

UNIVERSITE DE NANTES

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2009

N° 17

THESE

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE GÉNÉRALE**

par

*Typhaine Riaudel*

*née le 11 Février 1980 à Fougères*

---

Présentée et soutenue publiquement le *25 mai 2009*

---

ETUDE DESCRIPTIVE ET ANALYTIQUE DE LA GESTION DE LA  
COMPLEXITE PAR DES INTERNES EN STAGE AUTONOME EN  
SOINS PRIMAIRES AMBULATOIRE SUPERVISÉ (SASPAS)

---

Président : Monsieur le Professeur Jacques BARRIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre POTTIER

Membres du Jury : Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE

Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON

Monsieur le Docteur Cédric RAT

ETUDE DESCRIPTIVE ET ANALYTIQUE DE LA GESTION DE LA COMPLEXITE PAR DES INTERNES EN STAGE AUTONOME EN SOINS PRIMAIRES AMBULATOIRE SUPERVISÉ (SASPAS)
--

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE 1 : DÉFINITION DE LA COMPLEXITÉ.....	7
A. Définition de la complexité.....	7
B. La Complexité et la Médecine Générale.....	8
C. La Complexité et l’interne en SASPAS.....	10
CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE DE L’ETUDE.....	14
A. Le choix des méthodes.....	14
B. Public cible.....	14
C. Construction du questionnaire.....	15
D. Les entretiens semi dirigés.....	17
a. Population ciblée.....	17
b. Le déroulement de l’entretien.....	17
c. La méthode d’analyse des entretiens : l’analyse thématique.....	19
CHAPITRE 3 : LES RESULTATS.....	20
A. L’analyse descriptive quantitative.....	20
a. Caractéristiques des internes en SASPAS.....	20
1. Sexe et âge.....	20
2. Expérience de remplacement en médecine libérale.....	20
b. Concernant le mode d’exercice des internes en SASPAS.....	20
c. Caractéristiques des patients.....	21
1. Age et sexe.....	21

2. Motif de la première consultation.....	22
3. Prise en charge du problème en cours.....	22
d. Caractéristiques de la situation complexe.....	23
1. Le problème diagnostic ou thérapeutique.....	23
2. Les disciplines concernées dans le problème en cours....	23
e. Description de la complexité de la situation.....	23
B. L'analyse qualitative.....	26
a. Catégorisation et thématization.....	27
1. Catégorisation longitudinale.....	27
2. Catégorisation transversale.....	27
3. Thématization.....	28
b. Interprétation.....	29
1. La complexité des sciences médicales.....	29
2. La complexité pendant la consultation .....	30
3. L'expression des sentiments de l'interne.....	32
4. La complexité liée aux patients.....	36
5. La complexité liées aux accompagnants.....	38
CHAPITRE 4 : DISCUSSION .....	40
1. L'étude qualitative.....	40
2. L'étude quantitative.....	46
3. Confrontation des résultats des deux études.....	47
CONCLUSION.....	49
REFERENCES.....	50
ANNEXES.....	54
Annexe 1 : Typologie des problèmes à résoudre en situation professionnelle.....	54
Annexe 2 : Présentation du questionnaire.....	55
Annexe 3 : Organisation de l'analyse.....	58
Tableau III : Premières catégorisation en analyse longitudinale.....	58

Tableau IV : Seconde catégorisation après analyse transversale.....	61
Tableau V : Première thématization.....	63
Tableau VI : Complexité des sciences médicales.....	65
Tableau VII : Complexité liée à l'évolution de la consultation.....	66
Tableau VIII : Le point de vue complexe de l'interne.....	67
Tableau IX : Complexité liée au comportement du patient.....	69
Tableau X : Complexité liée aux familles.....	71
Annexe 4 : Les entretiens semi dirigés.....	72

## INTRODUCTION

Depuis le XVI<sup>ème</sup> siècle, l'approche rationaliste de la connaissance s'est basée sur les certitudes que la science avait pour but de construire. Mais par la suite, les scientifiques contemporains ont introduit des notions d'incertitude telle que la théorie de l'incertitude d'Heisenberg (1), d'imprévisibilité, et de complexité (influence de l'observateur sur l'observé).

On peut en dire autant de la science médicale. Dès lors, l'approche de la connaissance médicale se doit d'intégrer des points de vue généraux et de considérer l'être humain dans sa globalité plutôt que de le décomposer en différentes parties fonctionnelles. Mais cette approche de la connaissance par la globalité est complexe car difficilement maîtrisable par l'esprit même si elle semble plus pragmatique. A l'opposé, la décomposition de l'être humain rend plus aisée la compréhension de son fonctionnement mais l'éloigne du réel.

Edgar Morin donne un sens à la connaissance complexe : "La complexité est dans l'enchevêtrement qui fait que l'on ne peut pas traiter les choses partie à partie, cela coupe ce qui lie les parties, et produit une connaissance mutilée. Le problème de la complexité apparaît encore parce que nous sommes dans un monde où il n'y a pas que des déterminations, des stabilités, des répétitions, des cycles, mais aussi des perturbations, des tamponnements, des surgissements, du nouveau. Dans toute complexité, il y a présence d'incertitude, soit empirique, soit théorique, et le plus souvent à la fois empirique et théorique."

Au cours de sa vie professionnelle, le médecin généraliste tente d'approcher cette connaissance complexe de l'être humain et de ses pathologies en considérant le patient dans sa globalité. Parmi les onze compétences du médecin généraliste définies en tant qu'objectifs du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) par l'Organisation mondiale des généralistes (la WONCA, World Organization of National Colleges, Academies and

Academic Associations of General Practitioners), certaines illustrent particulièrement ce souci permanent de prise en compte de la complexité. Il est notamment demandé aux futurs médecins généralistes de savoir établir une prise en charge globale (biomédicale, psycho-comportementale, économique et sociale) centrée sur le patient dans le temps (situations d'urgence et suivi chronique) et l'espace (culture et religion, famille, groupe social), de savoir instaurer une communication appropriée avec le patient et son entourage, de savoir prendre une décision adaptée aux besoins et au contexte, fondée sur un travail en équipe, de participer à des actions de santé publique et de savoir assurer la gestion du cabinet médical.

Au cours du D.E.S. de Médecine Générale, l'interne en formation a l'opportunité de se professionnaliser lors d'un stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SASPAS). Ce SASPAS est un véritable outil dans l'apprentissage de la complexité médicale et humaine car il permet à l'interne de travailler dans les mêmes conditions qu'un médecin généraliste et donc de se familiariser avec les compétences attendues d'un médecin généraliste.

Dans cette étude nous allons tout d'abord donner une définition de la complexité que nous tenterons d'appliquer à la médecine. Dans un second chapitre, nous détaillerons la méthodologie choisie, basée sur une analyse descriptive des situations complexes vécues par des internes en SASPAS pendant 6 mois et sur une analyse qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés portant sur la complexité. Enfin, dans une troisième partie, nous discuterons des résultats des deux études et les comparerons avant de reprendre en conclusion les principales idées dégagées par ce travail.

## CHAPITRE 1 : DÉFINITION DE LA COMPLEXITÉ

### A. Définition de la complexité:

Dans le dictionnaire Petit Robert 2006 (2), la complexité est définie comme la difficulté liée à la multiplicité des éléments et à leurs relations.

Pour l'astrophysicien Hubert Reeves (3) : «un système complexe contient à la fois des instructions essentielles (caractéristiques du but à atteindre) et des instructions contingentes (assurant son individualité et sa variété).»

Le philosophe Blaise Pascal (3) donne son idée de la complexité : «Je tiens pour impossible de connaître les parties en tant que parties sans connaître le tout, mais je tiens pour non moins impossible de connaître le tout sans connaître singulièrement les parties.»

Le théoricien Edgar Morin (4) dans son livre «L'introduction à la pensée complexe», tente également de donner une définition de la complexité. Il explique celle-ci sur le plan scientifique comme un phénomène quantitatif, une extrême quantité d'interactions et d'interférences entre un très grand nombre d'unités, associées à des incertitudes, des indéterminations et des phénomènes aléatoires. Pour lui, la complexité est un mélange d'ordre, de désordre et d'organisation, qui a toujours à faire avec le hasard.

Pour l'illustrer, comparons les caractéristiques d'un système complexe et d'un système compliqué (5). Un système compliqué tel qu'un microprocesseur, est une somme d'éléments autonomes et fiables, chaque élément constitutif s'avérant plus fiable que le système lui-même. Son organisation est inerte et non évolutive. Il est insensible au milieu extérieur et n'agit pas non plus sur lui.

A l'opposé, un système complexe comme une fourmilière par exemple, est constitué d'éléments interdépendants, peu fiables entre eux (qui n'a jamais perçu la fragilité de

l'existence d'une fourmi ?). L'ensemble du système est en revanche d'une grande fiabilité, car il tend à assurer son autonomie et s'auto organiser (ex : création de plusieurs couveuses pour les œufs). De même, un système tel qu'une fourmilière interagit avec l'extérieur, en effet, elle a la capacité de s'adapter au milieu extérieur qui est en constant changement (notamment en climats tempérés) et plus encore elle est capable de modifier le milieu pour un meilleur développement.

Considérant ces critères de définition de la complexité, l'être humain s'identifie parfaitement à un tel système.

Comme le dit E. Morin (4), l'être humain (système complexe) et en particulier le cerveau humain possède une certaine supériorité sur un système informatique ou microprocesseur (système compliqué inerte). En effet, le cerveau humain est capable de travailler avec de l'insuffisant et du flou. Il accepte l'ambiguïté et les phénomènes complexes comme par exemple la créativité d'un artiste. Dans ces situations complexes, il a été démontré que l'homme utilise des modes de raisonnement qui, non seulement, ne suivent pas la logique classique mais qui, même s'ils présentent de nombreux biais, ont été reconnus comme parfaitement efficaces (6).

On peut donc considérer l'être humain comme un système complexe, qui est doté d'une ouverture d'esprit et d'une intelligence capable d'admettre la notion de complexité et de tenter de la comprendre...

Le psychologue Alain Bochud (3) simplifie la définition d'Edgar Morin sur la pensée complexe. La pensée complexe s'explique selon 3 principes : 1) le principe dialogique qui maintient la dualité au sein de l'unité, en associant deux termes à la fois complémentaires et antagonistes (la vie et la mort). 2) le principe récursif, selon lequel tout ce qui se produit revient sur ce qui le produit (un tourbillon), et 3) le principe hologrammatique selon lequel le tout est dans la partie qui est dans le tout (la cellule et l'organisme).

## B. La Complexité et la Médecine Générale.

On peut rapporter cette notion de complexité à la médecine et aux situations « complexes » en médecine générale.

En Médecine Générale, il est nécessaire de raisonner dans la globalité. La Médecine Générale ne peut être considérée comme un système composé de fragments de chaque spécialité ainsi que certains ont voulu la définir (7). Elle repose sur un modèle global, centré sur le patient, ouvert sur l'extérieur, considérant la maladie comme l'ensemble ou la résultante de facteurs organiques, humains et environnementaux. Ce modèle global intègre des fonctions spécifiques: le premier recours, la prise en charge globale, la continuité et le suivi, la coordination des soins et le rôle de santé publique.

Elle considère aussi l'être humain comme un système complexe entier et global composé de multiples unités fonctionnelles interagissant entre elles et avec l'extérieur.

L'être humain est un être complexe auquel une situation pathologique peut être associée, ce qui vient encore compliquer sa propre complexité. En effet, la plupart des pathologies touchant l'homme ont toutes les caractéristiques de la complexité, il en résulte des contradictions et des incertitudes qui doivent absolument être prises en compte dans l'apprentissage et la compréhension de leurs mécanismes physio-pathologiques. Comme le dit E. Morin, l'acceptation de la complexité, c'est l'acceptation d'une contradiction. On comprend donc que la complexité fait partie du travail quotidien des médecins dont la tâche est la prise en charge diagnostique et thérapeutique globale des patients.

Qu'en est-il des situations pathologiques complexes? D'après King PM, Kitchener KS (8), on peut distinguer un problème simple (well structured problem) d'un problème complexe (ill structured problem) grâce aux notions suivantes : Dans un problème complexe, tous les indices nécessaires à la résolution du problème ne sont pas disponibles d'emblée, le problème se modifie au cours de son investigation en raison de l'évolutivité de la maladie et des décisions prises qui modifient l'évolution de la maladie. Un problème complexe ne peut être résolu avec un haut degré de certitude et la solution n'est pas standardisée, ni unique. Enfin, dans un problème complexe, les experts du domaine considéré sont en désaccord quant à la meilleure solution à mettre en œuvre. (cf. annexe 1).

Dans de nombreux ouvrages (9 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13), il est question des motifs de recours en Médecine Générale. Ces motifs ont été catégorisés et analysés. Notamment, O.Kandel dans un article d'une revue de médecine générale (14) a identifié plusieurs indicateurs pour qualifier différents types d'actes en médecine générale. Sur 3142 consultations vues par 23 généralistes pendant 10 jours, le nombre de diagnostics par consultation et de recours à un avis spécialisé étaient respectivement de 2,2 et de 6%.

Dans les statistiques du CREDES (Expertise et Assistance Technique pour le Développement de la Santé dans le monde) publiées en 1994 (15), sur l'ensemble des médecins en France et parmi le nombre de motifs pour 100 séances, le motif « symptômes et états morbides mal définis » était de 6,5% pour les généralistes, 3,2% pour les spécialistes et 5,6% pour l'ensemble.

Dans « Actes et fonctions du médecin généraliste » J.L.Gallais (16) écrit que 29,4% des patients adressés au spécialiste par le médecin généraliste requéraient un avis diagnostique, 22,1% un avis thérapeutique, 22,4% d'un avis diagnostique et thérapeutique et 26,1% une demande de prise en charge globale. A noter que les avis diagnostiques et thérapeutiques sont majoritairement demandés auprès des spécialistes de ville et que les besoins de prise en charge globale correspondent dans 34,2% à des hospitalisations.

Il apparaît donc que le recours au spécialiste par le médecin généraliste n'est pas si fréquent mais qu'il a pour objectif de répondre à une problématique qu'on pourrait qualifier de complexe d'ordre diagnostique et /ou thérapeutique.

Le Pr Pierre FERRU (17) membre de la société française de médecine générale (SFMG) a intégré la « loi de répartition régulière des cas » en médecine générale. Il a ainsi expliqué que selon la loi des séries, un praticien verra deux infarctus en un mois et n'en verra plus pendant 2 ans. En d'autres termes, les situations cliniques les moins fréquentes sont observées au moins une fois tous les 3000 cas, à peu près une fois par an.

### C. La Complexité et l'interne en SASPAS

Durant ses six semestres obligatoires d'internat de médecine générale, l'interne doit réaliser une maquette pour valider son DES (Diplôme d'Études Spécialisées) de médecine générale. Celle-ci comporte un semestre de pédiatrie/gynécologie, d'urgence, de médecine hospitalière adulte, d'un semestre dans un CHU (centre Hospitalier Universitaire), et d'un semestre chez un ou plusieurs praticiens généralistes libéraux. Lors de ce premier stage chez un ou plusieurs médecins généralistes, l'interne découvre et se familiarise avec la médecine générale en libéral. Il doit notamment être capable de :

- s'approprier les éléments spécifiques de la démarche en médecine générale,
- assurer des consultations conjointes avec un maître de stage,
- assumer la prise de responsabilités médicales sous supervision,
- identifier les enjeux de la relation médecin-patient,
- prendre les décisions diagnostiques, thérapeutiques et médico-administratives adaptées au patient,
- effectuer les gestes techniques utiles,
- coordonner l'intervention éventuelle d'autres acteurs de santé,
- acquérir les compétences nécessaires au remplacement.

Durant sa dernière année d'internat, l'interne peut bénéficier à sa propre initiative d'un semestre professionnalisant en médecine générale libérale. Il s'agit du SASPAS: stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé. Au cours de ce stage, l'interne est en totale autonomie pendant la journée de consultation et rend compte des consultations à son maître de stage. Les objectifs pédagogiques du SASPAS sont les suivants :

- être confronté aux demandes de prise en charge en médecine ambulatoire et aux décisions qu'elles impliquent,
- se familiariser avec l'analyse des difficultés rencontrées et l'élaboration des solutions qui permettent d'y remédier,

- prendre en charge des patients dont la situation relève d'un suivi au long cours (affections chroniques, affections évolutives, grossesses, nourrissons...)
- participer à l'organisation matérielle d'un cabinet et à sa gestion, d'appréhender son contexte administratif et les exigences qui en découlent dans l'exercice quotidien,
- établir des contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier dans le cadre de réseaux de soins,
- participer à l'organisation d'actions collectives de prévention en médecine scolaire, PMI...

Ce stage SASPAS est véritablement un semestre de professionnalisation permettant à l'interne de se préparer à sa future pratique tandis que le stage chez le praticien fait le lien entre l'observation et l'initiation à la profession.

L'interne en médecine générale doit également fournir un travail personnel pendant ses six semestres : le récit de situation complexe et authentique (RSCA), travail obligatoire pour la validation du DES Médecine Générale. Les RSCA ont pour objectif d'identifier les capacités réflexives de l'interne, en décrivant la gestion d'une situation complexe, en analysant les problématiques posées par la situation et sa prise en charge, en déterminant les objectifs d'apprentissage et en faisant la synthèse de ses différentes étapes. Ces RSCA sont donc des outils d'apprentissage et d'évaluation de la prise en charge globale et complexe par excellence, particulièrement adaptés au SASPAS (cf. objectifs pédagogiques du SASPAS cités ci-dessus).

Une étude réalisée par une interne en SASPAS (18), évaluant les motifs de recours en consultation dans un cabinet de deux médecins généralistes pendant six mois, soit 42 jours de travail et 579 consultations, a montré que l'interne de SASPAS prenait en charge les principales situations cliniques habituellement rencontrées en médecine de ville. En réalisant en moyenne 13 consultations par jour (18 pour les médecins généralistes), elle a montré que l'interne travaillait dans des conditions identiques aux médecins généralistes. L'interne de SASPAS rencontre des patients plus jeunes que ceux des médecins généralistes remplacés et des femmes dans 60% des cas ce qui peut s'expliquer par le fait que l'étude en question était réalisée par une femme. Par ailleurs, elle montre que l'interne en SASPAS serait confronté à des pathologies plus aiguës que les deux médecins installés. Au cours de

son étude, l'interne a, en effet, pris en charge plus de 35% de pathologies aiguës contre 24% pour les médecins généralistes du même cabinet. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les rendez-vous sont pour la plupart pris au cours de la journée et donc concernent souvent des pathologies aiguës. Pour la même raison, la prise en charge des pathologies chroniques occupe en général plus de 43% des consultations d'un médecin généraliste, alors que l'interne n'en a vu que 14%. Cette étude conclut que ce stage est particulièrement formateur et fortement professionnalisant. Il faut cependant être prudent quant à une généralisation de ces résultats à la pratique d'un jeune médecin généraliste car l'interne en SASPAS n'est ici présent que 2 jours par semaine dans le cabinet.

A notre connaissance, aucune étude ne concerne des situations difficiles vécues par les internes en SASPAS. Même s'ils sont moins présents dans le cabinet que le médecin généraliste et surtout confrontés à des pathologies aiguës, il nous semble probable qu'ils soient exposés au moins une fois à une situation clinique complexe qu'ils devront gérer. C'est ce que nous allons explorer dans ce travail au travers d'une analyse descriptive en nous intéressant tout particulièrement à leur ressenti face à la problématique et en cherchant à préciser leur appréhension de la complexité au moyen d'entretiens semi dirigés.

L'objectif de notre étude est donc d'analyser la fréquence, la prise en charge des situations complexes non urgentes par les jeunes internes en SASPAS et d'appréhender les caractéristiques de la complexité au moment de la gestion de ces situations difficiles.

## CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

### A. Le choix des méthodes

Pour appréhender la complexité à partir de l'expérience des internes en SASPAS, nous avons utilisé deux approches méthodologiques : 1) une méthode quantitative par la création et l'administration d'un questionnaire, 2) une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés.

La méthode quantitative a été choisie pour permettre de porter un regard descriptif sur l'objet de notre travail, tandis que la méthode qualitative avait pour finalité d'orienter notre recherche vers l'analyse du sens de la complexité telle qu'elle a été vécue par les participants.

### B. Public cible:

Les internes en médecine générale changent de terrain de stage tous les six mois. Le choix des stages se fait en général un mois avant le début du stage suivant et dans un ordre établi, par promotion et par classement au concours national classant en sixième année d'études médicales. Au mois d'avril 2008, dix internes ont donc choisi de réaliser un SASPAS pour le semestre de mai à octobre 2008.

Nous avons alors systématiquement rencontré chaque interne inscrit pour le SASPAS au mois d'avril 2008. L'objectif de cette rencontre était dans un premier temps de leur exposer le sujet de notre thèse. Après avoir obtenu leur accord, nous leur avons expliqué que, pour participer à notre étude, ils devaient remplir un questionnaire pour chaque situation complexe vécue pendant leur semestre en SASPAS. Les dix internes étaient

parfaitement libres de répondre ou non à un ou plusieurs questionnaires, il n'y avait évidemment aucun caractère obligatoire dans notre demande.

Après avoir contacté chacun des dix internes, nous avons pu communiquer avec eux par courrier électronique afin de préciser les modalités de remplissage et d'envoi en ligne du questionnaire. Enfin, un modèle de questionnaire a été envoyé à chacun des internes.

### C. Construction du questionnaire

Nous avons déterminé une partie des items du questionnaire à partir des éléments de la complexité décrits en Médecine Interne par P.Pottier (5) en l'absence de données disponibles en Médecine Générale.

Le questionnaire a été construit grâce au logiciel « Sphinx » et envoyé par internet directement sur la boîte électronique personnelle des dix internes. Le questionnaire se remplissait en ligne et il suffisait de le renvoyer à l'adresse d'envoi.

Le questionnaire, présenté dans son ensemble en annexe 2, était constitué de 4 parties détaillées ci-dessous.

Concernant l'interne, les renseignements suivant étaient demandés :

- son âge,
- son sexe,
- son expérience de remplacement en médecine générale,
- son mode d'exercice en SASPAS, seul ou en association,
- son secteur d'activité en SASPAS : urbain, semi-rural ou rural,
- le nombre de consultations par jour : moins de 10, de 10 à 25, ou plus de 25 consultations par jour,
- la proximité d'un centre hospitalier : moins de 20km, de 20 à 50km ou plus de 50km.

Cette partie se terminait par une question ouverte sur le nombre de situations complexes auquel chaque interne avait été confronté pendant son semestre SASPAS.

Concernant le patient, nous sollicitons les renseignements suivants :

- l'âge,
- le sexe,
- le motif de la première consultation par une question ouverte.

Concernant le problème en cours, nous demandions :

- s'il s'agissait du premier médecin consulté,
- si le médecin traitant avait-il été consulté pour le problème en cours,
- si le patient avait-il consulté un spécialiste pour le problème en cours,
- si le patient avait-il été hospitalisé,

Enfin, concernant la situation complexe, nous demandions :

- s'il s'agissait d'un problème diagnostique, thérapeutique ou de gestion des examens complémentaires,
- s'il s'agissait d'un problème pluridisciplinaire et quelles étaient les disciplines concernées.

Dans la dernière partie du questionnaire, nous avons pour objectif de faire préciser la problématique diagnostique ou thérapeutique en utilisant une échelle de Likert pour les réponses.

En première question, dans l'hypothèse où l'interne considérait que la complexité portait sur un problème diagnostique, il devait préciser si elle était liée à :

- l'intrication de plusieurs pathologies,
- un diagnostic inconnu,

- l'absence de diagnostic précis,
- l'intrication de plusieurs médicaments,
- la participation de troubles psychiatriques,
- plusieurs hypothèses possibles,
- la nécessité d'un avis spécialisé.

En deuxième question construite sur le même mode, dans l'hypothèse où l'interne considérait que la complexité portait sur un problème thérapeutique, il devait préciser si elle était liée à :

- l'échappement ou l'absence de solution thérapeutique,
- la lourdeur du traitement,
- une efficacité thérapeutique partielle,
- la fragilité du terrain,
- un traitement relevant de la compétence d'un autre spécialiste,
- la rareté de la maladie,
- des complications iatrogènes,
- l'inobservance du patient ou l'éducation difficile du patient.

#### D. Les entretiens semi dirigés

##### a. Population ciblée

Nous avons sélectionné quatre internes parmi les six internes femmes intéressées pour réaliser avec chacune un entretien. Pour des raisons de facilité d'accès à l'information, les entretiens ont été respectivement réalisés à Sautron (44), Gorges (44) et Nantes (44). Les

rendez vous ont été rapidement pris selon la disponibilité des internes et ont été fixés les 16 et 18 décembre 2008, puis le 5 mars 2009.

#### b. Le déroulement des entretiens

Les rencontres se sont faites au domicile de chaque interne dans un endroit calme et silencieux pour donner un caractère confidentiel aux entretiens. Chaque entretien a été enregistré sur un support sonore au moyen d'un enregistreur.

Selon les critères méthodologiques de l'entretien semi-dirigé (19 ; 20 ; 21), l'enquêteur devait chercher à motiver la personne sollicitée, accrocher son intérêt et la mettre en confiance en développant une attitude d'écoute et en utilisant si besoin des relances de type ericksonniennes (ce type de relance bien connu des chercheurs en Sciences Humaines a été initialement utilisé dans l'hypnose inventée par Erickson au XXème siècle). L'induction éricksonienne consiste à enchevêtrer des suggestions dans le discours de l'interviewé, dont les formules banales deviennent des suggestions par un changement d'intonation. Le déroulement de l'entretien a initialement été présenté à l'interne. Il a été demandé à l'interne de choisir une situation complexe vécue lors de son SASPAS et ayant fait l'objet d'un questionnaire. Ensuite, l'interne a été invité à décrire la situation clinique puis à expliquer en quoi cette situation a été complexe pour lui. Enfin, des questions complémentaires sur la complexité lui ont été posées.

L'enquêteur débutait l'entretien par la phrase suivante : « Nous allons discuter de la situation complexe à laquelle tu penses avoir été confrontée. En quoi cette situation a-t-elle été problématique ? »

L'interne répondait librement, puis lorsque son propos était terminé, l'enquêteur lui soumettait les questions suivantes :

-« Considères tu que ton intervention clinique ainsi que les moyens complémentaires entrepris ont modifié la problématique et en quoi ? »

-« Penses-tu avoir modifié ta façon de faire dans ce cas précis par rapport à tes notions théoriques sur le sujet ? Aurais-tu pu agir différemment devant un autre patient présentant le même problème ? Pourquoi ? »

-« Comment la problématique a-t-elle évoluée au cours de ta prise en charge ? Cette évolution a-t-elle modifié ta façon de voir le problème ? »

-« A quel degré de certitude concernant le problème te situais-tu au moment de ta prise en charge ? Peux tu identifier les facteurs qui ont générés cette incertitude ? »

-« Un autre praticien aurait-il pu agir différemment ? Aurait-t-il pu conclure à une hypothèse différente de la tienne ? Pourquoi ? »

-« Finalement, au terme de ta prise en charge, as-tu envisagé une ou plusieurs solutions ? Qu'est ce qui a influencé ta prise de décision ? »

c. La méthode d'analyse des entretiens : l'analyse thématique.

L'analyse de type logico-sémantique (20) est une opération intellectuelle de catégorisation le plus souvent sans grille théorique préalablement construite, dans le but de faire émerger le sens sans idée préconçue à son sujet. Il s'agit de transposer un texte donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce en rapport avec la problématique. Comme le dit L. Bardin (19) : « l'analyse vise à prendre en considération la totalité d'un texte pour le passer à la moulinette de la classification et de dénombrement par fréquence d'items de sens ».

La première étape de cette analyse a donc consisté en une saisie longitudinale de l'ensemble des thèmes pertinents de la totalité du corpus (tous entretiens confondus). Au cours de la seconde étape, les thèmes récurrents ont été repérés et regroupés.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits sur un support informatique formant le corpus. L'unité d'analyse doit toujours être préalablement définie dans une analyse qualitative. Elle correspond à la précision de l'analyse que l'on veut choisir (appelée parfois grain d'analyse). Cette précision peut être très variable selon les objectifs du chercheur. L'unité d'analyse peut en effet varier du mot du corpus (analyse linguistique), au paragraphe (descriptif versus narratif par exemple dans une analyse structurale). L'unité d'analyse retenue ici est l'unité de sens conformément au type d'analyse que nous avons voulu conduire (analyse logico-sémantique).

Pour chaque entretien, plusieurs catégories ont été distinguées. Puis comme précisé ci-dessus, ces catégories ont été regroupées par grandes thématiques.

Enfin, une analyse transversale du corpus a été réalisée en recherchant dans chaque entretien ce qui se référait à chacun des thèmes. L'objectif de cette étape était de rechercher une cohérence thématique inter-entretien sur le sujet de la complexité.

### **CHAPITRE 3 : LES RÉSULTATS**

#### A. Résultats de l'analyse descriptive quantitative.

L'analyse statistique porte sur quinze questionnaires. En effet, parmi les dix internes ayant choisi un SASPAS pour le semestre de mai à octobre 2008, et contactés au mois d'avril 2008, seuls six (uniquement des femmes) ont répondu à au moins un questionnaire. Trois internes ont répondu à trois questionnaires chacune, une interne a répondu à quatre questionnaires et deux internes n'ont été confrontées qu'à une seule situation complexe. Nous n'avons pu entrer en contact avec les quatre autres malgré les multiples lettres et messages envoyés.

##### a. Caractéristiques des internes en SASPAS.

###### 1. Age et sexe :

Sur les dix internes intéressés par notre étude (un homme et neuf femmes), six ont répondu à un ou plusieurs questionnaires. Il s'agissait de six femmes qui avaient entre 27 et 28 ans.

###### 2. Expériences de remplacement en médecine libérale :

La moitié de ces femmes avaient déjà pratiqué des remplacements.

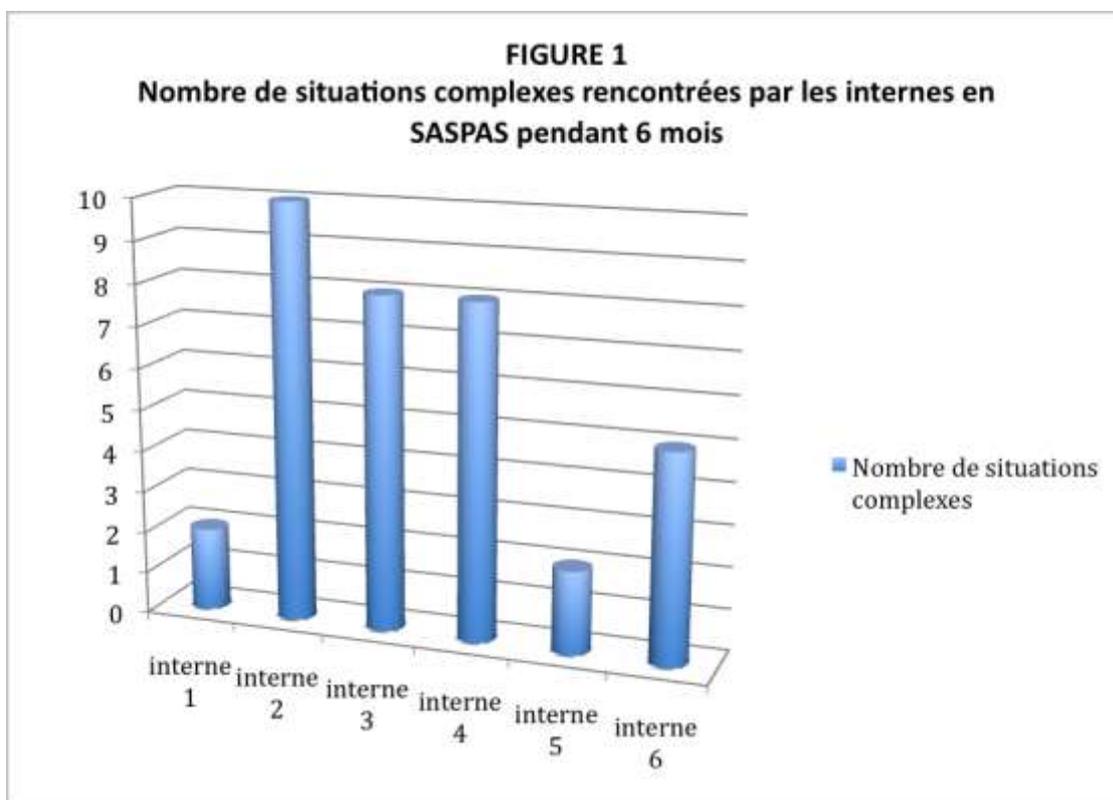
b. Concernant le mode d'exercice des internes en SASPAS :

Les six femmes internes pratiquaient dans un centre médical comprenant plusieurs médecins. Cinq d'entre elles réalisaient en moyenne entre dix et vingt-cinq consultations par jour. Une interne réalisait plus de vingt-cinq consultations par jour.

Une des internes travaillait en secteur urbain. Une interne travaillait en secteur rural et les quatre autres en secteur semi rural. Les 3 secteurs d'activité habituels de la Médecine Générale étaient donc bien représentés.

Dans 53, 3% des situations complexes rencontrées, la distance entre le cabinet concerné et le centre hospitalier le plus proche était comprise entre 20 et 50 km. Pour les situations complexes restantes, le centre hospitalier le plus proche était à moins de 20km.

Les internes ont vécu entre 2 et 10 situations complexes pendant leur SASPAS (figure 1). Sur la base de 579 consultations en 6 mois, observées dans une étude antérieure (18), on peut estimer l'incidence des situations complexes entre 0,62 et 3,10% pour notre étude.



### c. Caractéristiques des patients.

#### 1. Age et sexe

L'âge moyen des patients est de 49 ans avec des extrêmes allant de 11 à 80 ans. Parmi les 15 questionnaires relevés, 4 réponses concernaient des patients âgés de 40 à 49 ans et 5 des patients âgés de plus de 80 ans. Il s'agissait d'hommes dans 2/3 des cas.

#### 2. Motif de la première consultation.

Parmi les quinze questionnaires, on note quatorze motifs très polymorphes :

- dyspnée,
- Sécheresse ophtalmique,
- Hyperthermie, vomissements, impotence fonctionnelle de l'épaule droite,
- insomnie,
- Eruption cutanée,
- Eruption cutanée diffuse recouvrant tout le corps,
- Arrêt de travail, dépendance alcool,
- Eczéma des membres inférieurs,
- gonalgie,
- Douleur cheville gauche fébrile,
- Thrombopénie,
- Eruption, arthralgie, asthénie,
- Céphalées et syndrome dépressif,
- Œdème des membres inférieurs (deux fois).

#### 3. Prise en charge du problème en cours.

Parmi les quinze patients évalués, neuf d'entre eux n'avaient jamais consulté leur médecin traitant pour le présent problème. Donc dans 60% des cas, l'interne était le premier médecin consulté.

60% des patients avaient consulté plus de deux fois leur médecin traitant auparavant mais pas forcément pour le motif en cours (problème de compréhension de la question par les internes interviewées) sept patients n'avaient jamais consulté un spécialiste pour le problème en cours, deux patients avaient consulté une fois un spécialiste et six patients avaient consulté un spécialiste deux fois ou plus.

Huit patients sur les quinze avaient un antécédent d'hospitalisation.

Donc parmi les patients ayant déjà consulté leur médecin traitant pour le problème en cours, la moitié avait déjà consulté un spécialiste ou été hospitalisé.

#### d. Caractéristiques de la situation complexe.

##### 1. Le problème diagnostique ou thérapeutique.

Douze cas cliniques portaient sur un problème diagnostique. Dans les trois autres situations, il s'agissait d'un problème thérapeutique. Aucun cas n'a porté sur la difficulté de gestion des examens complémentaires.

##### 2. Les disciplines concernées dans le problème en cours.

On peut retenir l'algologie dans quatre situations, la cardiologie dans huit situations, la dermatologie dans deux situations et la psychiatrie dans deux situations.

A noter également que dans une seule situation, deux disciplines étaient concernées : la psychiatrie et la cardiologie.

#### e. Description de la complexité des situations observées.

Les internes ont estimé que la complexité du diagnostic était liée à :

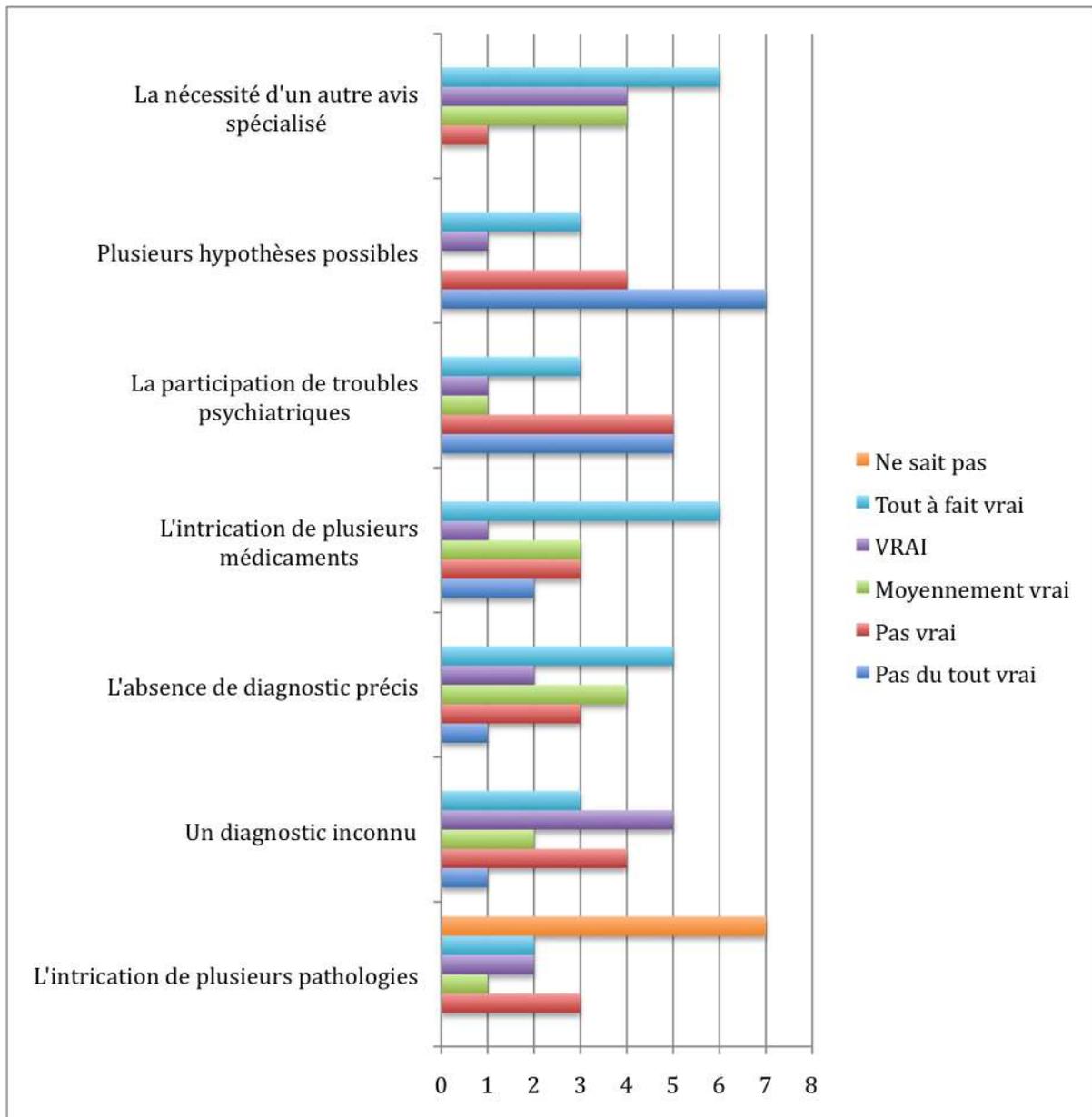
- **la nécessité d'un avis spécialisé** (14 réponses moyennement vrai et tout à fait vrai sur 15)
- **l'intrication de plusieurs médicaments** (10 réponses moyennement vrai et tout à fait vrai sur 15).
- **l'absence de diagnostic précis** (11 réponses moyennement vrai et tout à fait vrai sur 15)
- **un diagnostic inconnu** (10 réponses moyennement vrai et tout à fait vrai).

En revanche, la participation de troubles psychiatriques (seulement 3 tout à fait vrai, 1 vrai et 1 moyennement vrai) n'était pas considérée comme un élément important de la complexité de même que l'existence de plusieurs hypothèses possibles (7 réponses pas du tout vrai et 4 pas vrai).

L'intrication de plusieurs pathologies n'était pas réellement représentative de la complexité de la prise en charge diagnostique (3 réponses pas vrai, 5 réponses vrai, et 7 abstention de réponse).

(cf. tableau I)

#### TABLEAU I : LES ASPECTS DIAGNOSTIQUES DE LA COMPLEXITÉ



Les réponses portant sur les aspects thérapeutiques sont moins riches car 80% des situations difficiles concernaient des problèmes d'ordre diagnostique. Les internes ont répondu en grande majorité que la complexité de leur situation n'était pas du tout liée aux items proposés excepté celui de **l'échappement ou l'absence de solution thérapeutique** qui a recueilli 9 réactions positives.

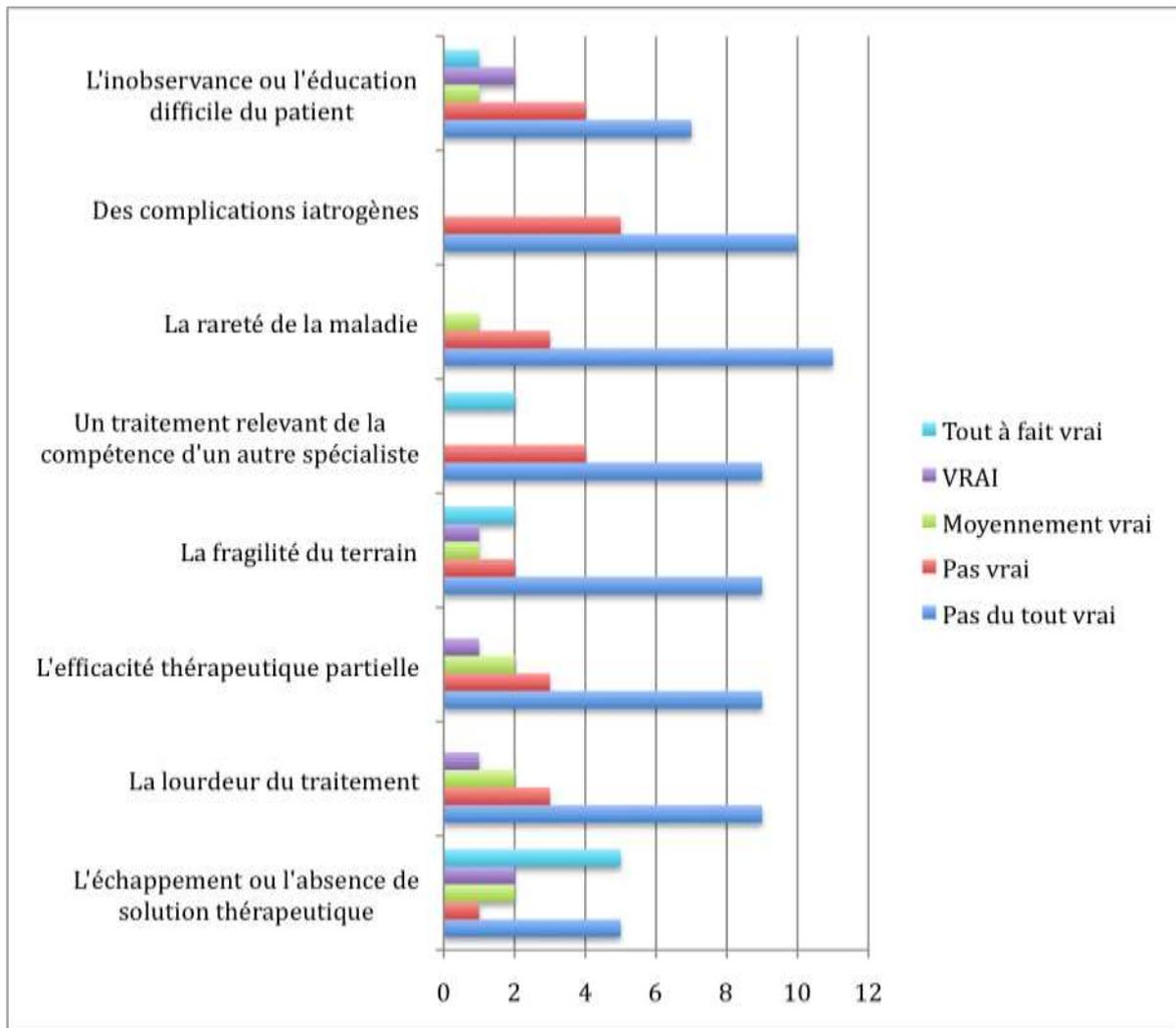
Pour seulement 4 situations, les items suivants ont compliqué la situation: inobservance éducation difficile du patient et fragilité du terrain.

Dans 3 situations, la lourdeur du traitement et l'efficacité thérapeutique partielle ont été rapportées comme d'authentiques éléments de la complexité.

Dans deux situations, un traitement relevant de la compétence d'un spécialiste a été considéré comme une source de difficultés pour les internes.

Enfin, la rareté de la maladie n'a été incriminée que dans une seule situation.(cf . tableau II)

## TABLEAU II : LES ASPECTS THÉRAPEUTIQUES DE LA COMPLEXITÉ



## B. Résultats de l'analyse qualitative :

Les entretiens ont duré respectivement 14, 16, 17 et 18 minutes. Nous avons utilisé différents moyens pour encourager les internes à parler avec notamment des relances de type ericksonniennes. De plus, certaines questions complémentaires ont été regroupées car elles entraînaient parfois des réponses redondantes.

Nous avons suivi les 3 phases de structuration de l'analyse de contenu décrites par L. Bardin (19). La première phase de préanalyse, une période d'intuition, a consisté à formuler des hypothèses, la seconde étape a correspondu au choix des catégorisations, et

à l'exploitation du matériel avec le découpage du texte ; enfin, l'analyse s'est achevée par le traitement des résultats obtenus et l'interprétation.

En analyse qualitative, il est difficile de séparer la méthode des résultats car le sens émerge au fur et à mesure de l'analyse, c'est pourquoi nous développerons successivement ces trois phases dans ce même chapitre. J'utiliserai ici volontairement la première personne pour la rédaction de mon exposé afin de montrer mon implication personnelle dans l'analyse compréhensive des corpus obtenus.

#### a. Catégorisation et thématisation

La retranscription des quatre entretiens forme le corpus.

##### 1. Catégorisation longitudinale

Après une lecture attentive et complète du corpus, j'ai résumé chaque segment de texte relevant pour moi de la complexité en une expression, un verbe ou un adjectif. Dans un souci de rigueur méthodologique, j'ai réalisé deux fois cette étape à deux jours d'intervalle ce qui m'a conduit à rajouter quelques notions supplémentaires. (Cf. tableau III)

##### 2. Catégorisation transversale

Ensuite, j'ai relu le corpus en surlignant cette fois-ci, pour chaque entretien les phrases ou les mots correspondant à mes premières idées.

Au cours d'une lecture transversale (entretien par entretien) j'ai subsumé mes premières catégorisations aboutissant à des concepts plus généraux. Au fur et à mesure de la lecture, ces concepts sont devenus de plus en plus indépendants et exhaustifs selon le principe de l'analyse de contenu. En voici la liste : la communication, la médecine, la consultation, les patients et leur caractères, les patients et leurs consultations, leur famille, les sentiments de l'interne, la relation de l'interne avec les patients, la relation de l'interne avec les autres médecins.

Le détail de cette phase est rapporté dans le tableau IV.

##### 3. Thématisation

Au cours de cette étape j'ai regroupé sous des grandes thématiques les concepts précédents en limitant si possible les redondances. J'ai ainsi différencié 6 thèmes : 1) la famille, les accompagnants, 2) les patients, 3) la relation patient/interne, 4) le point de vue de l'interne, 5) les relations médecins/internes et 6) la complexité médicale. Dans chaque thème, j'annotais les concepts réfléchis lors de ma première étape s'y référant. Cf tableau V

Cette étape a abouti en ultime analyse à une restructuration des **concepts théoriques en 5 axes** :

- la complexité du point de vu médical, comprenant les lacunes théoriques des internes, le manque d'expérience et la difficulté liée à la pluralité des hypothèses et des solutions thérapeutiques,
- les difficultés liées à l'évolution de la problématique, à la multiplication des problèmes pendant la consultation, et aux biais de confirmation c'est à dire lié à « l'ancrage » de la première impression de l'interne tout au long de la consultation,
- la complexité de la relation avec les patients, avec les médecins traitants et les spécialistes,
- la complexité liée au comportement du patient, et son influence sur l'interne et sa prise en charge,
- la complexité liée à la famille, c'est à dire, son influence sur la prise en charge de l'interne et sur la santé du patient,

J'ai réintégré les unités d'analyse, ici les unités de sens (cf. méthode) du corpus de chaque consultation dans ces 5 thématiques finalement isolées (cf annexe 4).

## b. Interprétation

### 1. La complexité des sciences médicales (Tableau VI)

- Lacunes théoriques

On note d'une façon assez consensuelle un manque de connaissances théoriques avec des interrogations d'ordre diagnostique, notamment dans l'entretien 1 : *«Bah je ne savais pas, c'était vraiment un problème diagnostique. Qu'est ce que ça peut être, j'en savais rien»* et dans l'entretien 2 : *«En fait, sur la question théorique je n'ai pas fait grand chose... sur les notions théoriques je ne savais pas trop ce que je pouvais mettre là dessus...donc j'étais gênée...par la thérapeutique »*. La 4<sup>ème</sup> interne exprime également ces difficultés : *«Après, pour être sincère, prise en charge de l'alcoolisme, je n'avais aucune notion théorique bien franche et bien claire dessus» «Donc la problématique initiale c'était vraiment le diagnostic et la prise en charge»*.

- Manque d'expériences

Les internes ressentent aussi une certaine inexpérience, *«l'annonce du diagnostic... c'est quelque chose que je n'ai pas l'habitude de faire»* (entretien 3) ; ce qui a manifestement complexifié leurs prises en charge : *«et puis il avait ces gros boutons qui ressemblaient à des grosses pustules...»* (entretien 1) ; *«la dermato c'est assez compliqué, il faut en voir pour... et là c'était un truc extrême qu'on n'a pas l'habitude de voir tous les jours»* (entretien 2).

Le fait de ne pas tout connaître peut les amener à improviser *«je me suis dit est ce que je peux pas passer à côté d'un truc plus grave»* ; *«j'ai eu l'impression de travailler un peu au feeling»* (entretien 4).

La dermatologie, discipline *«compliquée»* pour l'interne 2, pose des problèmes autant diagnostiques que thérapeutiques pour la plupart des internes. *«Je ne savais pas ce que ça pouvait être comme parasitose»* (entretien 1) ; *«j'étais à la fois gênée par la thérapeutique»* (entretien 2) ; *«je me suis dit est ce que je peux pas passer à coté d'un truc beaucoup plus grave que ça vis à vis du purpura»* (entretien 4).

- Pluralité des hypothèses et solutions thérapeutiques.

Les consultations peuvent être compliquées par l'existence de plusieurs hypothèses diagnostiques ou de plusieurs solutions thérapeutiques : *«En gros c'était mes 3 hypothèses,*

*je pense que j'ai retenues» (entretien 1) ; «au niveau du traitement est ce qu'il fallait pas mettre un traitement général, est ce qu'il fallait poursuivre sur un traitement local ?» (entretien 2). Pour La 4<sup>ème</sup> interne relève également la problématique des comorbidités qui ne simplifient pas la prise en charge : «Là où ça m'a posé le plus de soucis, déjà c'est un alcoolique...et qui avait une thrombopénie...»*

## 2. La complexité pendant la consultation (Tableau VII)

### ○ Le biais de confirmation

Le biais de confirmation est la tendance à chercher ou à interpréter toute preuve comme étant en faveur d'une croyance préexistante, et d'ignorer ou de réinterpréter tout élément qui n'est pas favorable à ses croyances. Ce biais est effectivement présent dans le corpus.

Il apparaît que les internes sont influencées par leur première impression : *«Peut être que j'ai été orienté par le fait qu'il venait du Sénégal, ça m'a tout de suite, je me suis dit est ce qu'il n'a pas une parasitose» ; «Moi j'ai peut être trop identifié tout de suite patient sénégalais avec causes infectieuses» c'est pourquoi «je l'ai adressé en médecine tropicale» (entretien 1).*

La 4<sup>ème</sup> interne, devant le seul contexte évoque un diagnostic : *«quand j'ai vu son purpura, je me suis dit vascularité/AINS »* et change le cours de la consultation en demandant *«tout de suite une prise de sang...et je vous revois ce soir».*

### ○ Des éléments perturbateurs pendant la consultation

Un élément extérieur peut venir compliquer la prise en charge : *«Une heure après sa femme déboule dans le cabinet, elle voulait absolument me rencontrer» (entretien 3),* et cela perturbe l'interne dans son raisonnement : *«on doit mettre le point sur les priorités».* La difficulté est alors de hiérarchiser : *«je dois faire le tri dans tous les problèmes».*

La complexité semble liée à la présence de plusieurs symptômes difficiles à associer : *«le fait qu'il soit sénégalais, le fait qu'il y ait des lésions dermato associées et qui n'avaient aucun rapport mais qui étaient là quand même au moment où je l'ai vu» (entretien 1).*

Pour l'interne 4, les comorbidités sont sources de difficulté de prise en charge : *«m'a posé... soucis, c'était un monsieur qui avait été alcoolique, connu, donc terrain fragile et qui avait une thrombopénie»*.

Les internes ont été confrontées chacune à des éléments perturbateurs ou des éléments modifiant leur prise en charge initiale, comme le conjoint, ou une symptomatologie associée telle qu'un syndrome douloureux : *«elle avait aussi des douleurs assez importantes articulaires»* (entretien 2).

Des données supplémentaires éloignent souvent du problème initial : *«il y a plein de choses qui ont découlé»* (entretien 4).

- Evolution de la problématique

La prise en charge de l'interne fait évoluer la problématique : *«voyant qu'il ne comprenait pas du tout ce que je lui disais...je l'ai adressé en médecine tropicale»*. La prise en charge discontinue, ponctuelle est problématique : *«je ne l'ai vu qu'une fois. Je n'ai pas l'évolution, j'ai juste eu la réponse du spécialiste»*.

L'interne 4 a constaté une réelle évolution de la problématique: *«Puis après il y a pleins de choses qui ont découlé... d'une problématique diagnostique, on est arrivé à une prise en charge d'addiction...La problématique initiale a permis de rentrer dans un engrenage et de mettre le doigt sur une problématique plus profonde et plus grave»*. Elle estime d'ailleurs que la problématique n'est pas résolue : *«J'ai essayé de le suivre une fois par mois pendant 6 mois... mais la problématique finale n'est toujours pas résolue»*.

L'évolution de la problématique peut parfois être ressentie comme un facteur de résolution de la complexité : *«il y a eu une évolution dans le fait qu'elle a accepté de revoir un dermatologue...il y avait quand même une avancée»* (entretien 2) ; *«ce qui a évolué, c'est que déjà le patient a eu la confrontation avec le spécialiste»*. L'intervention du spécialiste a permis à l'interne *«d'aborder la prise en charge thérapeutique de façon plus sereine»* (entretien 3).

### 3. Les expressions des sentiments de l'interne (Tableau VIII)

#### ○ Les relations complexes avec les patients

Les problèmes de communication liés à la langue sont un frein au bon déroulement d'une consultation: «*ne parlant pas français ou très très mal, parlant un petit peu anglais mais très très peu*» (entretien 1). De même que les problèmes de compréhension qui en découlent : «*voyant qu'il ne comprenait pas du tout ce que je lui disais*» (entretien 1).

Ne pas connaître le patient est un élément récurrent dans le corpus, il s'agit souvent d'un patient qui voit l'interne pour la première fois: «*Je ne l'ai vu qu'une fois ... Donc le connaissant je n'aurai pas du tout géré de la même façon*» (entretien 1) ; mais il peut s'agir aussi d'un patient inconnu du maître de stage : «*C'est une dame de 70 ans qui venait avec son mari pour la première fois au cabinet*» (entretien 2).

Le patient est souvent en désaccord avec l'interne : «*je lui proposais de faire des radiographies et de faire un bilan mais non non pour lui ça n'allait pas assez vite, il fallait aller à l'hôpital*» (entretien 1) ; «*mon avis c'était de l'envoyer voir un dermatologue voir même l'hospitaliser. Elle ne voulait pas*» (entretien 2) ; «*un suivi de psychothérapie auquel le patient s'est formellement opposé*» (entretien 4).

Les relations peuvent s'améliorer après l'intervention du spécialiste : «*Et donc il a plus accepté et il a surtout prononcé le mot cancer avant que je le dise moi même et ça a brisé un peu le tabou*» (entretien 3) Puis une certaine relation de confiance peut s'établir : «*Il commençait à réaliser qu'il allait falloir faire de la chimiothérapie et cela m'a permis que l'abord soit plus facile avec lui*» (entretien 3).

Dans l'entretien 4, l'interne exprime un doute quant à la confiance qu'elle peut accorder au patient : «*je peux avoir confiance en lui*» et finalement après un suivi régulier, elle déclare : «*donc j'avais quand même réussi à accrocher quelque chose donc on a gardé ce qu'on a, le petit lien*» (entretien 4). Même s'il s'agit d'une sorte de compromis : «*De toute façon il ne voulait voir qu'une seule personne, il voulait bien venir me voir une fois par mois pour faire le point avec un bilan mais c'est la seule chose qu'il avait lui accepté*».

#### ○ Les relations avec les autres médecins

Dans le cadre du remplacement du médecin traitant habituel du patient, les internes se posent la question de leur place dans la relation patient-médecin : *«c'est déroutant car on ne sait pas ce que l'autre avait fait on a l'impression de prendre sa place»* ; *«je l'ai appelé...par la suite...mais il ne m'en a pas appris beaucoup plus»* (entretien 2). L'interne 2 déclare que la prise en charge d'une patiente habituellement traitée par un autre médecin est *«dur à gérer»*. De même, dans l'entretien 3, l'interne pense *«court-circuiter la prise en charge du médecin traitant»* et se demande *«quelle est notre place là dedans»*. L'interne 3 recherche alors une *«alliance thérapeutique»* comme l'interne 4 qui requiert *«l'avis de mon confrère à côté pour m'aider»*. De plus elle semble moduler sa prise en charge en fonction de la rétroaction prévue dans le cadre du SASPAS : *«selon les débriefing que je faisais avec le maître de stage qui le connaissait bien et qui m'a quand même bien aidée»*.

L'intervention du spécialiste est ressentie comme une aide réelle par les quatre internes comme en témoigne l'interne 3 : *«le patient a eu la confrontation avec le spécialiste...qui lui a dit qu'il y avait de grande chance que ce soit un cancer. Et donc il a plus accepté et il a surtout prononcé le mot cancer avant que je le dise moi même et ça a brisé un peu le tabou»* ; et l'interne 1 : *«oui je n'aurai pas du tout adressé à un spécialiste, j'aurai fait un bilan biologique et radiographique»*. Et *«J'aurai essayé de gérer un peu plus par moi-même avec un bilan inflammatoire et des radiographies»* ; L'interne 2 semble douter du fait d'avoir modifié la problématique mais finalement *«le fait qu'elle ait accepté quand même de voir un dermatologue, ça a peut être quand même évolué un peu»* (entretien 2).

L'aide accordée par les médecins spécialistes est particulièrement vécue comme un dernier recours pour les internes : *«Qu'est ce que ça peut être, j'en savais rien, à part, j'ai imaginé quelque chose de tropical, c'est pour ça que je l'ai adressé là bas»* (entretien 1) ; *«Donc j'étais à la fois gênée par la thérapeutique car là dessus, que faire, mon avis c'était de l'envoyer voir un dermatologue voir même l'hospitaliser...je ne savais pas quoi faire, c'est pour ça que je l'ai adressée d'ailleurs»* et *«je pense que ça n'a pas changé beaucoup les choses sauf dans la discussion»* (entretien 2) ; *«sur le plan médical, bon même si c'est pas un truc que je manipule, à la rigueur j'appelle le pneumologue même si moi je sais pas comment faire, les spécialistes sont un peu là pour ça», «je pense que oui ça a fait avance »*. Pour l'interne 3 le recours au spécialiste, *«avance la prise en charge sur le plan*

*diagnostique»* et répond aux attentes *«puis sur l'attente d'une réponse que je demande et que le patient attend»*. En effet, *«Là j'avais besoin peut être du recours du spécialiste pour lui faire accepter la pathologie»* (entretien 3) ; et dans l'entretien 4, l'interne déclare avoir *«envisagé de l'envoyer plutôt vers un addictologue ...vers un réseau plus rodé et plus adapté que moi»* pour en quelque sorte céder la place au spécialiste.

Le recours au spécialiste est aussi une façon de gérer l'incertitude des internes : *«je ne savais pas si c'était les articulations ou les muscles qui étaient douloureux... j'avais du mal à cerner ses douleurs...j'ai fait un courrier pour le spécialiste»* (entretien 1); l'interne 1 pense avec le recul qu'elle aurait pu se passer de l'avis : *«oui je n'aurai pas du tout adressé à un spécialiste, j'aurai fait un bilan biologique et radiographique»*. Et *«J'aurai essayé de gérer un peu plus par moi-même avec un bilan inflammatoire et des radiographies»*.

De plus les avis spécialisés sont souvent une solution de repli dans la prise en charge du patient : *«je l'aurai peut être envoyé à un rhumatologue par la suite... »* (entretien 1) ; *« on aurait pu faire autrement...la faire hospitaliser ou ... prendre aussi un avis téléphonique avec un dermato»* (entretien 2) ; *«l'autre solution aurait été un avis dermato»* (entretien 4).

- L'incertitude de l'interne

L'interne 1 exprime le doute et l'incertitude à plusieurs reprises : *«je ne savais pas... j'en savais rien»* ; *«le fait qu'il soit sénégalais, le fait qu'il y ait des lésions dermato associées et qui n'avaient aucun rapport... le fait qu'il décrive pas bien ses douleurs»*. Elle chiffre même son incertitude : *«je dirai degré de certitude faible, 25 %»*. Elle exprime un manque de confiance en ses propres capacités : *«je me suis que ça allait être compliqué et j'ai fait un courrier pour le spécialiste»*. Elle pense que son maître de stage aurait agi différemment : *« moi j'étais l'interne donc je le voyais pour la première fois... Je pense que son médecin habituel n'aurait pas agi de la même façon... Il l'aurait peut être adressé à un rhumatologue»*. De plus, on peut noter un sentiment d'insatisfaction lié au comportement du patient : *« je n'ai pas vraiment fait comme j'aurai voulu faire»*. Malgré une volonté de *« gérer un peu plus par moi même»*.

Dans l'entretien 2, le sentiment de doute et d'incertitude est aussi bien présent: « *un doute complet...j'étais un peu embêtée... la décision n'était pas évidente, c'était compliqué* » ; « *c'était pas du tout une certitude, c'était un doute complet* ». Le comportement de la patiente, son automédication sont des facteurs d'incertitude : « *Elle avait déjà mis du betneval c'était inefficace, de la pyostacine c'était inefficace je pense que ça m'a rendue sceptique aussi* ». Elle exprime aussi un doute en ses propres capacités à gérer le problème et à répondre aux attentes de la patiente : « *elle vient en dernier recours demander un miracle* » ; « *qu'elle vienne me voir moi* ». L'interne pense d'ailleurs que la patiente « *a été un peu déçue* ». Il y a une certaine volonté de plaire. Pendant cette prise en charge difficile, on distingue le sentiment de solitude et d'isolement. En effet, face à cette patiente en errance médicale, l'interne reconnaît s'être « *retrouvée un peu toute seule* ». Mais, pour conclure, elle est « *assez satisfaite malgré tout.* » et estime avoir bien pris en charge sa patiente : « *Par rapport à ce que je fais d'habitude je pense que je n'aurai pas agi différemment. Mais face à un autre patient, probablement, car cela dépend de la relation que tu as avec le patient* ».

Pour l'interne 3, l'incertitude exprime surtout le manque de confiance en soi: « *j'étais un peu embêtée... j'ai peut être fait une bourde en prenant trop les devants...Est ce que je ne vais pas en dire trop...où sont mes limites, ça je ne savais pas trop* ». L'incertitude est surtout vécue sur le plan relationnel : « *C'était sur le plan relationnel que je n'étais pas certaine d'agir de la bonne manière* » tandis que « *la certitude est plus sur la démarche diagnostique et thérapeutique* ». Des sentiments contradictoires semblent l'animer ; cette prise en charge difficile pousse l'interne à être « *prudente* ». Par ailleurs, l'intervention de la femme du patient complique la prise en charge, l'interne a l'« *impression de se laisser noyer* ». Mais d'un autre côté elle a « *envie aussi de gérer ses problèmes* » on note là aussi volonté de plaire au patient comme à la famille car l'interne « *pensait que la femme allait être en colère contre elle* » Enfin, le sentiment d'isolement est également présent lorsque l'interne dit qu' « *il est difficile de s'informer...sur la conduite relationnelle, ça personne ne peut me le dire* ».

Au cours de l'entretien 4, le doute et l'incertitude sont aussi des éléments récurrents, associés au sentiment de manque de confiance en soi et au besoin impérieux de se

rassurer. *« Je me suis dit est ce que je peux pas passer à côté d'un truc plus grave... Qu'est ce que j'en fais... est ce qu'il ne fait pas quelques chose de plus fin... »* Par ailleurs, l'interne dit être *«très frileuse»* dans sa prise en charge, ce manque d'assurance conduit à une attitude très prudente comme pour l'interne 3. Elle a besoin d'être *«rassurée»* pour *«se permettre d'attendre»* ; *«je pense que la clinique et les examens complémentaires, la biologie ça m'a permis de, peut être pas de résoudre le problème diagnostic mais en tout cas de me rassurer»* ; *«j'ai quand même demandé l'avis de mon confrère à côté pour m'aider dans ma décision»*.

Cette interne exprime également un sentiment d'échec : *«je sais pas si je suis partie à un moment où ça aurait pu se déclencher...mais...j'ai jamais vraiment réussi à faire arrêter, prendre conscience en tout cas de son problème d'alcoolisme»*. Néanmoins, après cette période de doute, finalement l'interne déclare être *« assez sûre du diagnostic»*.

#### 4. La complexité liée aux patients (tableau IX)

Le comportement du patient ressenti par l'interne complique la prise en charge et la relation interne/patient. L'interne 1 l'exprime clairement : *«Ils sont parfois agressifs... ils s'emportent un peu vite»* et rapporte l'exigence de son patient : *«il voulait absolument aller au CHU...la seule chose qu'il me disait c'était CHU, CHU. Voilà, lui il voulait aller au CHU»*.

Dans l'entretien 2, l'interne définit sa patiente comme *« réticente, ambivalente »* ; *«elle avait déjà vu des dermato mais pour elle ils n'étaient pas compétents car ils lui proposaient une hospitalisation»*. Elle décrit une patiente en errance médicale et critique par rapport à la médecine : *«elle était pas aller le voir car elle ne lui faisait pas confiance, elle était sceptique par rapport aux dermatologues en général et elle voulait pas voir de dermatologue parce qu'il étaient pas compétents»*. L'inobservance et l'automédication sont pour cette interne une difficulté supplémentaire : *«elle refuse un peu tous les traitements de toute façon»* ; *«elle avait pris de la pyostacine pendant une semaine toute seule»*.

Pour l'interne 3 et 4, c'est le déni et la réticence qui compliquent la relation médecin-patient : *« il était complètement dans le déni »* ; *«Il s'est complètement braqué... en*

*situation de colère... un patient dans la réticence*». Elle explique qu'elle « *aurai pu agir différemment si le patient avait été plus réceptif* » (entretien 3). ; « *Il minimisait... les choses...qui était complètement dans le déni* » ; « *j'avais envisagé de l'envoyer plutôt vers un addictologue ou vers un suivi de psychothérapie auquel le patient s'est formellement opposé* ». En effet, le patient reste finalement maître de ses décisions : « *c'est la seule chose qu'il avait lui accepté* » (entretien 4).

Les attentes et demandes des patients représentent un thème sur lequel les internes ont beaucoup insisté. Dans l'entretien 1, le patient souhaite « *absolument aller au CHU* ». L'interne 2 déclare que la « *demande vraie* » de sa patiente « *c'était donnez moi une crème qui va me guérir* ». Dans l'entretien 3, l'interne estime qu'elle aurait pu agir différemment si « *le patient avait été plus réceptif, et... aurait plus d'attentes et de demandes* ». Ce thème apparaît moins clairement au cours de l'entretien 4, mais lorsque l'interne dit : « *c'est sa femme qui l'a envoyé consulter, qu'il ne se soit pas lui même posé des questions devant, en étant rouge des pieds à la tête avec un purpura* », on peut penser qu'elle s'interroge alors sur la demande du patient, et ce qu'il peut bien attendre du médecin...

Il apparaît que les internes sont influencées par les patients, leur comportement et leurs demandes. Ce thème est clairement formulé par l'interne 1 : « *C'est le patient vraiment qui a influencé ma décision* ». Elle considère que la problématique a été surtout modifiée par « *le comportement du patient* ». L'intervention du patient a compliqué la prise en charge : « *en tout cas...ça ne l'a pas rendue plus simple* » ; « *je n'ai pas vraiment fait comme j'aurais voulu faire* ». Pour l'interne 2 et 3, c'est aussi l'attitude du patient qui guide la conduite à tenir : « *Ce qui a influencé ma décision ... c'est que la patiente refuse tous les traitements* » ; « *elle était tellement sceptique par rapport aux thérapeutiques en général que je pense que ça m'a rendue sceptique aussi* » (entretien 2) ; « *c'est plutôt la réceptivité du patient qui a fait que j'ai modulé un peu mon annonce du diagnostic* » ; « *Ce qui influencé ma décision, le patient, les desiderata du patient* ». L'interne 4 ressent également l'influence du patient même si elle ne pense pas avoir modifié sa façon d'exercer. « *Est ce que j'aurais pu faire différemment, je pense pas* » ; « *C'est patient dépendant, ça ne vient pas forcément de nous* ». Elle a quand même « *une arrière pensée de quelque chose de plus important* ». Elle

explique notamment que « *la petite incertitude venait du terrain* ». De même, pour l'interne 3 « *C'est plus dans l'abord relationnel qu'il aurait pu agir différemment* ».

L'influence des patients sur les solutions médicales proposées est aussi présente de façon unanime dans le corpus : « *C'est le patient vraiment qui a influencé ma décision* » (entretien 1) ; « *Ce qui a influencé ma décision, c'est le fait que ce soit très évolué et que la patiente refuse un peu tous les traitements* » (entretien 2) ; et « *les paramètres qui ont influencé, c'est la réticence du patient et ses attentes* » (entretien 3) « *Ce qui influencé ma décision, le patient, les desiderata du patient C'est vraiment le vœu du patient* » (entretien 4).

#### 5. La complexité liée aux familles et accompagnants (Tableau X)

La présence ou l'intervention des accompagnants ou des proches gênent le déroulement de la consultation. Ils ont également une certaine autorité sur la santé de leur conjoint ce qui est parfois ressenti comme un obstacle dans la prise en charge.

Dans l'entretien 2 : « *c'est une dame de 70 ans qui venait avec son mari* » et « *il était très présent pendant la consultation* », « *le mari parlait souvent pour sa femme* ». La consultation se termine et l'interne note : « *il y a eu quand même une évolution sur leur vision (son mari et elle)* ». Le mari semble avoir de l'emprise sur la santé de sa femme : « *Ils avaient essayé avec son mari pas mal de trucs différents* ».

La plainte et le motif de consultation émanent souvent du conjoint, ce qui constitue une difficulté de plus à gérer : « *c'est sa femme qui a pris un rendez vous...pour...son mari* » ; « *Elle déboule dans le cabinet* » ; « *je l'ai gardée une heure parce qu'elle commençait à me parler de ses problèmes conjugaux... Elle voulait se livrer sur ses soucis* » (entretien 3) ; « *c'est sa femme qui l'avait envoyé consulter* » ; « *je l'ai quand même eue très régulièrement au téléphone* » ; « *Elle le fliquait un peu sans trop lui dire* » mais « *elle était capable d'appeler ou de l'envoyer consulter au moindre souci* » (entretien 4).

La femme du patient devient une patiente, constituant un élément perturbateur supplémentaire. « *Elle commençait à envahir un peu toute la consultation* » (entretien 3) L'interne exprime des difficultés face à cette patiente/conjointe qui pourtant « *était là pour*

*s'occuper du mari et pas forcément d'elle»* et cela complique la prise en charge initiale. *«Annoncer un truc à toute la famille et que c'était pas ça, ...c'était un peu compliqué»* (entretien 3).

Enfin, la présence de sa femme a influencé la décision de l'interne sur l'option d'hospitaliser ou non son mari : *«et puis ce qui m'a aussi décidée à le laisser chez lui c'est qu'il y avait sa femme»*. L'intervention de la femme du patient vient troubler la relation interne/patient en mettant l'interne *«dans une sale position vis à vis du patient»* (entretien 4).

## DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous reviendrons dans un premier temps sur les idées principales que nous avons pu dégager de l'analyse thématique et, tout en tenant compte des limites de cette analyse, nous mettrons nos résultats dans la perspective des données actuelles de la littérature. Dans un second temps, nous discuterons les principaux résultats et les limites de l'analyse descriptive telle que nous l'avons conçue. Enfin, nous confronterons les résultats des deux analyses dans l'objectif de mieux approcher les déterminants de la complexité ressentie par les internes en SASPAS.

### 1. L'étude qualitative.

**L'idée principale qui semble se dégager de cette analyse thématique est que la source principale de la complexité ressentie par les internes en SASPAS provient principalement des particularités du comportement du patient ou de sa famille au point qu'elles influencent grandement la décision finale diagnostique ou thérapeutique, la prise en charge diagnostique et thérapeutique et la qualité de la relation médecin/patient. Le comportement du patient est vécu comme une source importante de complexité, peut être plus importante que la typologie même du problème.** A titre d'illustration : *«C'est le patient vraiment qui a influencé ma décision» ; «Elle était tellement sceptique par rapport aux thérapeutiques en général que je pense que ça m'a rendue sceptique aussi» ; «Ce qui a influencé ma décision ... c'est que la patiente refuse tous les traitements...» ; «C'est plutôt la réceptivité du patient qui a fait que j'ai modulé un peu mon annonce du diagnostic...» ; «Ce qui influencé ma décision, le patient, les desiderata du patient».*

Cette idée avait déjà été soulevée en 1960 par E. Freidson, professeur de sociologie de l'université de Chicago dans un ouvrage intitulé «Client control and medical practice» (22) où il relatait l'influence des patients sur l'exercice de la médecine.

Avant lui, de nombreux chercheurs avaient conclu que le patient ne représentait dans la relation médecin/malade, qu'une « contingence mineure ». Mais en 1960, Eliot Freidson démontre qu'« il ne peut y avoir exercice de la médecine sans client » (la dénomination « client » étant à replacer dans le contexte de l'époque). En 1956, Koos, anthropologue, explique que le choix du client est déterminé par des normes qui varient d'une culture à

l'autre, normes et cultures qui elles-mêmes influent sur les rapports entre médecin et clients.

Pour illustrer l'influence du patient dans l'exercice médical, E.Freidson distingue l'univers du patient qu'il nomme «système référentiel profane» de celui du médecin «système référentiel professionnel». Par exemple, un profane présentant un symptôme suivra tout un processus d'aide impliquant un réseau de consultants, famille, amis, connaissances pour en arriver au professionnel. Mais tout dépendra de la représentation culturelle de la maladie (suprématie du guérisseur dans les tribus primitives par exemple). Par ailleurs, du jugement rétrospectif du patient porté sur la consultation dépendra sa décision de suivre l'ordonnance et celle de retourner le consulter.

Dans le rapport «la prescription : influence de l'industrie sur les attentes des patients», J.P VALLEE (23) conclue que «L'influence des attentes de nos patients sur nos prescriptions est incontestable, peut être surestimé. Le partage de la décision est une évolution sociologique indiscutable. Il exige que nous soyons capables d'argumenter nos propositions, écouter bien sûr, mais aussi informer quand les prescriptions attendues ne sont pas justifiées. Cela prend du temps, suppose des consultations complexes et des compétences spécifiques».

Dans le rapport «Prescription des médecins généralistes et leurs déterminants», E.AMAR (24) montre que les déterminants de la prescription des médecins généralistes en ce qui concerne les médicaments génériques sont principalement les caractéristiques socio-économiques et les habitudes des patients.

L'influence du patient est très bien identifiée par la société française de médecine générale (SFMG) (25) lorsqu'elle propose plusieurs déterminants de la décision médicale dans son Dictionnaire des Résultats de Consultation, outil devenu indispensable pour les médecins généralistes. Ces déterminants sont les suivants :

- Les antécédents personnels et familiaux du patient,
- Les déterminants socio-culturels (langage du malade, patois, dialecte ou langue étrangère, les référents culturels de la société d'origine et de celle du moment, la conception de la maladie par le médecin comme par le malade),
- Les déterminants du médecin (son langage, son environnement culturel, ses caractéristiques psychologiques, les similarités d'un cas récent, son insomnie de la

veille...)

- Les déterminants du patient (structure psychologique, personnalité, modèle de soi du malade, sources d'information, système référentiel profane (22).)
- Les déterminants de la relation médecin/patient (le transfert, la différence d'âge relatif, la distance relationnelle, la différence de sexe, le statut social relatif)
- Les déterminants législatifs et réglementaires (code pénal, code de déontologie)

Les **sentiments de doute, d'incertitude et le manque de confiance en soi** exprimés par l'interne sont récurrents dans les 4 entretiens. On note des éléments évoquant l'incertitude du diagnostic, mais aussi l'incertitude quant au risque vital potentiel et aussi à la « posture » relationnelle à adopter.

**L'incertitude** de l'interne, élément de la complexité omniprésent dans notre analyse, a fait l'objet de plusieurs travaux notamment dans le domaine de la psychologie cognitive. Twersky et Kahneman (6) puis après eux A.Weil-Barais (26) et KW Eva (27) ont insisté sur l'utilisation d'heuristiques\* par l'Homme pour résoudre des problèmes, heuristiques qui ont la particularité d'échapper à la Logique rationnelle. Ils ont proposé que même si ces heuristiques étaient souvent qualifiées de biais de raisonnement (selon les critères de la Logique classique), elles n'en étaient pas moins indispensables à la réussite dans la résolution des problèmes en contexte de grande incertitude.

Ces auteurs ont dégagés les heuristiques suivantes :

- La représentativité est la tendance à juger un cas individuel à partir des éléments qui le font ressembler à un cas plus général (un symptôme, une maladie),

- La disponibilité : les informations les plus facilement accessibles sont prises en compte et le jugement s'effectue à partir de celles-ci,

- L'ancrage, consiste à faire des estimations de valeurs incertaines en les rapprochant d'une valeur connue antérieurement en tentant de les ajuster au cas présent,

- L'excès de confiance : l'être humain en situation de résolution de problème tend généralement à surestimer ses capacités à réussir.

Ces heuristiques peuvent donc mener à des biais qui rendent peut être le jugement moins valide sur le plan relationnel mais plus opérationnel en situation complexe. L'analyse du corpus a révélé plusieurs biais :

Le **biais de corrélation illusoire**, qui est la propension que les médecins ont à plus noter l'efficacité que l'inefficacité des stratégies diagnostiques ou des traitements qu'ils mettent en œuvre. L'interne 2 par exemple, doutant sur sa conduite à tenir thérapeutique face à une patiente ayant une éruption eczématisée prescrit finalement (de façon argumentée) un traitement qu'elle juge efficace.

Dans le but probable de limiter le sentiment de doute et d'incertitude, certains médecins ne peuvent éviter le **biais de confirmation**. Il existe de nombreuses définitions de ce type de biais.

L'économiste Antoine Zaccaria (28) dit dans l'ouvrage «Les Comportements en Bourse - 6 erreurs psychologiques qui coûtent cher»:

«Plus généralement, le biais de confirmation indique que le décideur est souvent tenté d'aller dans le sens de sa première impression, et pour cela effectue un traitement orienté des informations qu'il reçoit en surpondérant celles qui la confirment et en minorant les autres.»

*\*Apparté : L'heuristique (du grec ancien εὕρισκω, eurisko, « je trouve » [1]) est un terme de didactique qui signifie l'art d'inventer, de faire des découvertes. En sociologie, il s'agit d'une discipline qui se propose de dégager les règles de la recherche scientifique (Larousse).*

Le comportement de l'interne 1 illustre bien cette définition, car devant l'association éruption cutanée et patient sénégalais, il pense à une parasitose et ne peut

s'écarter de ce premier diagnostic jusqu'à la fin de la consultation. Il semble notamment incapable, à titre de vérification de cette hypothèse, d'éliminer rapidement les autres hypothèses à évoquer devant ce type d'éruption dans un mode de raisonnement qu'on pourrait alors qualifier d'hypothético-déductif (29). De même, l'interne 4, face à un patient ayant pris des anti inflammatoires et présentant un purpura pense d'emblée à une vascularite et modifie le déroulement de la consultation pour envoyer le patient en urgence réaliser un bilan biologique afin d'éliminer une insuffisance rénale.

Exprimé par l'ensemble des internes, le **biais de psychologisation** conduit chacune d'entre elles à émettre des théories sur la personnalité d'autrui (préjugés, stéréotypies) c'est à dire sur la personnalité de leur patient(e) et de leur famille. L'analyse et la compréhension de ce biais apparaît comme l'une des pistes de recherche pour tenter d'inférer comment le comportement du patient ou de ses proches influence la décision médicale. Une étude ultérieure ayant pour objectif d'identifier, de décrire et de comprendre ce biais pourrait être particulièrement pertinente pour approcher une des composantes de la complexité de la prise en charge des patients par les internes en SASPAS.

La **relation complexe du patient avec l'interne** constitue un autre aspect important de la complexité de la prise en charge en consultation dégagé par notre analyse qualitative. Le fait de voir pour la première fois le patient, de ne pas le connaître, tant dans sa vie privée personnelle ou familiale qu'en ce qui concerne ses antécédents médicaux rend plus ardue la prise en charge. Devoir répondre à sa demande sans le décevoir, sans prendre en compte ses exigences et celles de sa famille est une difficulté dont les internes ont largement témoignée durant ces entretiens.

**Les difficultés liées à la place de l'interne par rapport aux autres médecins** (médecin traitant ou spécialiste) sont très présentes, et probablement spécifiques au contexte du SASPAS, on pourrait parler d'un avantage ou désavantage du compagnonnage propre à la formation de l'interne en médecine... Cette position est vécue plus ou moins positivement : «*il m'a quand même aidé*» (interne 4) ; «*déroutant car on ne sait pas ce que l'autre avait fait on a l'impression de prendre sa place*» (interne 2). Les internes accusent

régulièrement leur position difficile par rapport au maître de stage pour expliquer la complexité et l'incertitude dans laquelle ils se trouvent face au patient.

Nos résultats viennent donc corroborer les données déjà publiées dans la littérature montrant le rôle incontestable des patients dans l'exercice médical, la prise en charge, la décision de soin et le choix des prescriptions. Compte tenu de l'importance qu'elle revêt dans notre étude, on peut postuler que l'influence du patient est d'autant plus grande que la situation est vécue comme complexe mais cette hypothèse reste à confirmer par d'autres travaux.

Ces résultats doivent être tempérés par les limites méthodologiques inhérentes à l'analyse qualitative (19 ; 20) :

Les catégories conceptuelles qui découpent le corpus doivent avoir les caractéristiques suivantes:

- Elles doivent être homogènes c'est à dire qu'elles doivent regrouper des segments de texte évoquant la même idée.

Nous avons tenté de suivre scrupuleusement cette règle malgré la multiplicité des paramètres possibles de la complexité.

- Elles doivent être exhaustives, c'est à dire qu'elles doivent épuiser la totalité du texte.

Dans notre étude, certaines parties du corpus ne nous ont pas paru pertinentes pour l'analyse. Ces segments de texte ne représentaient 359 mots soit 2% du corpus.

- Elles doivent être exclusives, un même élément ne pouvant pas être classé dans deux catégories différentes.

Dans notre étude, ce critère a été plus difficile à suivre car nous considérons que certaines phrases ou expressions des internes pouvaient illustrer deux thèmes différents. A titre d'exemple, la phrase de l'interne 4 «*mais c'est la seule chose qu'il avait lui accepté*» se trouve dans la catégorie «la complexité des relations avec les patients», car nous pensons

que l'interne s'exprime ainsi pour montrer la difficulté de négociation des soins, et dans la catégorie « complexité liée au patient » car cette phrase manifeste l'exigence du patient.

Elles doivent être objectives c'est à dire que des codeurs différents doivent aboutir aux mêmes résultats. Ce corpus n'a pas été analysé par un autre codeur mais il a été procédé à différentes re-catégorisations pendant l'analyse qui ont finalement abouti aux mêmes thèmes.

Elles doivent être adéquates ou pertinentes. La pertinence des catégories qui ont été générées est assurée par la description a priori du cadre théorique concerné par la complexité (cf chapitre 1) sachant que la description d'un tel concept, loin d'être chose aisée, est encore débattue.

## 2. L'Étude quantitative

**L'analyse des réponses au questionnaire, beaucoup moins riche que l'analyse des entretiens, a montré que les internes ont été confrontées à des situations complexes médicales peu fréquentes et très variées, pour lesquelles elles étaient souvent le premier médecin consulté et dont la complexité portait principalement sur des aspects diagnostiques.**

Ces résultats sont basés sur l'utilisation d'un questionnaire dont il faut discuter les limites.

Trois internes se sont interrogées sur le fait de devoir répondre à autant de questionnaires que de situations complexes gérées laissant supposer un problème de faisabilité. Des difficultés d'interprétation de la question 3. b. du questionnaire ont été rapportées par une interne qui s'est demandée si le nombre de consultations se rapportait seulement aux situations complexes ou à l'ensemble des consultations entre le patient et son médecin traitant. Certaines se sont posées la même question pour l'antécédent d'hospitalisation.

La partie du questionnaire portant sur la complexité n'est pas exhaustive notamment celle qui concerne la complexité thérapeutique. Il s'avère a posteriori que les

questions sur la complexité, tirées d'une étude réalisée en Médecine Interne, ne couvraient pas bon nombre des éléments mis à jour par l'analyse qualitative. Ce résultat montre combien il est nécessaire de réaliser des enquêtes qualitatives pour mettre à jour les concepts-clé avant toute rédaction d'un questionnaire à des fins de recherche analytique.

En effet, l'analyse thématique des entretiens semi dirigés a mis en évidence d'autres aspects de la complexité non analysés par le questionnaire comme les sentiments de doute et d'incertitude, la difficulté de répondre aux attentes des patients, la difficulté de trouver sa place dans les relations avec les autres professionnels (maître de stage et spécialiste) et la part prépondérante de l'influence des patients et de leur famille sur la façon d'exercer la médecine.

### 3. Confrontation des résultats des deux méthodes

La comparaison des deux méthodologies fait apparaître les divergences suivantes :

Concernant l'incertitude diagnostique, dans la plupart des cas (7 fois sur 11), le questionnaire montre que la complexité n'était pas liée à l'existence de plusieurs alternatives diagnostiques alors que 3 des 4 internes interrogées rapportent, pendant l'entretien semi-dirigé, des difficultés liées à la gestion de plusieurs hypothèses (entretien 1, 2, 4). Ce résultat suggère une plus grande capacité de l'entretien semi-dirigé à dépister a posteriori à partir d'un cas concret les difficultés ressenties pendant la prise en charge des patients.

La participation des troubles psychiatriques, identifiée par le questionnaire dans un tiers des cas, n'est pas un élément de la complexité retrouvé par l'analyse qualitative.

L'intrication de plusieurs médicaments relevée dans deux tiers des situations complexes par le questionnaire n'a pas été mentionnée au cours des entretiens semi-dirigés.

Les résultats des deux études convergent en certains points :

Dans le questionnaire, les internes ont précisé que la complexité d'ordre diagnostique était principalement liée à la nécessité de recourir à l'avis d'un autre

spécialiste (14 réponses positives sur 15). Cette notion se dégage également dans l'analyse thématique où il est montré que l'avis du spécialiste est à la fois un recours, une aide et également une nécessité pour les internes.

La complexité liée à l'absence de diagnostic au terme de l'analyse sémiologique est constante quelle que soit la méthode de recherche utilisée. Elle est rapportée 11 fois sur 15 dans le questionnaire et est manifeste dans la totalité des entretiens.

L'inobservance revient de temps à autre en tant que paramètre de la complexité tant dans l'analyse qualitative (interne 2 et 4) que quantitative (4 cas sur 15).

Les complications iatrogènes n'apparaissent pas ici comme un élément de la complexité quelle que soit la méthode choisie.

Pour 5 situations sur 15, l'intrication de plusieurs pathologies a troublé les internes. Dans les entretiens, l'interne 4 est face à un patient présentant à la fois, une éruption généralisée, un purpura, un alcoolisme chronique, une thrombopénie...

L'échappement ou l'absence de solution thérapeutique est liée à la complexité pour 9 questionnaires sur 15. Dans les entretiens, l'interne 2 a été confrontée à un tel problème (eczéma impétiginisé, essai de nombreux médicaments, refus d'hospitalisation).

La rareté de la maladie, l'efficacité partielle des thérapeutiques et la lourdeur du traitement n'apparaissent pas comme un critère pertinent pour la complexité des patients pris en charge en SASPAS puisqu'elle n'est rapportée qu'une seule fois. Ces résultats concordant selon les deux approches sont probablement liés 1) au fait que l'interne en SASPAS est moins confronté au suivi des patients que le médecin généraliste et 2) que le questionnaire provenait d'un autre contexte professionnel (la prise en charge de second recours en Médecine Interne).

Il est important de rappeler que les entretiens semi dirigés ont été réalisés avec les mêmes internes qui ont choisi pour ces derniers une situation complexe ayant fait l'objet d'un questionnaire. Il est donc logique de conclure à une relative comparaison des résultats.

## **CONCLUSION**

Nous avons montré que les internes en SASPAS impliquées dans notre étude étaient rarement confrontées à des situations médicales complexes, mais que les quelques situations observées étaient variées et dans une grande majorité liée à un problème diagnostique.

Nous avons également étudié la complexité dans un sens plus global par une analyse thématique auprès de quatre internes en SASPAS. Nous avons pu mettre en évidence grâce à cette analyse certains points essentiels : l'interne prend tout particulièrement en considération les attentes et demandes des patients, exprime un intense sentiment d'incertitude pendant lequel s'instaure des heuristiques de raisonnement telles que les biais de confirmation et de psychologisation et montre de réelles difficultés relationnelles avec les patients, leur famille et les autres professionnels (notamment avec le maître de stage/médecin généraliste). L'idée principale qui a émergé de cette étude est que la décision médicale est grandement influencée par le patient et sa famille.

Ce travail ouvre vers deux perspectives de recherche :

- la première, qualitative, visant à mieux comprendre et étudier les deux principaux biais de raisonnement mis à jour par ce travail,
- la seconde, quantitative, visant à construire un questionnaire d'évaluation de la complexité, mieux adapté à la pratique professionnelle de l'interne en SASPAS. A la lumière des résultats de notre étude, il apparaît que ce questionnaire devrait au moins comprendre quatre parties. Une première partie s'intéresserait à la complexité diagnostique (connaissances théoriques, expériences), une seconde partie chercherait à préciser le sentiment d'incertitude de l'interne lié à l'absence totale de diagnostic ou à l'existence de plusieurs alternatives possibles, une troisième évaluerait l'influence du comportement du patient et de ses proches ( sur sa décision diagnostique, dans ses choix thérapeutiques, sur l'établissement d'une relation de qualité avec le patient pour répondre aux attentes du patient). Enfin, une quatrième partie s'intéresserait à la complexité liée au SASPAS lui-même en questionnant l'interne sur sa place par rapport au médecin généraliste, sur la gestion de nouveaux patients et sur la difficulté liée à l'absence de suivi.

<b>REFERENCES</b>
-------------------

- 1- HEISENBERG W.K.  
Les principes physiques de la théorie des quanta, Gauthier-Villars, 1932
- 2- Petit ROBERT  
Dictionnaire, édition 2006, (p. 491), p.2949
- 3- BOCHUD A.  
Analyse de situations éducatives complexes - aout 2007 -  
[www.authorstream.com/Presentation/Veronica-46247-Analyse-de-situations-educatives-complexes-ducatives-Plan-du-cours-Diff-rents-situ-Entertainment-ppt-powerpoint/](http://www.authorstream.com/Presentation/Veronica-46247-Analyse-de-situations-educatives-complexes-ducatives-Plan-du-cours-Diff-rents-situ-Entertainment-ppt-powerpoint/)
- 4- MORIN E.  
Introduction à la pensée complexe, 1990, Le Seuil, p.158
- 5- POTTIER P.  
Analyse des pratiques de l'interniste, Complexité de la décision, enseignement, format PPT, 2008, p.34
- 6- KAHNEMAN D., TWERSKY A.  
On the Psychology of Prediction, Psychological Review, 1973, (80), pp. 237-251
- 7- POUCHAIN D.  
Principes de médecine générale, Médecine Générale : Concepts & Pratiques, Paris, Masson 1996, p.1100
- 8- KING PM, KITCHENER KS  
PEDAGOGIE MEDICALE, Novembre 2007, Volume 8, Numéro 4, p.240
- 9- BARGE M., CHARRAUD A., COUMAILLEAU M.F., collectif  
Annuaire des statistiques sanitaires et sociales, SESI, Ministère de l'emploi et la sécurité, 1998, p.120-124, p.465
- 10- CARREZ C.

La coordination entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes, Thèse Médecine Orléans Tours, 1999, p.111

11- CASTEL P. 23

Le médecin, son patient et ses pairs - La Revue Française de sociologie : 46-3, 2005, p.443-467

12- KHELIDJ M.

Evaluation des recours demandés par les médecins généralistes à leurs confrères des autres spécialités à partir d'une enquête de médecine générale réalisée en Poitou-Charentes, Thèse, 1999, Poitiers, p. 79

13- LE FLAO-BERTHO G.

Le recours au spécialiste, qu'en pense le généraliste - étude à partir d'un focus group – Thèse médecine Nantes, 2007, p.84

14- KANDEL O., DUHOT D., VERY G., LEMASSON J.F., BOISNEAU P.

Existe-t-il une typologie des actes en médecine générale ? La Revue Du Praticien – Médecine générale, Tome 18, N°656/657, p.781-4, juin 2004

15- AGUZZOLI F., LE FUR P., SERMET C.

Clientèle et motif de recours en médecine libérale, CREDES, Mars 1994, p.343

16- GALLAIS.J.L.

Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions sociales et médicales - Document de Recherche en Médecine Générale n°45 juin 1997, p. 1-107

17- FERRU P.

Le Dictionnaire des Résultats de Consultations : à quoi ça sert ? Comment ça marche ? - Document de Recherche en Médecine Générale n°4, septembre 2003, p.2, 19

18- DELEAU.E

Activité d'une interne de médecine générale en SASPAS, LA REVUE DU PRATICIEN, MÉDECINE GÉNÉRALE, Tome 19, N° 684/685 du 7 mars 2007, p.3

19- BARDIN L.

- L'analyse de contenu, Paris ; presse universitaire de France, Quadrige, Manuels, 2007, p.291
- 20- PAILLE P., MUCHIELLI A.  
L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, 2002, édition Armand Colin, p.315
- 21- MUCCHIELI A.  
Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines - 2<sup>ème</sup> édition, 2004, A.Colin, p.303
- 22- FREIDSON E.  
Client control and medical practice - American Journal of Sociology, 1960 : 65, p. 374-382. University of Chicago Press.
- 23- VALLEE J.P., GALLOIS P., LE NOC Y.,  
Prescription : influence de l'industrie sur les attentes des patients, Les analyses du centre de documentation de l'UNAFORMEC, BIBLIOMED, Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, Numéro 414 du 16 février 2006, p.1
- 24- AMAR E., PEREIRA C.  
Prescription des médecins généralistes et leurs déterminants, DRESS, Etude et Résultats, N°440, novembre 2005, p.12
- 25- Observatoire de la médecine générale – [www.sfm.org](http://www.sfm.org)
- 26- WEIL-BARAIS A., PEDINIELLI J.L., STRERI A., DUBOIS D., NICOLAS S., Collectif  
L'homme cognitif, 2007, Paris ; presse universitaire de France, Quadrige, Manuels, p.600
- 27- EVA, K-W.,  
What every teacher needs to know about clinical reasoning, *Medical Education* 39: 98-106 // Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique, tra-

duit par BORDAGE, G., *Pédagogie Médicale*, vol 6: 225-234, 2004

28- ZACCARIA A.

Les Comportements en Bourse - 6 erreurs psychologiques qui coûtent cher : RMM Diffusion, G. H. Mickaël Mangot, doctorant en sciences économiques, auteur de l'ouvrage, Gualino éditeur, 2004, p.118

29- ELSTEIN A.S., SHULMAN L.S., SPRAFKA S.A.,

Medical Problem Solving : An Analyse of Clinical Reasoning, Harvard University Press, 1978, Cambridge, Massachusetts and London, England, p.330

30- ABECASSIS P., BATIFOULIER P.

L'interaction médecin-patient : quelques enseignements de la théorie des jeux. In : Formes d'organisation et institutions, édité par Gazier (B.), Outin (J-L.) et Audier (F.), XIXes journées de l'Association d'Économie Sociale, L'Harmattan (coll. Logiques économiques), tome 2, p. 117-128. - Paris, 1999.

31- MARY C., HUFFMAN, RN

Family Physicians and the Health Care Team - Canadian Family Physician, VOL 39, October 1993, 39; 2, p.65-70

## ANNEXES

Annexe 1: typologie des problèmes à résoudre en situation professionnelle (d'après King PM, Kitchener KS)

Problème simple (well structured problem)	Problème complexe (ill structured problem)
<ul style="list-style-type: none"><li>- Tous les indices sont disponibles d'emblée.</li><li>- la solution requiert des tâches familières.</li><li>- Peuvent être résolus avec un haut degré de certitude.</li><li>- les experts s'accordent sur la nature de la solution correcte.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- le problème évolue au cours de son investigation.</li><li>- La solution n'est pas standardisée ni unique.</li><li>- Ne peuvent pas être résolus avec un haut degré de certitude.</li><li>- Les experts sont souvent en désaccord quant à la meilleure solution à mettre en œuvre, même quand le problème peut être considéré comme ayant été résolu.</li></ul>
But visé : appliquer la « bonne » solution.	But visé : élaborer et argumenter l'une des solutions raisonnables possibles

## Annexe 2 : Présentation du questionnaire

ANALYSE DE VOTRE GESTION DES SITUATIONS DIFFICILES
--

1. Renseignements concernant l'interne:
  - a. Age :
  - b. Sexe :
  - c. Avez-vous déjà effectué des remplacements (oui/non):
  - d. Mode d'exercice (seul/en association):
  - e. Secteur d'activité (Rural/Urban/semi-rural):
  - f. Nombre de consultation par jour (<10/10 à 25/>25):
  - g. Nombre de situations complexes auxquelles vous avez déjà été confrontés pendant votre SASPAS :
  - h. Proximité d'un centre hospitalier (<20km/20-50/>50 km) :
  
2. Renseignements concernant le patient :
  - a. Age :
  - b. Sexe :
  - c. Motif de la première consultation :
  
3. renseignements concernant la prise en charge du problème en cours :
  - a. Vous êtes le premier médecin consulté (Oui/Non):
  - b. Le patient a consulté votre maitre de stage (Non/Une fois/>Une fois):
  - c. Le patient a consulté un spécialiste (Non/Une fois/>Une fois):
  - d. Le patient a été hospitalisé (Non/Une fois/>Une fois):
  
4. Renseignements concernant la situation complexe :
  - a. S'agit-il d'un problème (Diagnostic/Thérapeutique/gestion examens):
  - b. Le problème concerne-t-il :
    - i. Une seule discipline, laquelle ?
    - ii. Plusieurs :
      1. Algologie
      2. Cardiologie

3. Pneumologie
4. Gastroentérologie
5. Hématologie
6. Maladie infectieuse
7. Médecine interne
8. Médecine vasculaire
9. Néphrologie
10. Dermatologie
11. Urologie
12. Neurologie
13. Oncologie
14. Gynécologie /obstétrique
15. ORL/stomatologie
16. Gériatrie
17. Pédiatrie
18. Rhumatologie
19. Endocrinologie
20. Problème chirurgical
21. Ophtalmologie
22. Psychiatrie

c. Si la complexité porte sur les aspects diagnostiques, est-ce lié à:

(réponses demandées sur échelle de Lickert de 1 à 5 (pas du tout vrai, pas vrai, moyennement vrai, vrai, tout à fait vrai))

- i. L'intrication de plusieurs pathologies :
- ii. Un diagnostic inconnu :
- iii. Absence de diagnostic précis :
- iv. L'intrication de plusieurs médicaments :
- v. La participation de troubles psychiatriques :
- vi. Plusieurs hypothèses possibles :
- vii. Nécessité d'un autre avis spécialisé :

d. Si la complexité de la situation porte sur la thérapeutique, est-ce lié à :

(réponses demandées sur échelle de Likert de 1 à 5 (pas du tout vrai, pas vrai, moyennement vrai, vrai, tout à fait vrai))

- i. Echappement ou absence de solution thérapeutique :
- ii. Lourdeur du traitement :
- iii. Efficacité thérapeutique partielle :
- iv. Fragilité du terrain :
- v. Traitement relevant de la compétence d'un autre spécialiste :
- vi. Rareté de la maladie :
- vii. Complications iatrogènes :
- viii. Inobservance du patient ou éducation difficile du patient :

## Annexe 3 : Organisation de l'analyse thématique

### Tableau III : Premières catégorisations en analyse longitudinale.

#### Entretien 1 :

- Problème lié à la langue
- Précision des symptômes des patients
- Problème dermato
- Origine étrangère des patients
- Première impression de l'interne
- Problème diagnostic
- Incertitude, manque de confiance en soi, doute
- Problème de communication avec les patients
- Problème de compréhension des patients
- Exigence des patients, impatients
- Manque de simplicité
- Manque de liberté de décision dans la prise en charge à cause des patients
- Patient qui consulte pour un problème qui traîne
- Penser aux problèmes graves surtout avant les causes les plus fréquentes
- Plusieurs symptômes difficiles à associer
- Manque de connaissance dermato/médecine tropicale
- Manque de discernement à cause du comportement des patients
- Problème lié au fait de ne pas connaître le patient
- Problème lié aux nouveaux patients inconnus du cabinet
- Patients agressifs, incompris
- notion d'influence du patient pour la décision

#### Entretien 2 :

- problème lié aux accompagnants
- problème lié aux patients nouveaux
- problème lié aux problèmes dermato
- problème lié aux patients en errance médicale qui changent de médecins,
- patients qui refusent les soins et pensent que les médecins sont incompetents
- demandes irréalisables, impossibles des patients
- problème thérapeutique
- problème lié aux patients inobservants, refus d'hospitalisation
- problème de la place de l'interne par rapport au médecin traitant et aux spécialistes
- automédication des patients
- problème de l'influence des accompagnants sur les soins

- demande de guérison
- sentiment de décevoir les patients
- manque de solution face au refus de soin
- incertitude, manque de connaissance, doute
- manque d'expérience
- relation patient dépendant
- patients ambivalents, réticents
- accompagnants envahissant, entreprenant
- sentiment de satisfaction
- influence des patients sur la thérapeutique, rendus septiques
- hypothèses différentes
- communication avec les autres médecins
- sentiment de solitude, d'isolement
- influence des patients dans la décision et prise en charge
- préjugés des patients
- ne pas répondre aux attentes des patients

#### Entretien 3 :

- annonce de maladie grave
- rendez vous pris par la femme
- demande du patient
- problème : attente du patient et ce qu'on leur apporte
- prudence de l'interne
- quels mots prononcer
- patient dans le dénie, agressif, cherchant un responsable
- avis spécialisé : recours devant un patient en détresse
- communication avec les spé
- femme= intervient dans la relation médecin/patient
- place de l'interne par rapport au maitre de stage, médecin traitant
- secret professionnel
- motifs différents, consultation qui dévie
- faire le tri dans les problèmes, femme et ses problèmes envahissants
- évolution : changement du patient, consultation plus facile
- influence des spécialistes
- incertitude, manque de confiance en soi
- réticence et attentes des patients
- problème de ne pas connaître le patient
- médecin= éponge
- volonté de plaire aux patients

#### Entretien 4 :

- problème dermato
- terrain, comorbidités
- patients sans suivi médical
- prise en charge en urgence, passer à côté d'un truc grave, incertitude
- décision d'hospitalisation
- confiance envers le patient
- un problème au début puis plusieurs problèmes
- patient dans le déni
- sa femme prend les décisions
- manque de certitude, et manque d'assurance pour décision
- avantage des accompagnants, confiance
- suivi des patients difficiles
- suivi de maladie chronique
- sentiment d'incapacité et laisser la place aux spé
- manque de connaissance, suivi addicto
- intervention d'un tiers dans la relation médecin/patient (femme/flic)
- position inconfortable de l'interne
- besoin de se rassurer
- apports des débriefing avec maitre de stage
- influence du patient
- découvrir un problème chronique derrière un problème « simple »
- patient qui traîne pour consulter
- avis spé= recours
- créer une relation de confiance avec le patient
- influence de la décision : desiderata du patient

**Tableau IV : Seconde catégorisation après analyse transversale**

**LA COMMUNICATION**

Problème lié à la langue  
Problème de compréhension des patients

**LA MÉDECINE**

Problème de précision des symptômes des patients  
Problème dermato, médecine tropicale  
Problème diagnostic  
Plusieurs symptômes difficiles à associer  
Problème thérapeutique  
Manque de connaissance, d'expérience  
Plusieurs hypothèses  
Comorbidités, terrain  
Suivi maladie chronique

**LA CONSULTATION**

Première impression de l'interne : mauvaise influence ?  
Manque de liberté de décision à cause des patients  
Difficulté liée à la priorisation des motifs d'une consultation  
Problème de discernement lié au comportement des patients  
Annonce d'une maladie grave  
Consultation qui dévie, plusieurs problèmes

**LES PATIENTS, LEURS CARACTÈRES**

Impatients  
Ambivalents  
Leurs préjugés  
Déni, colère, agressifs, incompris  
Errance médicale, refus de soins  
Considérant les médecins comme des incompetents  
Inobservance  
Automédication

**LES PATIENTS, LEUR CONSULTATION**

Leurs exigences  
Le fait qu'ils consultent tard  
Demandent un miracle, une guérison

**LEUR FAMILLE**

Problème lié à leur présence pendant la consultation  
Leur influence sur les soins  
Envahissants, entreprenants  
Intervenant dans la relation médecin/patient  
Respect du secret professionnel  
Confiance  
Femme/flic  
Mauvaise position vis à vis du patient pour l'interne

**LES SENTIMENTS DE L'INTERNE**

Incertitude, doute, manque de confiance en soi

Ne veulent pas décevoir  
Satisfaction  
Solitude, isolement  
Veulent répondre aux attentes des patients  
Prudence  
Volonté de plaire aux patients et leur famille  
Manque d'assurance  
Besoin de se rassurer  
Gestion difficile de la maladie chronique

#### RELATIONS AVEC LES PATIENTS

Problème lié au fait de ne pas connaître le patient  
Patient inconnu du cabinet  
Ils influencent la décision de l'interne, sa prise en charge  
Ils influencent la thérapeutique  
Patients sans suivi médical  
Confiance

#### RELATION AVEC LES AUTRES MÉDECINS

Quelle est la place des internes  
Communication avec les maîtres de stage, les autres médecins traitants et les spécialistes  
Avis spécialisé : recours devant patients en détresse  
Laisser la place aux spécialistes

**Tableau V : Première thématisation à partir des catégorisations préalablement établies**

1) THEME N°1 : La famille, les accompagnants

Leur influence sur le déroulement de la consultation,  
Leur influence sur les soins, sur la décision d'hospitalisation  
Leur influence sur la vie du patient  
Leur intervention dans la relation médecin/patient

2) THEME N°2 : Les patients

Leurs attentes, exigences, demande de miracle  
Errance médicale, consultant tard, inobservance, automédication  
Leur impatience, ambivalence, agressivité, colère, déni  
Leur influence sur la thérapeutique, la décision

3) THEME N°3 : La relation patient/interne

Problème de communication  
Problème de compréhension  
Patients inconnus, non suivis au cabinet  
Inconnus de l'interne  
Confiance établie  
Patients avec comorbidités

4) THEME N°4 : Le point de vue de l'interne

Incertitude, manque de confiance en soi, doute  
Isolement, incertitude  
Besoin de réassurance, prudence  
Volonté de plaire, ne veulent pas décevoir  
Satisfaction  
Première impression  
Manque de liberté de décision à cause des patients

Difficulté de priorisation des motifs de consultation

Consultation qui dévie

5) THEME N°5 : La relation médecins/interne

Trouver sa place dans la relation médecin traitant/patient

Communication difficile avec les médecins traitants ou spé

Avis spécialisé = recours face à la détresse du patient

Place du spécialiste dans la prise en charge du patient

6) THEME N°6 : La complexité médicale

Manque de connaissance, d'expérience

Plusieurs hypothèses, plusieurs solutions thérapeutiques

Suivi maladie chronique

**Tableau VI : éléments du corpus relatant la thématique  
“Complexité des sciences médicales” répartis selon les sous-  
catégories et les entretiens**

	<b>Lacunes théoriques</b>	<b>Manque d'expérience</b>	<b>Pluralité des hypothèses et solutions thérapeutiques</b>
Entretien1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bah je ne savais pas, c'était vraiment un problème diagnostic.</li> <li>- Je ne savais pas ce que ça pouvait être comme parasitose.</li> <li>- Il avait ces gros boutons qui ressemblaient à des grosses pustules</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donc j'ai essayé de lui faire préciser un peu ses douleurs.</li> <li>-je ne savais pas si c'était les articulations ou les muscles qui étaient douloureux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En gros c'était mes 3 hypothèses, je pense que j'ai retenues, l'arthrose, une Pseudo Polyarthrite Rhizomélique... et puis donc une parasitose.</li> </ul>
Entretien 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donc j'étais à la fois gênée par la thérapeutique.</li> <li>- sur la question théorique je n'ai pas fait grand chose... sur les notions théoriques je ne savais pas trop</li> <li>- la dermato c'est compliqué.</li> <li>- En tout cas je n'avais pas de thérapeutique à lui proposer moi que je pensais efficace dans son cas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la dermato c'est assez compliqué, il faut en voir pour... et là c'était un truc extrême qu'on n'a pas l'habitude de voir tous les jours.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- au niveau du traitement est ce qu'il fallait pas mettre un traitement général, est ce qu'il fallait poursuivre sur un traitement local ?</li> </ul>
Entretien 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ce qui m'a posé souci c'est quoi dire déjà</li> <li>- j'étais confrontée à annoncer quelque chose sans savoir vraiment ce que c'est.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- confronté à une annonce de diagnostic de cancer pulmonaire chez un monsieur d'une quarantaine d'années.</li> <li>- je n'ai pas eu les bons mots car je n'ai pas l'habitude</li> </ul>	
Entretien 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la problématique initiale c'était vraiment le diagnostic et la prise en charge.</li> <li>- prise en charge de l'alcoolisme, je n'avais aucune notion théorique bien franche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- je me suis dit est ce que je peux pas passer à coté d'un truc beaucoup plus grave</li> <li>- la prise en charge de l'alcoolisme en ambulatoire, voilà ce n'est pas évident.</li> <li>- j'ai fait un peu au feeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Là où ça m'a posé le plus de soucis, déjà c'était le terrain, c'était un alcoolique...qui avait une thrombopénie.</li> <li>- l'autre solution aurait été un avis dermato</li> </ul>

**Tableau VII : Elément du corpus éléments du corpus relatant la thématique “complexité liée à l’évolution de la consultation” répartis selon les sous-catégories et les entretiens**

	<b>Evolution de la problématique</b>	<b>Multiplication des problèmes pendant la consultation</b>	<b>Biais de confirmation : première impression de l’interne</b>
Entretien 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voyant qu’il ne comprenait pas du tout ce que je lui disais...</li> <li>- Donc je me suis dit que ça allait être compliqué... et je l’ai adressé en médecine tropicale.</li> <li>- Je n’ai pas l’évolution, j’ai juste eu la réponse du spécialiste.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le fait qu’il soit sénégalais, le fait qu’il y ait des lésions dermato associées et qui n’avaient aucun rapport mais qui étaient là...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peut être que j’ai été orienté par le fait qu’il venait du Sénégal,...je me suis dit est ce qu’il n’a pas une parasitose... je l’ai adressé en médecine tropicale.</li> <li>- Moi j’ai peut être trop identifié tout de suite patient sénégalais avec causes infectieuses.</li> </ul>
Entretien 2	Il y a eu une évolution dans le fait où elle a accepté de revoir un dermatologue	Elle avait aussi des douleurs assez importantes articulaires	
Entretien 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- c’est que déjà le patient a eu la confrontation avec le spécialiste rapidement et le spécialiste lui a donné la réponse... Et cela m’a permis d’aborder la prise en charge thérapeutique de façon plus sereine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- savoir faire le tri dans tous les problèmes</li> <li>- de mettre le point sur les priorités</li> <li>- sa femme déboule dans le cabinet, elle voulait absolument me rencontrer...</li> </ul>	je réalise assez vite que ce n’est pas bon du tout
Entretien 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- j’ai essayé de suivre une fois par mois pendant 6 mois</li> <li>- Puis après il y a pleins de choses qui ont découlées</li> <li>- d’une problématique diagnostique, on est arrivé à une prise en charge d’addiction</li> <li>- dans un engrenage et de mettre le doigt sur une problématique plus profonde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le problème se posait ensuite au delà de l’éruption de tout son bilan hépatique qui était catastrophique de son insuffisance hépatocellulaire, de son alcoolisme non sevré</li> <li>- Puis après il y a pleins de choses qui ont découlées</li> </ul>	Et du coup quand j’ai vu son purpura je me suis dit vascularite/AINS

**Tableau VIII : : éléments du corpus relatant la thématique « l'expression des sentiments de l'interne, à propos de ses relations avec les patients, avec les autres spécialistes» répartis selon les sous-catégories et les entretiens**

	Les relations avec les patients	Les relations avec les médecins	Ses sentiments
Entretien 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il ne comprenait pas du tout ce que je lui disais.</li> <li>- Ne parlant pas français ou très très mal.</li> <li>- Donc le connaissant je n'aurai pas du tout géré de la même façon.</li> <li>- je ne l'ai vu qu'une fois.</li> <li>- je lui proposais de faire des radiographies et de faire un bilan mais non non pour lui ça n'allait pas assez vite, il fallait aller à l'hôpital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est ce que ça peut être, j'en savais rien... c'est pour ça que je l'ai adressé là bas...</li> <li>- j'ai fait un courrier pour le spécialiste.</li> <li>-je l'aurai peut être envoyé à un rhumatologue.</li> <li>- Je pense que son médecin habituel n'aurait pas agi de la même façon.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- je ne savais pas.</li> <li>- j'en savais rien.</li> <li>- Mais j'en savais rien, je ne savais pas ce que ça pouvait être.</li> <li>- je me suis dit que ça allait être compliqué.</li> <li>- Je n'ai pas vraiment fait comme j'aurai voulu faire. j'ai pas réussi vraiment à identifié bien pas bien voir là ou il avait mal.</li> <li>- J'aurai essayé de gérer un peu plus par moi-même</li> </ul>
Entretien 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- une dame de 70 ans qui venait pour la première fois au cabinet.</li> <li>- mon avis c'était de l'envoyer voir un dermatologue. Elle ne voulait pas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- déroutant car on ne sait pas ce que l'autre avait fait on a l'impression de prendre sa place...</li> <li>- Je pensais vraiment qu'elle avait besoin d'un avis spécialisé.</li> <li>- mon avis c'était de l'envoyer voir un dermatologue voir même l'hospitaliser</li> <li>- J'ai appelé son médecin traitant ... mais il ne m'en a pas dit beaucoup plus.</li> <li>- je ne savais pas quoi faire, c'est pour ça que je l'ai adressée d'ailleurs</li> <li>- avoir une alliance thérapeutique avec les autres acteurs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donc elle venait me voir pour me demander mon avis. J'étais un peu embêtée.</li> <li>- Le fait aussi qu'elle vienne me voir moi.</li> <li>- C'était vachement dur à gérer</li> <li>- c'est le fait qu'elle vienne en dernier recours demander un miracle.</li> <li>- je pense qu'elle a été un peu déçue.</li> <li>- un doute complet.</li> <li>- assez satisfaite malgré tout.</li> <li>- je me suis peut être retrouvée un peu toute seule</li> <li>-la décision n'était pas évidente c'était compliqué.</li> </ul>
Entretien 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sans dire le mot cancer</li> <li>- bah oui j'ai pas du tout agi comme j'aurai pu le faire si j'avais été devant un patient beaucoup moins réticent.</li> <li>- Et donc il a plus accepté et il a surtout prononcé le mot cancer avant que je le dise moi même et ça a brisé un peu le tabou.</li> <li>- cela m'a permis que l'abord soit plus facile avec lui.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce que lui a dit le radiologue, je sais à peu près qu'il ne lui a pas dit grand chose.</li> <li>- devant lui j'ai appelé le pneumologue de l'hôpital.</li> <li>- j'ai un peu court-circuité le médecin.</li> <li>- Quelle est notre place là dedans, est ce que c'est vraiment notre rôle en tant qu'interne ?</li> <li>- j'appelle le pneumologue même si moi je sais pas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- j'essaie en tout cas d'être prudente</li> <li>- Donc j'étais un peu embêtée</li> <li>- j'ai peut être fait une bourde en prenant trop les devants</li> <li>- je pensais que la femme allait être en colère contre moi</li> <li>- l'impression de me laisser noyer</li> <li>- Est ce que je ne vais pas en dire trop, est ce que je vais en dire assez. Ou sont mes</li> </ul>

		<p>comment faire, les spécialistes sont un peu là pour ça</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il était obligé de lui donner une réponse et le patient a bien entendu qu'il y avait de grande chance que ce soit un cancer</li> <li>- j'avais besoin peut être du recours du spécialiste pour lui faire accepter la pathologie.</li> </ul>	<p>limites, ça je ne savais pas trop</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- j'avais envie aussi de gérer ses problèmes qu'elle me laissait là</li> <li>- ça personne ne peut me le dire.</li> </ul>
Entretien 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- est ce que je peux avoir confiance en lui.</li> <li>- c'est là qu'on a abordé le problème de son alcoolisme.</li> <li>- j'ai essayé de suivre une fois par mois pendant 6 mois</li> <li>- un suivi de psychothérapie auquel le patient s'est formellement opposé</li> <li>- il voulait bien venir me voir une fois par mois pour faire le point avec un bilan mais c'est la seule chose qu'il avait lui accepté.</li> <li>- quand même réussi à accrocher quelque chose donc on a gardé ce qu'on a... , le petit lien, c'était déjà ça , c'était mieux que rien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- j'ai quand même demandé l'avis de mon confrère à côté pour m'aider.</li> <li>- réussi à lui obtenir un rendez vous chez un gastro en semi urgence.</li> <li>- en modulant ma prise en charge selon les débriefing que je faisais avec le maitre de stage qui le connaissait bien et qui m'a quand même aidé</li> <li>- l'autre solution aurait été un avis dermato</li> <li>- envisagé de l'envoyer plutôt vers un addictologue ou vers ...un réseau plus rodé et plus adapté que moi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- je me suis dit est ce que je peux pas passer à coté d'un truc beaucoup plus grave</li> <li>- Qu'est ce que j'en fais</li> <li>- j'étais très frileuse</li> <li>- je sais pas si je suis partie à un moment où ça aurait pu se déclencher</li> <li>- en me mettant dans une sale position vis à vis du patient</li> <li>- ce n'est pas évident.</li> <li>- me rassurer</li> <li>- j'ai quand même demandé l'avis de mon confrère à côté pour m'aider dans ma décision</li> <li>- se permettre d'attendre</li> <li>- est ce qu'il ne fait pas quelque chose de plus fin, et de plus grave derrière.</li> <li>- j'ai jamais vraiment réussi à faire arrêter, prendre conscience en tout cas de son problème d'alcoolisme.</li> <li>- finalement j'étais assez sure du diagnostic</li> </ul>

**Tableau IX : éléments du corpus relatant la thématique  
 “Complexité liée au comportement et à l’influence du patient ”  
 répartis selon les sous-catégories et les entretiens.**

	<b>Son comportement</b>	<b>Son influence</b>
Entretien 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il voulait absolument aller au CHU.</li> <li>- la seule chose qu’il me disait c’était CHU, CHU. Voilà, lui il voulait aller à l’hôpital.</li> <li>- agressifs</li> <li>- ils s’emportent un peu vite.</li> <li>- ça faisait 2 ans que ça durait.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C’est le patient vraiment qui a influencé ma décision.</li> </ul>
Entretien 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- elle était pas aller le voir car elle ne lui faisait pas confiance.</li> <li>- ça n’avait pas été traité depuis plusieurs mois.</li> <li>- Elle avait pris de la pyostacine pendant une semaine toute seule.</li> <li>- la patiente refuse un peu tous les traitements de toute façon</li> <li>- elle voulait pas voir de dermatologue parce qu’ils étaient pas compétents.</li> <li>- Sa demande vraie c’était donnez moi une crème qui va me guérir</li> <li>- réticente</li> <li>- ambivalente, Par exemple elle avait déjà vu des dermato mais pour elle ils n’étaient pas compétents car ils lui proposaient une hospitalisation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elle était tellement sceptique par rapport aux thérapeutiques en général que je pense que ça m’a rendue sceptique aussi.</li> <li>- Ce qui a influencé ma décision ... c’est que la patiente refuse tous les traitements.</li> </ul>
Entretien 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il me demande un petit peu la suite des évènements.</li> <li>- il s’est complètement braqué...il y a plein de gens qui fument depuis longtemps et qu’ils n’ont pas de problème.</li> <li>- patient qui était complètement dans le déni.</li> <li>- le patient avait été plus réceptif, et qui aurait plus d’attentes et de demandes</li> <li>- une situation de colère.</li> <li>- un patient dans la réticence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- c’est plutôt la réceptivité du patient qui a fait que j’ai modulé un peu mon annonce du diagnostic.</li> </ul>
Entretien 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il avait une thrombopénie déjà connue à 30 000 plaquettes qui n’avait jamais été explorée plus que ça... Qui n’avait pas trop de suivi</li> <li>- un monsieur qui minimisait vachement les choses.</li> <li>- qui était complètement dans le déni</li> <li>- c’est sa femme qui l’a envoyé consulter. Qu’il ne se soit pas lui même posé des questions devant, en étant rouge des pieds à la tête avec un purpura</li> <li>- j’avais envisagé de l’envoyer plutôt vers un addictologue ou vers un suivi de psychothérapie auquel le patient s’est</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ce qui influencé ma décision, le patient, les desiderata du patient</li> </ul>

	formellement opposé - mais c'est la seule chose qu'il avait lui accepté	
--	---	--

**Tableau X : éléments du corpus relatant la thématique  
“Complexité liée à l’influence des familles” répartis selon les sous-  
catégories et les entretiens**

	<b>Leur influence sur la prise en charge de l’interne</b>	<b>Leur influence sur la santé du patient</b>
Entretien 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le mari parlait souvent pour sa femme, il était très présent pendant la consultation.</li> <li>- une évolution sur leur vision (son mari et elle)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ils avaient essayé avec son mari pas mal de trucs différents.</li> </ul>
Entretien 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une heure après sa femme déboule dans le cabinet.</li> <li>- j’annonçais un truc à toute la famille et que c’était pas ça, donc c’était un peu compliqué aussi.</li> <li>- qu’elle commençait à me parler de ses conflits conjugaux ... elle voulait se livrer sur ses soucis.</li> <li>- ça commençait à envahir un peu toute la consultation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C’est sa femme qui a pris un rendez vous le matin pour son mari</li> <li>- Moi j’étais là pour m’occuper du mari, et pas forcément d’elle.</li> </ul>
Entretien 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- j’ai quand même eu sa femme qui n’était pas suivi au cabinet très régulièrement au téléphone</li> <li>- qui le fliquait un peu sans trop lui dire mais qui me rapportait tout</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- c’est sa femme qui l’avait envoyé consulter</li> <li>- et puis ce qui m’a aussi décidée à le laisser chez lui c’est qu’il y avait sa femme.</li> <li>- sa femme finalement qui était capable d’appeler ou de l’envoyer consulter au moindre souci</li> </ul>

## Annexe 4

### les entretiens semi dirigés

#### ENTRETIEN 1

« Nous allons discuter de la situation complexe à laquelle tu penses avoir été confrontée.

En quoi cette consultation a-t-elle été problématique ? »

« Il s'agit d'un monsieur d'une cinquantaine d'année, sénégalais, en France depuis 2 ou 3 ans, peut être, ne parlant pas français ou très très mal, parlant un petit peu anglais mais très très peu. Dans ce que j'ai compris ce qu'il m'a dit, c'est qu'il avait mal partout et que ça faisait 2 ans que ça durait, en gros depuis qu'il était rentré en France. Donc j'ai essayé de lui faire préciser un peu ses douleurs ; il avait mal surtout au niveau des épaules, dans les bras et aussi un peu dans le dos sans que ce soit vraiment ni symétrique ni bien systématisé, je ne savais pas si c'était les articulations ou les muscles qui étaient douloureux. Rien ne me semblait gonflé le dos était pas raide mais en même temps il avait mal un petit peu partout, et puis il avait ces gros boutons qui ressemblaient à des grosses pustules dans le dos et il en avait un petit peu dans la nuque. Peut être que j'ai été orienté par le fait qu'il venait du Sénégal, ça m'a tout de suite je me suis dit est ce qu'il n'a pas une parasitose. Voila, je l'ai examiné donc le bilan cardio, bilan abdo, pour voir s'il n'avait pas une grosse rate, le foie les choses comme ça. Au niveau articulaire, pas de gonflement, pas de raideur, pas de fièvre, et voila. »

« Donc qu'est ce qui t'a paru difficile quand tu étais à ce stade là ? »

« Bah je ne savais pas, c'était vraiment un problème diagnostic. Qu'est ce que ça peut être, j'en savais rien, à part, j'ai imaginé quelque chose de tropical, c'est pour ça que je l'ai adressé là bas, puis je me suis dit, si ça se trouve c'est peut être pas du tout tropical. Il a peut être tout simplement une PPR ou je sais plus quelle hypothèse j'avais, ou tout simplement de l'arthrose.

En gros c'était mes 3 hypothèses, je pense que j'ai retenues, l'arthrose, une Pseudo Polyarthrite Rhizomélique, c'était vraiment quand même les épaules, et puis le bas du dos, le bassin, et puis donc une parasitose. Mais j'en savais rien, je ne savais pas ce que ça pouvait être comme parasitose.

Donc au début je lui ai prescrit un bilan bio avec un bilan inflammatoire et voyant qu'il ne comprenait pas du tout ce que je lui disais et qu'il ne voyait pas du tout ou il fallait aller faire la prise de sang et qu'il voulait absolument aller au CHU. Donc je me suis dit que ça allait être compliqué et j'ai fait un courrier pour le spécialiste et je l'ai adressé en médecine tropicale. J'ai appelé devant le patient la médecine tropicale mais je n'ai pas réussi à avoir de médecin sur le moment donc j'ai décrit un petit peu le cas à la secrétaire et pris un rendez vous et il a été vu dans les 15 jours. J'ai reçu le courrier qui mettait que ils ne savaient pas trop ce que c'était que les boutons mais que ça ressemblait à des furoncles tout simplement, qu'il fallait mettre une crème antibiotique et que pour eux les douleurs, c'était de l'arthrose. Donc voila donc rien de bien médical et de bien exotique.

#### QUESTIONS :

1. Considères tu que ton intervention clinique ainsi que les moyens complémentaires entrepris ont modifié la problématique et en quoi ?

« Je ne sais pas quoi dire. En tout cas ça ne l'a pas rendue plus simple... Si la problématique c'est peut être plutôt les douleurs, à ce moment là j'ai éliminé certaines choses le fait qu'il n'ait pas de fièvre, le fait qu'il n'ait pas de signe d'arthrite ça permettait d'éliminer un certain nombre de diagnostic. Je n'ai pas vraiment fait comme j'aurais voulu faire, dans l'idéal je pense que je l'aurais pas adressé tout de suite à un spécialiste. J'aurais essayé de gérer un peu plus par moi-même avec un bilan inflammatoire et des radiographies. Voila ce qui a influencé la problématique, c'est le comportement du patient, le fait qu'il ne comprenne pas le français et que la seule chose qu'il me disait c'était CHU, CHU. Voila, lui il voulait aller à l'hôpital. Parce que ça faisait 2 ans et qu'il était à bout.»

2. Penses-tu avoir modifié ta façon de faire dans ce cas précis par rapport à tes notions théoriques sur le sujet ? Aurais-tu pu agir différemment devant un autre patient présentant le même problème ? Pourquoi ?

« Oui. Oui, J'aurais d'abord pris le temps de faire peut être un bilan biologique et des radiographies. Si le patient avait été français. S'il avait pu m'expliquer plus précisément où étaient ses douleurs. J'avais du mal à cerner ses douleurs, ce que c'était. Entre myalgies et arthralgies, les hypothèses sont pas les mêmes. Donc oui je n'aurais pas du tout adressé à un spécialiste, j'aurais fait un bilan biologique et radiographique.»

3. Comment la problématique a-t-elle évoluée au cours de ta prise en charge ? Cette évolution a-t-elle modifié ta façon de voir le problème ?

« Comment la problématique a-t-elle évolué. Bah moi je ne l'ai vu qu'une fois. Je n'ai pas l'évolution, j'ai juste eu la réponse du spécialiste.

Moi j'ai peut être trop identifié tout de suite patient sénégalais avec causes infectieuses, problème compliqué alors qu'il faut penser aux causes les plus fréquentes qui sont pas du tout des infections ou des parasites dans ces douleurs là. »

4. A quel degré de certitude concernant le problème te situais-tu au moment de ta prise en charge ?

« J'avais quand même pensé à l'arthrose mais pour moi c'était pas du tout l'hypothèse la plus probable, je dirai degré de certitude faible, 25 %. »

5. Peux tu identifier les facteurs qui ont générés cette incertitude ?

«Oui, le fait qu'il soit sénégalais, le fait qu'il y ait des lésions dermato associées et qui n'avaient aucun rapport mais qui étaient là quand même au moment où je l'ai vu, le fait qu'il décrive pas bien ses douleurs, j'ai pas réussi vraiment à identifié bien pas bien là où il avait mal, peut être j'ai pas fait bien l'examen comme j'aurai du le faire chez un autre patient qui comprend mieux. »

6. Un autre praticien aurait-il pu agir différemment ? aurait t-il pu conclure à une hypothèse différente de la tienne ? Pourquoi ?

« Certainement, je pense que son médecin habituel n'aurait pas agi de la même façon, moi j'étais l'interne donc je le voyais pour la première fois. Donc le connaissant je n'aurai pas du tout géré de la même façon. Je ne sais même pas qui était son MT, il a été vu très rarement ...Il l'aurait peut être adressé à un rhumatologue.

Dans ce cabinet, il y a pas mal de gens comme ça, la communication est franchement compliquée. Les patients sont parfois un peu agressifs peut être parce qu'ils sentent qu'on ne les comprend pas alors ça les énervent et ils s'emportent un peu vite. »

« Lui s'est un peu emporté ? »

Bah ce n'est pas qu'il s'est emporté mais au début je lui proposais de faire des radiographies et de faire un bilan mais non non pour lui ça n'allait pas assez vite, il fallait aller à l'hôpital. »

7. Finalement, au terme de ta prise en charge, as-tu envisagé une ou plusieurs solutions ? Qu'est ce qui a influencé ta prise de décision ?

« C'est le patient vraiment qui a influencé ma décision.

Chez un autre patient, je n'aurai pas fait du tout comme ça. Je ne l'aurai pas adressé à l'hôpital. J'aurai demandé un bilan par moi-même et je l'aurai peut être envoyé à un rhumatologue par la suite si éventuellement je n'avais rien dans le bilan biologique. »

## ENTRETIEN 2

« Nous allons discuter de la situation complexe à laquelle tu penses avoir été confrontée.

En quoi cette consultation a-t-elle été problématique ? »

« C'est une dame de 70 ans qui venait avec son mari pour la première fois au cabinet, pour un problème dermatologique, en gros elle était suivie par un Médecin traitant pas loin du tout mais elle était pas aller le voir car elle ne lui faisait pas confiance, elle était septique par rapport aux dermatologues en général et elle voulait pas voir de dermatologue parce qu'il étaient pas compétents. Bref, donc elle venait me voir pour me demander mon avis. J'étais un peu embêtée.

Elle avait une espèce d'eczéma sur les jambes monstrueux ça n'avait pas été traité depuis plusieurs mois c'était suintant, rouge, essentiellement sur les membres inférieurs, je ne savais pas comment elle pouvait vivre comme ça.

Donc j'étais à la fois gênée par la thérapeutique car là dessus, que faire, mon avis c'était de l'envoyer voir un dermatologue voir même l'hospitaliser. Elle ne voulait pas car de toute façon c'était clair les dermatologues ils n'étaient pas compétents.

Le fait aussi qu'elle vienne me voir moi alors qu'elle était suivie depuis longtemps pour ce problème chronique donc elle voyait quelqu'un de nouveau par rapport à ça. C'était vachement déroutant car on ne sait pas ce que l'autre avait fait on a l'impression de prendre sa place... C'était vachement dur à gérer, j'ai du passer trois quart d'heure avec elle en consultation.

Elle avait pris de la pyostacine pendant une semaine toute seule, c'était pas efficace donc elle avait arrêté. Ils avaient essayé avec son mari pas mal de trucs différents.

En gros moi ce que j'ai fait, c'est que j'ai réussi à la convaincre de prendre un avis dermatologue. Donc pas d'hospitalisation mais j'ai pris un assez importantes articulaires donc je lui ai fait une ordonnance avec des antalgiques, de la vaseline pour essayer de beurrer bien, de l'atarax...

Sa demande vraie c'était donnez moi une crème qui va me guérir. Pour moi il n'y avait pas de crème qui allait pouvoir la guérir.

Le diagnostic, pour moi c'était des lésions eczématisées voir même impétiginisées majeures, donc au niveau du traitement est ce qu'il fallait pas mettre un traitement général, est ce qu'il fallait poursuivre sur un traitement local ? Mais local un dermocorticoïde sur des lésions impétiginisées, c'est pas idéal donc la décision n'était pas évidente c'était compliqué. Je pensais vraiment qu'elle avait besoin d'un avis spécialisé.

Je lui donné donc son rendez vous dermato, de la vaseline et du topalgic car les douleurs étaient un élément très important, elle disait que c'était sa deuxième demande.

Je ne l'ai pas revu ensuite. J'ai appelé son médecin traitant par la suite pour lui dire que je l'avais vue et pour lui dire ce que j'avais fait. Il était content que je l'appelle mais il ne m'en a pas dit beaucoup plus.

Donc, la première problématique pour moi est thérapeutique, d'envisager un traitement pour cette dermatose hyper évoluée et la deuxième problématique, c'est le fait qu'elle vienne en dernier recours demander un miracle alors que je n'allais certainement pas en faire de miracle et je n'avais pas plus de pouvoir qu'un autre. Donc je pense qu'elle a été un peu déçue.

#### QUESTIONS :

1. Considères tu que ton intervention clinique ainsi que les moyens complémentaires entrepris ont modifié la problématique et en quoi ?

«Alors, je pense que ça n'a pas changé beaucoup les choses sauf dans la discussion, le fait qu'elle ait accepté quand même de voir un dermatologue, ça a peut être quand même évolué un peu. Mais sur le plan thérapeutique, je n'avais pas plus de solution. »

2. Penses-tu avoir modifié ta façon de faire dans ce cas précis par rapport à tes notions théoriques sur le sujet ? Aurais-tu pu agir différemment devant un autre patient présentant le même problème ? Pourquoi ?

« En fait, sur la question théorique je n'ai pas fait grand chose. Je n'ai pas mis en route de traitement majeur et en même temps sur les notions théoriques je ne savais pas trop ce que je pouvais mettre là dessus. Par rapport à ce que je fais d'habitude je pense que je n'aurai pas agi différemment. Mais face à un autre patient, probablement, car cela dépend de la relation que tu as avec le patient. Là c'est surtout dans le fait qu'elle était vachement réticente au traitement donc chez quelqu'un qui accepte plus, qui écoute plus, qui participe plus j'aurai l'hospitaliser par exemple.

Ce qui m'a gênée aussi c'est qu'elle est un peu ambivalente. Par exemple elle avait déjà vu des dermato mais pour elle ils n'étaient pas compétents car ils lui proposaient une hospitalisation.

Et ils lui avaient expliqué pourquoi mais... alors le mari parlait souvent pour sa femme, il était très présent pendant la consultation. Et pour eux la médecine est une science exacte mais la dermato c'est une science très inexacte. Donc ils faisaient un peu une fixation sur la dermato. »

3. Comment la problématique a-t-elle évoluée au cours de ta prise en charge ? Cette évolution a-t-elle modifié ta façon de voir le problème ?

« Il y a eu une évolution dans le fait où elle a accepté de revoir un dermatologue. Donc il y a eu quand même une évolution sur leur vision (son mari et elle) de la dermatologie en général et de l'apport qu'elle peut avoir. Dans un sens il y avait quand même une avancée. Donc effectivement il y a quand même un des problèmes qui a été levé, celui de la réticence de la patiente. »

4. A quel degré de certitude concernant le problème te situais-tu au moment de ta prise en charge ?

« Alors, au niveau de la thérapeutique par exemple c'était pas du tout une certitude, c'était un doute complet je ne savais pas quoi faire, c'est pour ça que je l'ai adressée d'ailleurs. ça c'est au moment de la consultation. Pour moi, je n'ai pas fait de « connerie ». Je ne l'ai pas laissée dans la nature. Pour moi ce n'est pas une consultation ratée. A la fin, je me sentais assez satisfaite malgré tout. »

5. Peux tu identifier les facteurs qui ont généré cette incertitude ?

« Il y a quand même un problème théorique car la dermato c'est assez compliqué, il faut en voir pour... et là c'était un truc extrême qu'on n'a pas l'habitude de voir tous les jours. Le fait aussi qu'elle ait essayé plein de trucs et puis que ça ne marchait jamais. Elle avait déjà mis du betneval c'était inefficace, de la pyostacine c'était inefficace, donc en gros elle était tellement sceptique par rapport aux thérapeutiques en général que je pense que ça m'a rendue sceptique aussi. »

6. Un autre praticien aurait-il pu agir différemment ? aurait t-il pu conclure à une hypothèse différente de la tienne ? Pourquoi ?

« Je pense qu'on peut toujours agir différemment. Une hypothèse différente, peut être aussi, au niveau clinique dans le fait que la dermato c'est compliqué et que c'était un élément assez important. Après une autre hypothèse thérapeutique, je pense qu'on aurait pu faire autrement, on aurait pu essayé de plus la convaincre et de la faire hospitaliser ou de prendre aussi un avis téléphonique avec un dermato ou de rappeler son médecin traitant pendant la consultation pour avoir une alliance thérapeutique avec les autres acteurs parce que je me suis peut être retrouvée un peu toute seule. »

7. Finalement, au terme de ta prise en charge, as-tu envisagé une ou plusieurs solutions ? Qu'est ce qui a influencé ta prise de décision ?

« Je n'ai pas envisagée sur le coup d'autres solutions, pour moi au moment de la consultation c'était de demander un avis dermatologique en consultation ou une hospitalisation. Ce qui a influencé ma décision, c'est le fait que ce soit très évolué et que la patiente refuse un peu tous les traitements de toute façon, que rien ne marchait. En tout cas je n'avais pas de thérapeutique à lui proposer moi que je pensais efficace dans son cas.

### ENTRETIEN 3

« Nous allons discuter de la situation complexe à laquelle tu penses avoir été confrontée.

En quoi cette consultation a-t-elle été problématique ? »

« En fait c'était au tout début de mon SASPAS, j'ai été confronté à une annonce de diagnostic de cancer pulmonaire chez un monsieur d'une quarantaine d'années. C'est sa femme qui a pris un rendez vous le matin pour que son mari voit un médecin car il venait d'avoir des résultats d'un scanner qui avait été demandé par mon maître de stage.

Donc il arrive avec son scanner et il me dit « bon écoutez le radiologue m'a dit qu'il y avait quelque chose d'anormal sur le scanner, il faut absolument que vous alliez voir votre médecin traitant ». Donc je commence à lire le résultat du scanner qui montre effectivement une masse volumineuse du lobe inférieur droit avec des adénopathies controlatérales et donc voilà je réalise assez vite que ce n'est pas bon du tout. Je regarde vite fait son dossier et je vois que c'est un monsieur fumeur qui a travaillé aux chantiers de l'atlantique et qu'il a été beaucoup en contact avec l'amiante. Donc voilà il me demande un petit peu la suite des événements.

Donc j'essaie en tout cas d'être prudente parce que je ne savais pas trop ce qu'il en savait, donc ce qui n'est pas évident c'est de savoir déjà ce qui a été dit. Ce que lui a dit le radiologue, je sais à peu près qu'il ne lui a pas dit grand chose, ce qu'en a dit le médecin d'avant je ne sais pas non plus car sur le dossier ce n'est pas vraiment noté. De toute façon quoi qu'il arrive, je vais être prudente donc je lui ai dit les choses clairement en disant qu'il ne fallait pas trainer mais il y a probablement quelque chose de grave.

Donc voilà ce qui m'a posé souci c'est quoi dire déjà. Mais ça c'est assez fréquent donc c'est pas véritablement ça qui m'a posé problème. C'est que j'ai été confronté à un patient qui était complètement dans le déni et à partir du moment où j'ai abordé le sujet du tabac parce que je voulais connaître un petit peu son environnement et ses facteurs de risque, pour essayer de cibler la chose, il s'est complètement braqué en disant que voilà il fume depuis longtemps et qu'il y a plein de gens qui fument depuis longtemps et qu'ils n'ont pas de problème. On voyait qu'il y avait vraiment un déni par rapport à ça et ce qu'il a mis en avant c'est le fait qu'il a été confronté à l'amiante et que personne n'avait jamais rien fait.

Ce qui était un peu embêtant, il a commencé à dire que le médecin... ça trainait depuis longtemps cette histoire ; lui il sentait bien que ça n'allait pas bien, que personne n'avait rien fait. Il y avait un peu une situation de colère. Donc j'étais un peu embêtée. Donc devant lui j'ai appelé le pneumologue de l'hôpital pour prendre un rendez vous de fibroscopie dans la foulée. Donc, tout ça, ça été fait, il n'y a pas trop eu de souci. Sans dire le mot cancer, j'ai quand même avancé la chose en disant qu'il y avait probablement quelque chose de grave et qu'il fallait absolument qu'on avance et qu'on sache ce que c'est.

Ça s'est terminé comme ça.

Une heure après sa femme déboule dans le cabinet, elle voulait absolument me rencontrer. Là je me suis dit, punaise j'ai peut être fait une bourde en prenant trop les devants. C'est à dire j'ai un peu court-circuité le médecin en même temps si j'avais rien fait je m'en serais voulu aussi parce que c'est un peu j'attends et je ne voyais pas l'intérêt de faire ce boulot là. Et donc je pensais que la femme allait être en colère contre moi sur le fait que j'avais peut être alarmé son mari pour rien, mais en fait elle voulait des explications. A la fois j'étais confrontée à annoncer quelque chose sans savoir vraiment ce que c'est, parce que si je me plantais en même temps, bon, même si j'avais une grande probabilité que ce soit un cancer, peut être que c'était pas du tout ça et que j'annonçais un truc à toute la famille et que c'était pas ça, donc c'était un peu compliqué aussi. Alors, en fait je l'ai gardé pendant une heure parce qu'elle commençait à me parler de ses conflits conjugaux. Donc tout ça, ça commençait à envahir un peu toute la consultation. Elle voulait aussi avoir des réponses sur ce que c'était, sur cette masse même si je pense qu'elle savait très bien que c'était un cancer. Mais aussi parce qu'elle n'avait pas d'autre interlocuteur et qu'elle voulait se livrer sur ses soucis.

Voilà ce que je peux dire sur ce cas là. Donc pour moi la complexité, c'était surtout sur l'annonce du diagnostic car c'est quelque chose que je n'ai pas l'habitude de faire, donc quoi dire, est ce que je vais trouvé les mots. Est ce que je ne vais pas en dire trop, est ce que je vais en dire assez. Ou sont mes limites, ça je ne savais pas trop. Deuxièmement, dans le fait de court-circuiter la prise en charge du médecin traitant. Quelle est notre place là dedans, est ce que c'est vraiment notre rôle en tant qu'interne ou est ce qu'on a un rôle vraiment passif, en même temps je pense que c'est personnalité dépendante.

Et puis ce qui a été difficile aussi, c'était de savoir faire le tri dans tous les problèmes, lorsque la femme vient dans la consultation en ramenant tous ses problèmes conjugaux, probablement qu'elle avait aussi une pathologie dépressive sous jacente donc ce n'était pas évident de faire le tri, de mettre le point sur les priorités. Moi j'étais là pour m'occuper du mari, et pas forcément d'elle. Le problème central c'était la pathologie de son mari. Donc j'ai l'impression de me laisser noyer. En même temps j'avais envie aussi de gérer ses problèmes qu'elle me laissait là, en consultation et puis démerde toi avec ça.

Donc moi la complexité je le vois finalement pas trop sur le plan médical, bon même si c'est pas un truc que je manipule, à la rigueur j'appelle le pneumologue même si moi je sais pas comment faire, les spécialistes sont un peu là pour ça ou internet pour aussi nous « driver ». Sur le médical je pense qu'on peut toujours s'en sortir, en fait car même si on ne sait pas faire, on téléphone et on s'informe sur les livres. Là où c'est beaucoup plus difficile de s'informer c'est sur la conduite relationnelle, et voilà. Je ne vais pas téléphoner à je sais pas qui pour savoir comment je lui annonce, quel mot j'emploie, sa femme elle me ramène ses problèmes, qu'est ce que j'en fais...ça personne ne peut me le dire.

#### QUESTIONS :

1. Considères tu que ton intervention clinique ainsi que les moyens complémentaires entrepris ont modifié la problématique et en quoi ?

Je pense que oui ça a fait avancer, le recours au spécialiste pour obtenir une fibroscopie ça a fait avancer les choses car ça avance la prise en charge sur le plan diagnostic et puis sur l'attente d'une réponse que je demande et que le patient attend.

2. Penses-tu avoir modifié ta façon de faire dans ce cas précis par rapport à tes notions théoriques sur le sujet ? Aurais-tu pu agir différemment devant un autre patient présentant le même problème ? Pourquoi ?

Je pense que j'ai été dans mon cas plus prudente que ce que j'aurai pensé. Dans l'annonce du diagnostic je pense que ça aurait été plus facile de prononcer le mot cancer, voilà avec ce que j'en sais en sachant que cette masse là avait telle ou telle caractéristique j'aurai pu facilement dire comme dans les livres que c'était probablement un cancer mais devant ce cas présent ou j'étais devant un patient dans le déni et dans la réticence, bah oui j'ai pas du tout agi comme j'aurai pu le faire si j'avais été devant un patient beaucoup moins réticent. Donc oui j'ai été beaucoup plus prudente.

J'aurai pu agir différemment si le patient avait été plus réceptif, et qui aurait plus d'attentes et de demandes face à une réponse précise.

3. Comment la problématique a-t-elle évoluée au cours de ta prise en charge ? Cette évolution a-t-elle modifié ta façon de voir le problème ?

Ce qui a évolué c'est que déjà le patient a eu la confrontation avec le spécialiste rapidement et le spécialiste lui a donné la réponse, il a été beaucoup plus clair, il était devant sa caméra, donc il était obligé de lui donner une réponse et le patient a bien entendu qu'il y avait de grande chance que ce soit un cancer. Et donc il a plus accepté et il a surtout prononcé le mot cancer avant que je le dise moi même et ça a brisé un peu le tabou. Car le patient m'a rappelée le lendemain et j'ai beaucoup parlé avec lui. Je l'ai revu la semaine suivante et il avait la réponse. Il a directement prononcé le mot cancer, il m'a dit alors qu'il commençait à réaliser, qu'il allait falloir faire de la chimiothérapie et cela m'a permis que l'abord soit plus facile avec lui. Et cela m'a permis d'aborder la prise en charge thérapeutique de façon plus sereine. Alors que si on restait dans le flou...

4. Un autre praticien aurait-il pu agir différemment ? aurait t-il pu conclure à une hypothèse différente de la tienne ? Pourquoi ?

A part dans l'annonce du diagnostic, il aurait pu poser le diagnostic de manière un peu plus crue, voilà je pense qu'après dans l'attitude je ne pense pas qu'on aurait pu agir plus vite, car j'ai appelé assez rapidement. Dans l'annonce il aurait pu soit moins l'alarmer car en ayant été trop prudente je l'ai inquiété et sa femme et peut être que je n'ai pas eu les bons mots car je n'ai pas l'habitude. C'est plus dans l'abord relationnel qu'il aurait pu agir différemment.

5. A quel degré de certitude concernant le problème te situais-tu au moment de ta prise en charge ?
6. Peux tu identifier les facteurs qui ont généré cette incertitude ?

Sur le plan clinique, je n'avais pas trop de doute, j'avais une grande certitude sur le plan diagnostic, maintenant là où j'avais beaucoup plus de doute c'était sur l'annonce du diagnostic, et sur la façon de faire pour annoncer la chose. C'était sur le plan relationnel que là j'étais pas du tout certaine d'agir de la bonne manière. La certitude est plus sur la démarche diagnostique et thérapeutique.

7. Finalement, au terme de ta prise en charge, as-tu envisagé une ou plusieurs solutions ? Qu'est ce qui a influencé ta prise de décision ?

Si les paramètres qui ont influencé, c'est la réticence du patient et ses attentes. C'est-à-dire c'est plutôt la réceptivité du patient qui a fait que j'ai modulé un peu mon annonce du diagnostic. J'aurai abordé différemment le problème si j'avais face à moi un patient qui avait d'autres attentes et qui était moins hermétique à ce que je pouvais lui dire. Et j'aurais peut être appelé plus tard le spécialiste en me disant là il sait ce que je lui ai dit, ou j'aurai appelé aussi mon maître de stage pour lui dire bon on va programmer une fibroscopie. Là j'avais besoin peut être du recours du spécialiste pour lui faire accepter la pathologie, qu'il soit confronté au spécialiste pour qu'il soit plus rapidement dans le chemin de la prise en charge pour qu'il s'en rende compte.

#### ENTRETIEN 4

« Nous allons discuter de la situation complexe à laquelle tu penses avoir été confrontée.

En quoi cette consultation a-t-elle été problématique ? »

« Donc, c'est un monsieur de la cinquantaine qui est venu me voir en consultation parce qu'il avait une éruption cutanée corps entier soixante douze heures après prise d'anti inflammatoire, qui avait été mis par le médecin pour un syndrome grippal, rien de très franc. Il est arrivé avec son éruption vraiment... il y avait une érythrodermie avec une éruption purpurique sur les deux membres inférieurs sans fièvre sans rien d'autre, isolé. Là où ça m'a posé le plus de soucis, déjà c'était le terrain, c'était un monsieur qui avait été alcoolique, connu, donc terrain fragile et qui avait une thrombopénie déjà connue à 30 000 plaquettes qui n'avait jamais été explorée plus que ça... Qui n'avait pas trop de suivi. Et du coup quand j'ai vu son purpura je me suis dit vascularite/AINS donc j'ai demandé tout de suite une prise de sang et puis je lui ai dit je vous revois ce soir avec le résultat de la prise de sang. Donc il est arrivé à 5 heures le soir avec un résultat de prise de sang catastrophique où il avait 28000 plaquettes, des blancs dans les chaussettes et un bilan hépatique complètement... enfin une grosse insuffisance hépato-cellulaire et donc voilà. Qu'est ce ça m'a posée comme soucis, le premier déjà je me suis dit est ce que je peux pas passer à coté d'un truc beaucoup plus grave que ça vis à vis du purpura, est ce qu'il ne peut pas y avoir une atteinte viscérale que je verrais pas, un saignement méningé, un saignement cérébral un peu occulte avec sa thrombopénie de base plus ses AINS. Qu'est ce que j'en fais, est ce que je peux le laisser à la maison sans risquer quoi que ce soit, est ce que je peux avoir confiance en lui vu le terrain aussi le surveiller comme ça lui dire de revenir dans 48h en laissant les consignes d'appel d'urgence pour la nuit et puis après le problème se posait ensuite au delà de l'éruption de tout son bilan hépatique qui était catastrophique de son insuffisance hépato cellulaire, de son alcoolisme non sevré qui fallait prendre en charge qui évoluait depuis 5-6 ans. il avait jamais vu de gastro, je n'avais aucune d'imagerie, je ne savais pas du tout le fonctionnement de son foie à part un TP qui devait être à 50%, donc... et en plus un monsieur qui minimisait vachement les choses, en plus c'est sa femme qui l'avait envoyé consulter sinon il serait jamais venu consulter.

Donc j'étais très frileuse de le laisser rentrer chez lui et se surveiller et du coup donc j'ai quand même demandé l'avis de mon confrère à côté pour m'aider dans ma décision sachant que du coup je m'étais dit que comme il n'avait pas de fièvre et qu'il avait un bon état général, je pouvais le laisser chez lui mais en lui demandant de revenir, en plus c'était un jeudi soir donc je lui avais demandé de revenir deux jours après samedi matin pour qu'il soit revu par son médecin habituel pour contrôler l'éruption et voir ce que ça donnait. »

« Que t'a dit le confrère ? »

« Finalement il était presque plus embêté que moi, il m'a posée des questions : est ce qu'il y avait de la fièvre, quel était l'état général, les constantes, et puis ce qui m'a aussi décidée à le laisser chez lui c'est qu'il y avait sa femme finalement qui était capable d'appeler ou de l'envoyer consulter au moindre souci et que sa thrombopénie, parce qu'il y avait ça qui m'embêtait aussi, était chronique et connue depuis de longues années et qu'il y avait peu de risque que ce soit quelque chose d'aigu de surajouté par dessus. »

« Que s'est-il passé ensuite ? »

« Après, le monsieur je l'ai revu et je lui expliqué que pour moi c'était probablement une réaction aux anti inflammatoires sachant qu'il en avait reçu quelques années plus tôt pour des problèmes de genou donc il avait du être sensibilisé, que c'était contre indiqué et qu'il fallait arrêter absolument et que par contre il fallait qu'il soit revu quarante huit heures plus tard par son médecin traitant avec un contrôle des plaquettes pour vérifier que ça ne continue pas à chuter et que je le revoyais moi la semaine d'après avec un bilan hépatique plus complet, un contrôle des plaquettes pour refaire le point. Donc deux jours plus tard, j'avais rappelé mon maître de stage, donc l'éruption était en train de rentrer dans l'ordre avec l'arrêt des anti-inflammatoires. Et moi je l'ai revu la semaine suivante avec un bilan hépatique catastrophique, une éruption qui rentrait dans l'ordre, mais une grosse insuffisance hépato cellulaire, une albumine dans les chaussettes, une leucopénie à 2000 blancs et puis des plaquettes qui restaient à 30000 sans bouger. Donc du coup, d'abord, j'ai réussi à lui obtenir un rendez vous chez un gastro en semi urgence dans les quarante huit heures. Donc une semaine après que je l'ai vu il voyait le gastro avec écho et fibro. Et, la semaine suivante je l'ai revu encore une fois pour voir tous les résultats et c'est là qu'on a abordé le problème de son alcoolisme. Qui était le donc dernier truc qui découlait de tout ça, et avec un monsieur qui était complètement dans le déni et que j'ai essayé de suivre une fois par mois pendant 6 mois et que j'ai jamais vraiment réussi à faire arrêter, prendre conscience en tout cas de son problème d'alcoolisme. Bon, il a quand même cédé un peu car son bilan s'est progressivement amélioré mais je sais pas si je suis partie à un moment où ça aurait pu se déclencher ou si de toute façon c'était pas la peine d'essayer. Voilà.

Donc la problématique initiale c'était vraiment le diagnostic et la prise en charge. Puis après il y a pleins de choses qui ont découlées. Déjà au niveau vraiment purement organique, de voir l'état réel de son foie et vérifier qu'il n'y ait pas quand même un cancer sous jacent et puis après une fois ça écarté, la problématique de son alcoolisme à prendre en charge. Avec un retentissement familial qui était assez important parce que j'ai quand même eu sa femme qui n'était pas suivi au cabinet très régulièrement au téléphone qui me disait : « ah il a bu ça il a bu ça, telle bouteille a disparu, qu'est ce que je dois faire ? » qui le fliquait un peu sans trop lui dire mais qui me rapportait tout, en me mettant dans une sale position vis à vis du patient. Donc voilà, dernière problématique, la prise en charge de l'alcoolisme en ambulatoire, voilà ce n'est pas évident.

#### QUESTIONS :

1. Considères tu que ton intervention clinique ainsi que les moyens complémentaires entrepris ont modifié la problématique et en quoi ?

« Pour la problématique initiale du diagnostic, enfin de l'étiologie, je pense que la clinique et les examens complémentaires, la biologie ça m'a permis de, peut être pas de résoudre le problème diagnostic mais en tout cas de me rassurer. Il y avait un diagnostic à faire mais on pouvait se permettre d'attendre, de voir si l'arrêt des AINS arrêtait l'éruption. Je pense que si je n'avais pas fait la prise de sang en étant rassurée sur la fonction rénale parce que c'était ça le truc, je pense que ça aurait été différent. Donc je pense que ça m'a permis

d'attendre. Et de garder le patient chez lui. Après pour les autres, le problème de l'alcoolisme, je pense que ce n'est pas un examen clinique et des examens complémentaires qui changent quoi que ce soit. Donc voilà. »

2. Penses-tu avoir modifié ta façon de faire dans ce cas précis par rapport à tes notions théoriques sur le sujet ? Aurais-tu pu agir différemment devant un autre patient présentant le même problème ? Pourquoi ?

« Je pense pas. En tout cas, sur tout ce qui est diagnostic et bilan hépatique je pense que j'avais bien appliqué ce que j'avais en théorie. Après, pour être sincère, prise en charge de l'alcoolisme, je n'avais aucune notion théorique bien franche et bien claire dessus donc j'ai fait un peu au feeling et surtout après en modulant ma prise en charge selon les débriefing que je faisais avec le maître de stage qui le connaissait bien et qui m'a quand même aidé pour la suite.

Est ce que j'aurai pu faire différemment, je pense pas. Je pense pas. Parce que la première chose à faire c'était d'éliminer une urgence biologique, et organique donc c'est ce que j'ai fait. Après, maintenant pour ce qui est de la suite, avec les notions que j'ai maintenant sur la prise en charge de l'alcoolisme peut être que je m'y prendrais un peu différemment en tout cas sur les premières consultations. Par sur la suite je pense que de toute façon non. Et puis c'est patient dépendant, ça ne vient pas forcément que de nous. »

3. Comment la problématique a-t-elle évoluée au cours de ta prise en charge ? Cette évolution a-t-elle modifié ta façon de voir le problème ?

« Du coup la problématique a évolué parce que la problématique initiale n'est plus du tout la même que la problématique finale. C'est devenu, d'une problématique diagnostique, on est arrivé à une prise en charge d'addiction. Ça s'est transformé en suivi je dirais pas jusqu'à psychologique mais un petit peu quand même parce que je le voyais tous les mois pour voir ou il en était dans son sevrage et puis du coup, bah forcément, finalement la problématique a été résolue en une semaine et puis la problématique finale n'est toujours pas résolue parce que j'ai revu le patient la semaine dernière et il est toujours pareil. Donc après, problématique changeante égale prise en charge différente.

Donc après le problème était plus du tout le même. La problématique initiale a permis de rentrer dans un engrenage et de mettre le doigt sur une problématique plus profonde et plus grave que ce qu'il y avait initialement. »

4. A quel degré de certitude concernant le problème te situais-tu au moment de ta prise en charge ? Peux-tu identifier les facteurs qui ont généré cette incertitude ?

« Quel degré de certitude... Ouh là. Alors comment je vais évaluer ça ? On va dire que sur le problème initial diagnostique, j'étais quand même assez sûre de la prise en charge, avec toujours une arrière pensée de quelque chose de plus important quand même. Mais en étant posée et en remettant les choses telles qu'elles étaient, en posant les problèmes et les signes de gravité qui n'existaient pas, finalement j'étais assez sûre du diagnostique. »

« La petite incertitude venait du terrain. Vraiment du terrain du patient. Et le fait que, ce qui m'a vraiment embêtée c'est que c'est sa femme qui l'a envoyé consulter. Qu'il ne se soit pas lui-même posé des questions devant, en étant rouge des pieds à la tête avec un purpura. Ils ne sont pas venus consulter, ça faisait quand même 3 jours que ça durait quand il est venu consulter. Et puis le terrain, en me disant bah, mince est ce qu'il peut pas avoir autre chose. Il y avait la prise d'AINS mais est ce qu'il ne fait pas quelque chose de plus fin, et de plus grave derrière. »

5. Un autre praticien aurait-il pu agir différemment ? aurait-t-il pu conclure à une hypothèse différente de la tienne ? Pourquoi ?

« Du coup comme j'ai demandé à mon confrère, il était assez ok sur ce que j'avais fait et sur le diagnostique, après est ce que quelqu'un l'aurait envoyé, aurait demandé un avis dermato pour confirmer le diagnostique en urgence, peut être, je sais pas. »

6. Finalement, au terme de ta prise en charge, as-tu envisagé une ou plusieurs solutions ? Qu'est ce qui a influencé ta prise de décision ?

« Du coup, oui, j'avais envisagé plusieurs solutions. Sur la problématique initiale l'autre solution aurait été un avis dermato. Si je m'étais plantée, que l'éruption ne passait pas, je l'aurais envoyé voir le spécialiste pour ce problème diagnostique. Et puis après pour le reste du suivi, je n'avais pas le choix, autre que de passer par un gastro pour son bilan hépatique et puis pour son suivi d'alcoolisme, j'avais envisagé de l'envoyer plutôt vers un addictologue ou vers un suivi de psychothérapie auquel le patient s'est formellement opposé. De toute façon il ne voulait voir qu'une seule personne, il voulait bien venir me voir une fois par mois pour faire le point avec un bilan mais c'est la seule chose qu'il avait lui accepté. Mais c'est pas forcément du tout ce que j'avais envisagé au début pour résoudre son problème d'alcoolisme, je l'aurais plutôt orienté vers un réseau plus rodé et plus adapté que moi. »

« Ce qui influencé ma décision, le patient, les desiderata du patient. Parce que de toute façon je l'aurais adressé, en plus, enfin, je lui aurai dit quand même d'aller voir un addictologue mais il ne serait pas allé et en plus il ne serait même pas revenu me voir après donc j'avais quand même réussi à accrocher quelque chose donc on a gardé ce qu'on a... , le petit lien, c'était déjà ça, c'était mieux que rien. C'est vraiment le vœu du patient. »

NOM : RIAUDEL

PRENOM : TYPHAINE

**Titre de Thèse : Etude descriptive et analytique de la gestion de la complexité par des internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires Autonome Supervisé (SASPAS)**

---

## RESUME

La complexité d'un système se caractérise par la multiplicité des éléments et la diversité de leurs interactions. L'être humain est un système complexe auquel peut être associée une pathologie tout aussi complexe. La Médecine Générale a pour vocation d'appréhender cette complexité par une prise en charge globale. Pour décrire les dimensions de la complexité, le vécu de situations médicales complexes par des internes en SASPAS a été recueilli au moyen d'un questionnaire et d'entretiens semi-dirigés. L'analyse de ces données montre que si les situations complexes sont peu fréquentes, l'interne est souvent le premier médecin consulté. La complexité porte principalement sur des aspects diagnostiques générant un sentiment d'incertitude. Les internes éprouvent des difficultés pour trouver leur place par rapport aux autres intervenants. Le comportement du patient ou de ses proches apparaît comme un déterminant essentiel de la prise de décision. Ces éléments de la complexité rendent difficile l'instauration d'une relation médecin/patient satisfaisante. Les différents concepts dégagés par ce travail pourraient utilement servir de bases théoriques pour l'élaboration d'un questionnaire visant à appréhender la complexité chez les internes SASPAS.

---

## MOTS-CLES

Complexité, Médecine générale, interne en SASPAS, comportement des patients, relation médecin/patient.