des patients et des médecins. Thèse de médecine : Université Orléans-Tours, 2017.
17. Dedienne M. Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients ? *Rev Prat Médecine Générale* 2003;17:1-4.
18. Boivin JM, Aubrège A, Muller-Colle F, De Korwin JD. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. *Rev Prat Médecine Générale* 2003;17:293-7.
19. Richard C, Lussier M-T. Communication I Technique. *exercer* 2019;156:369-74.
20. Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Commission Prévention et Santé publique, 2007.
21. Code de la santé publique-art. R4127-32 à R4127-55 (I).
22. Dupagne D. La méthode du disque rayé progressif. Disponible sur : <https://www.atoute.org/n/article112.html> [consulté le 7 octobre 2021].
23. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale* 2003;4:184-91.
24. 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 Toulouse III - Paul Sabatier, 2019.
25. Viltet A. Efficacité des groupes d'échange de pratique dans la formation initiale des internes de médecine générale : revue systématique de la littérature. Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2017.
26. Cohen-Scali J, Séguret 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;24:126-30.

Annexes

Annexe 1 : Marguerite des compétences en médecine générale



Recueil de consentement pour l'analyse des grilles d'analyse du GEP « savoir dire non ».

Cher(e) co interne,

Vous avez assisté au GEP 8 Savoir dire non : patient pharmaco-dépendant, demande induë.

Dans le cadre de mon travail de thèse, dirigé par le Dr Yann Brabant , nous avons besoin d'analyser le plus possible de grilles d'écriture et d'analyse de situation.

Votre grille sera d'abord anonymisée, analysée et conservée uniquement le temps de l'étude.

Si vous le consentez, je vous invite à la remplir avec le plus grand soin et à me la faire parvenir au plus tôt à l'adresse mail suivante : alice.guilbot02@etu.univ-poitiers.fr.

Pour permettre l'analyse, 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 : _____

Rayez la mention inutile :

J'accepte

Je n'accepte pas

Signature : _____ (Nom, prénom)

Votre soutien pour réaliser ma thèse m'est précieux, merci d'avance de prendre quelques minutes pour me transmettre votre grille et ce formulaire de consentement (des photos conviennent).

Bien à vous

Alice Guilbot

Grille d'écriture et d'analyse de situation de soins tous GEP

* A déposer une fois remplie sur votre *PORTFOLIO*.

GEP ou S n°	Nom: 20....	Prénom:	Promotion:
Compétences			
Objectifs de l'enseignement			
Le récit de votre situation de soins (avant la séance)			
Le contexte et le motif de la consultation			
Les données biomédicales			
Les données psychologiques			
Les données socio-environnementales			
Le diagnostic de situation			
La décision prise (EBM)			
L'analyse et la synthèse de votre situation de soin (avant la séance) :			
Points forts de la gestion de la situation	<i>Valorisez-vous, vous avez sûrement fait des choses très bien</i>		
Difficultés ressenties	<i>Détaillez ce que vous avez ressenti</i>		

Ressources mobilisées pour résoudre les difficultés en situation	<i>Consultation étudiant : antibioclic / CRAT / HAS, etc... Avis du MSU Autoformation (la pertinence peut être critiquée)</i>
Difficultés persistantes en rapport avec le thème de la séance	<i>C'est ce que le groupe va vous aider à résoudre</i>
Apports de la séance d'enseignement (pendant la séance)	
Apports de l'échange autour de la situation travaillée en séance	<i>Que votre situation ait été présentée ou non... Ecrire les propositions de vos pairs qui permettraient de résoudre tout ou partie de vos difficultés. En quoi les échanges avec vos pairs vous apportent des réponses aux problèmes rencontrés dans votre situation de soin ? En quoi modifie-t-il votre analyse et/ou votre prise de décision pour votre situation de soin ? Il est possible de critiquer la pertinence de celles-ci si elles ne sont pas adaptées.</i>
Nouvelles ressources apportées par les animateurs	<i>En quoi le diaporama vous apporte des réponses aux problèmes rencontrés dans votre situation de soin ? En quoi modifie-t-il votre analyse et/ou votre prise de décision pour votre situation de soin ?</i>
Modifications de la pratique (après la séance)	
Ressources mobilisées au décours du GEP - autoformation	<i>Ce sont les questions en suspens à l'issue du GEP, et leurs réponses. Ecrire le résultat de vos recherches, les références bibliographiques. Il est possible de critiquer la pertinence de celles-ci si elles ne sont pas adaptées.</i>

Synthèse : ce qui peut modifier ma pratique	<p><i>Recontextualiser dans cette case. Dire ce que vous feriez si vous étiez à nouveau dans la même situation en fonction de ce que vous avez appris, de la progression de vos compétences.</i></p> <p><i>Insistez sur ce qui diffère par rapport à la situation vécue.</i></p> <p><i>Détaillez au maximum en décrivant ce que vous auriez fait ou dit au patient, par exemple, j'aurai pu :</i></p> <p><i>lui poser des questions dénuées de jugement « que mangez-vous le midi au travail ? », « Que savez-vous de votre maladie » « Connaissez-vous les complications possibles de votre maladie »</i></p> <p><i>téléphoner à un spécialiste : donner un nom en exemple, son numéro ;</i></p> <p><i>faire un signalement ou un certificat : le rédiger et dire comment le transmettre</i></p>		
Evaluation de la pertinence de la grille par le responsable pédagogique (Maître de stage en cours)	Novice	Intermédiaire	Compétent
	Date	Service, Nom, Prénom :	
<p><i>Suggestion :</i></p> <p><i>Écriture d'une nouvelle situation de soins qui témoigne de l'intégration des ressources mobilisées dans votre pratique quotidienne</i></p> <p><i>(vous permet de mémoriser une situation rencontrée ultérieurement, utile à l'écriture du mémoire)</i></p>			

Les grilles anonymisées sont disponibles à ce lien : <https://urlz.fr/gPbh>.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



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

Contexte : Les internes de médecine générale participent au groupe d'échanges de pratiques « savoir dire non » au cours de leur 3^e année d'internat.

Objectif : Analyser les apports déclarés du GEP « savoir dire non ».

Méthodes : Etude qualitative par analyse documentaire des grilles de situations des internes de médecine générale de Poitiers. Analyse phénoménologique interprétative.

Résultats : Les internes ont fait ressortir l'ensemble des apports du GEP à travers leur grille, comme savoir repérer son propre comportement pour améliorer la communication avec son patient. Savoir écouter la demande et explorer les représentations tout en gardant une attitude empathique, amène à répondre au mieux à la demande. Adopter un comportement assertif, et non agressif ou passif, et apprendre à dire non avec sérénité permet d'établir une meilleure relation médecin-patient mais aussi de se préserver du risque de burn out. Des techniques de communication pour rester dans le refus ont été données par les enseignants comme la technique du disque rayé. La notion de refuser dans l'intérêt du patient ainsi que l'aspect non-verbal de l'assertivité n'ont pas été retrouvés dans les grilles. Il serait pertinent de prendre en compte ces deux aspects dans les objectifs d'apprentissage du GEP.

Conclusion : Il serait intéressant d'étudier le refus du point de vue des patients. Corréler nos résultats à l'étude similaire portant sur le GEP « patient insatisfait et revendicateur » peut faire l'objet d'une prochaine recherche. Des études de comparaison sur l'efficacité des GEP à d'autres techniques d'apprentissage seraient pertinentes.

Mots clés : Internat et résidence / Médecine générale / Relation médecin-patient / Enseignement

Keywords : Internship and residency / General practice / Physician-patient relation / Teaching