

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7  
FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Année 2013

---

n°

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**MULTON Romain**

**Né le 26 novembre 1983 à Maisons-Laffitte**

---

*Présentée et soutenue publiquement le : 3 décembre 2013*

---

**Désaccords entre internes de médecine générale et maîtres  
de stage sur les soins aux patients.  
Etude de 37 situations en Ile de France**

Président de thèse : Pr NOUGAIREDE Michel

Directeur de thèse : Pr GALAM Eric

**DES de médecine générale**

# **REMERCIEMENTS**

## **A l'ensemble des membres du DES de médecine générale de Paris 7**

Merci de m'avoir fait confiance pour réaliser ce sujet d'étude, pour votre promotion, auprès des externes, de la médecine générale, une discipline encore mal considérée lorsque j'ai passé les ECN, mais pourtant ô combien passionnante

## **A Monsieur le Professeur Michel Nougairède**

Merci de me faire l'honneur de bien vouloir présider ma thèse, veuillez recevoir mes sincères remerciements.

## **A Monsieur le Docteur Eric Galam**

Merci de m'avoir fait découvrir la médecine en cabinet de ville, merci de ta bienveillance confraternelle, du partage de tes connaissances sur la nature humaine

Ta sensibilité, ton humanité m'ont beaucoup apporté et ont contribué à m'apprendre toute la noblesse du rôle de médecin de famille.

Je t'exprime ma profonde reconnaissance pour m'avoir encouragé, dirigé et soutenu dans ce travail de thèse

## **A Monsieur le Professeur Godeau**

Et à toute l'équipe de médecine interne-endocrinologie de Mondor, pour m'avoir donné un exemple de relation maître de stage-interne basé sur un véritable compagnonnage. Vous m'avez montré que la transmission d'un savoir semblant inépuisable pouvait autant servir l'art médical que la science

## **A tous les internes ayant participé à cette étude**

Merci d'avoir évoqué des souvenirs parfois douloureux, d'avoir joué le jeu et contribué à rendre nos focus groupe aussi agréables que productifs

**A l'équipe de la documentation de la bibliothèque de Xavier Bichat**

Pour votre disponibilité et vos précieux conseils

**A Elodie, mon épouse, et mes deux enfants : Arthur et Agathe**

Merci Elodie pour ta précieuse relecture et ton soutien inébranlable

Vous êtes tous trois mes trésors les plus précieux

**A Mademoiselle le Docteur Lise Nadereau**

Pour l'intérêt que tu as porté à mon sujet d'étude et ta relecture, pour tes conseils, ton amitié, ta cuisine délicieuse, tes faire parts parfaits, tes carnets de voyage très immersifs.

**A Philippe, Michael, Nicolas, Adeline, Marie, Hugo, Younès, Claire Lise, Xavier, Delphine et Mathilde**

Et à vos moitiés, pour votre amitié sincère et indéfectible depuis peu (10 ans)... en comparaison avec le temps qu'il nous reste devant nous

**A Lorraine, ma meilleure amie**

Et « Guigui » ta tendre moitié pour m'avoir apporté deux fois plus de joie qu'une simple vie pouvait en contenir

**A ma mère, mon père, ma sœur Isabelle, Lionel, Tom et Léa**

Une famille en tous points formidable

**A Dominique, Thierry, Arnault et Lucie**

Pour votre soutien, vos conseils et votre affection

**A Jean,**

Pour m'avoir prêté quelques allèles ô combien utiles dans cette vocation

**A Mademoiselle le Docteur Mathilde Sass**

Pour nos moments de détente autour d'un café ou d'un mal perforant, merci d'avoir brillamment terminé ton internat pour te lancer avec moi dans un beau projet

**A Yael « Chewbacca »**

Pour ta précieuse aide dans la retranscription des focus groupe

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

CV : contre visite

OAP : Oedeme aigue du poumon

NTBR : Not to be reanimated

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

AVP : Accident de la Voie Publique

*nda* : Note de l'Auteur

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

DESC : Diplômes d'études spécialisées complémentaires

FG : Focus groupe

MdS : Maître de Stage

GaEbDc : Focus groupe a, Interne b, Désaccord c

HS : Hors Service

# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS .....	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
SOMMAIRE .....	6
INTRODUCTION.....	9
METHODE .....	12
RESULTATS .....	15
I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	15
II. COMPOSITION DES FOCUS GROUPES, RESUME DES DESACCORDS.....	17
III. RESULTATS.....	32
A) Les facteurs, retrouvés chez les internes, susceptibles d’induire la dégradation d’un désaccord en conflit. ....	32
a) Divergence de prise en charge pour des patients fragiles, le cas particulier de la fin de vie. ....	33
b) La sous-estimation des compétences cliniques de l’interne par le senior. ....	37
c) Le manque d’implication du senior dans les soins .....	39
d) Le non-respect par le senior des recommandations de bonnes pratiques.....	40
e) L’observation d’une prescription jugée complaisante .....	41
B) Les éléments qui poussent l’interne à exprimer son désaccord et ceux qui l’incitent à la retenue.....	43
a) La personnalité de l’interne .....	43
b) Le rapport hiérarchique .....	44
c) Les conséquences sur la santé du patient .....	45
d) La confiance en soi et la confiance dans le senior. La nature de la relation senior/interne avant le désaccord. ....	47
e) Le rapport aux médecins de spécialités différentes que la médecine générale.....	50
C) L’impact de ces désaccords sur la prise en charge des patients .....	51
a) La prise en charge médicale effective du patient est celle décidée par l’interne .....	51
1. Prise en charge consensuelle.....	51
2. Le senior reste en désaccord avec la prise en charge de l’interne. ....	53
2.1 La prise en charge de l’interne se fait en l’absence du senior du service/cabinet.....	53
2.2 L’interne désobéit à son senior en sa présence dans le service/cabinet .....	53
2.3 L’interne bénéficie de l’appui d’un autre senior sans position hiérarchique.....	55
2.4 L’interne bénéficie de l’appui d’un senior ayant une position hiérarchique forte .....	55
2.5 Le senior décide de laisser l’interne autonome dans ses décisions.....	56
b) La prise en charge effective du patient est celle décidée par le senior.....	57
1. L’interne est convaincu par le senior, la prise en charge est consensuelle.....	57
2. L’interne reste en désaccord .....	58
2.1 L’interne applique la prise en charge de son senior sans y adhérer.....	58
2.2 L’interne est contraint par sa hiérarchie .....	61
2.3 L’interne reste spectateur d’une prise en charge dont il n’est pas responsable.....	61

2.4 La prise en charge du patient est poursuivie exclusivement par le senior .....	<b>62</b>
D) Les arguments et stratégies de chacun des acteurs .....	<b>62</b>
a) Les internes, des stratégies visant à convaincre ou à être convaincu.....	<b>62</b>
1. La recherche bibliographique.....	<b>62</b>
2. Les arguments cliniques .....	<b>63</b>
3. Les stratégies d'évitement du conflit .....	<b>65</b>
3.1 L'accommodation .....	<b>65</b>
3.2 Le recours à un senior en position hiérarchique .....	<b>65</b>
3.3 Le recours à un senior sans position hiérarchique .....	<b>66</b>
4. Le recours à l'ensemble de l'équipe .....	<b>66</b>
5. L'évocation du désaccord à posteriori.....	<b>68</b>
b) Les seniors, le besoin de persuader pour affirmer son autorité et la nécessité d'agir .....	<b>70</b>
1. L'argumentation .....	<b>70</b>
1.1 l'expérience et les habitudes du service .....	<b>70</b>
1.2 l'expérience clinique personnelle .....	<b>71</b>
1.3 l'argument économique .....	<b>71</b>
1.4 la connaissance du terrain .....	<b>72</b>
1.5 la prise en compte de la volonté (réelle ou supposée) du patient .....	<b>73</b>
2. Le choix de l'autonomisation de l'interne .....	<b>73</b>
3. La stratégie du « choc » hiérarchique.....	<b>74</b>
4. La stratégie de l'humiliation .....	<b>75</b>
E) Situations particulières.....	<b>76</b>
a) Le cas particulier du désaccord aux urgences .....	<b>76</b>
La difficulté pour les internes les plus jeunes d'obtenir la reconnaissance de leurs compétences.	
La difficulté pour certains internes d'appréhender pleinement leur rôle de médecin aux urgences	
b) Le cas particulier du désaccord chez le praticien de ville .....	<b>77</b>
Le manque ressenti d'autonomie par certains internes	
Les désaccords seraient moins exprimés, quelques pistes pour comprendre	
La confrontation à l'enjeu commercial, source de réticence sourde ou affirmée	
F) La résolution du conflit .....	<b>81</b>
a) Les conséquences négatives du désaccord sur la santé des patients.....	<b>81</b>
1. L'erreur médicale .....	<b>81</b>
2. L'acharnement thérapeutique.....	<b>83</b>
b) Le sentiment prédominant de l'interne à l'issue du désaccord, témoin d'un conflit .....	<b>84</b>
1. Le manque de considération .....	<b>84</b>
2. La colère.....	<b>85</b>
3. La réassurance .....	<b>86</b>
4. L'Inquiétude, le stress.....	<b>88</b>
5. La peur de décevoir .....	<b>89</b>
c) L'autonomisation de l'interne .....	<b>89</b>
d) Les conséquences d'un désaccord professionnel sur la relation senior/interne.....	<b>93</b>
e) La remise en question d'une pratique .....	<b>96</b>

DISCUSSION.....	99
I. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	99
A) Forces de l'étude .....	99
B) Faiblesses de l'étude .....	100
II. ANALYSE DES RESULTATS .....	103
A) Ce que nous révèlent ces désaccords : les causes susceptibles de faire évoluer un désaccord vers un conflit ....	103
a) L'importance des désaccords concernant des patients très fragiles ou en fin de vie .....	104
b) Les autres causes de désaccord lié à un conflit d'identité selon la théorie de Northrup.....	108
c) L'interne considère que son senior ne respecte pas les recommandations de bonne pratique .....	109
B) La voie étroite entre la soumission à une hiérarchie et l'autonomisation .....	111
a) L'autonomisation .....	111
b) La loyauté ou la soumission à l'autorité ? .....	114
C) Améliorer la résolution des désaccords, prévenir la formation d'un conflit insoluble, un lien avec le professionnalisme ? .....	119
a) Sortir du piège de la soumission à l'autorité et de la déresponsabilisation de l'interne .....	119
b) Réflexions sur l'échange de savoir.....	121
c) D'autres outils utiles pour prévenir la formation d'un conflit insoluble .....	123
d) Evaluation des différents types de réponse face au conflit .....	124
D) Prendre en charge le « malaise » qui peut survenir à l'issue de ces conflits .....	128
CONCLUSION.....	131
BIBLIOGRAPHIE .....	133
ANNEXES .....	136
FICHE DE THESE.....	137
PERMIS D'IMPRIMER .....	139

## INTRODUCTION

L'exercice de la médecine s'inscrit dans un contexte avec des représentations, des ressources, besoins, contraintes et intérêts parfois divergents. Aux différentes strates de sa mise en œuvre, peuvent survenir nombre de conflits entre les acteurs de santé : conflits entre médecins, conflits entre les différents opérateurs, entre soignants et patients...

La littérature scientifique fait état de nombreuses études portant sur le conflit au sein du milieu professionnel. Dans le milieu médical, les études se sont surtout penchées sur la relation médecin/infirmière ou sur la relation chirurgien/anesthésiste au bloc opératoire. Le processus qui conduit un étudiant à devenir médecin passe par différentes étapes d'autonomisation plus ou moins accompagnées, dont l'ultime, qui précède immédiatement la thèse, se développe durant le troisième cycle entre l'étudiant devenu « interne » et ses différents enseignants théoriques et surtout « pratiques » sur les terrains de stage. Cette maturation des internes est réalisée de trois façons, souvent complémentaires, mais parfois aussi antagonistes : 1) le programme formel correspondant au programme officiel d'étude, de la faculté, des consensus..., 2) le programme informel est représenté par les styles d'enseignement de tel ou tel professeur, les règles de fonctionnement d'un lieu de stage, les façons de gérer les rencontres entre soignants..... et enfin, 3) le programme « caché » ou plutôt implicite (hidden curriculum) basé sur les relations avec les pairs et le vécu d'expériences formatrices telles que par exemple, la gestion des désaccords entre seniors et internes.

Peu d'études se sont intéressées à ce sujet. L'une des raisons de cette carence doctrinale (qui tient aussi en partie, au curriculum caché), est que, selon certains auteurs (Dorotta I, Staszak J, Takla A, Tetzlaff 2006)<sup>1</sup>, le professionnalisme d'un interne s'acquiert par l'obéissance de celui-ci à ses maîtres de stage ainsi que sa soumission à un ensemble de règles de fonctionnement (organisation du service hospitalier, règles propres à la spécialité médicale, règles de politesse et de communication nécessaires au travail en équipe, ponctualité... ). Selon ces auteurs l'expression d'un désaccord par l'interne en anesthésie est considérée comme un obstacle à l'acquisition d'un professionnalisme.

Au cours du Troisième Cycle d'Etudes Médicales, il arrive pourtant régulièrement que l'interne se trouve en situation de désaccord, avec son senior maître de stage. Selon Baldwin D C, Jr, Daugherty S R, Rowley B D<sup>2</sup> un quart des « résidents » (équivalent anglo-saxon des internes) inclus dans l'étude, disaient avoir été amenés à pratiquer des actes qu'ils considéraient comme immoraux, non éthiques ou personnellement inacceptables pendant la première année de leur internat.

Cependant, cette vision de la professionnalisation des internes de médecine ne fait pas l'unanimité. Selon West et Shanafelt<sup>3</sup>, le professionnalisme s'acquiert par la combinaison de facteurs personnels et environnementaux (cf. annexe 1). Les études de Baldwin 1997<sup>4</sup>, Hojat 2004<sup>5</sup>, Collier 2002<sup>6</sup>, Shanafelt 2005<sup>7</sup> et Bellini 2002<sup>8</sup> mettent en évidence, chez les internes, une dégradation de valeurs considérées comme des composantes à part entière du professionnalisme médical (ainsi en est-il de l'empathie ou de la compassion) proportionnellement à une augmentation du stress lié aux mauvaises conditions de travail et d'études. Cette dégradation est ressentie par les patients<sup>9</sup>. Ainsi, on est largement sorti, du moins dans la littérature traitant de ce problème, de la croyance ancienne consistant à penser qu'un médecin ne peut être professionnel qu'en négligeant son bien être personnel bien que ce postulat demeure malheureusement encore répandu dans la société<sup>10</sup>.

Toutes ces données soulèvent de nombreuses questions à propos des désaccords entre internes et maîtres de stage. Ces désaccords font-ils partie de ces facteurs environnementaux décrits par Colin et Shanafelt<sup>3</sup> ? Si oui, ont-ils une incidence positive ou négative sur la professionnalisation des internes ?

Les études sociologiques portant sur le conflit en milieu professionnel s'intéressent particulièrement à l'influence du lien hiérarchique sur ces conflits, mais il n'existe pas ou peu d'étude(s) prenant en compte le lien pédagogique particulier qui existe entre un interne et son maître de stage. Selon une méta-analyse (De Dreu 2003)<sup>11</sup>, de plusieurs études portant sur le conflit professionnel dans les années 1990, l'existence de conflits dans une équipe de travail, quelles qu'en soient les causes, va presque toujours de pair avec une diminution des performances et de la satisfaction des membres de cette équipe. Est-ce le cas des désaccords entre internes et maîtres de stage ? Y a-t-il une incidence sur la qualité des soins ?

Nous avons réalisé un travail d'évaluation de la place du désaccord interne-maître de stage dans le « hidden curriculum » de l'interne. L'expression de ces désaccords contribue-t-elle à la formation de jeunes médecins indépendants, responsables et libres prescripteurs ?

Le terme de « désaccord » sera utilisé dans cette étude à propos de « **toute situation mettant en évidence une différence d'opinions, de valeurs, d'intérêts concernant les soins à apporter à un patient** », définition utilisée par Studdert DM, Mello MM, Burns JP dans leur « *Etude des désaccords concernant les soins de patients en séjours prolongés en soins intensifs : causes, facteurs prédictifs* »<sup>12</sup>. Le terme de « *conflit* » sera quant à lui défini comme « **un désaccord qui nuit ou peut nuire à l'une des deux parties, voire aux deux** »<sup>13, 14</sup>. Afin d'étudier ces deux notions, nous chercherons à savoir s'il existe un lien entre une divergence de points de vue et l'existence d'une rivalité. Nous tiendrons également compte de la structure organisationnelle qui peut contribuer à la dégradation d'un désaccord au point de le voir évoluer vers un conflit<sup>15</sup>.

Nous avons recueilli pendant cette étude des témoignages portant sur des situations de désaccords comme sur des situations de conflit. Les frontières séparant ces deux notions ne sont pas toujours évidentes à poser car les internes interrogés ont parfois fait preuve d'une certaine pudeur, de sorte qu'il n'est pas possible de savoir s'ils ont ou non souffert de la situation de désaccord qu'ils ont choisi de relater. De plus, les sentiments des maîtres de stages n'ont pas été recueillis.

L'étude de ces désaccords soulève deux questions fondamentales. La première concerne les conséquences de ces désaccords sur la qualité des soins et les relations dans l'équipe médicale. La deuxième concerne le rôle de ces désaccords sur l'autonomisation et la professionnalisation de l'interne.

Nous avons réalisé une **étude qualitative de 37 situations de désaccord entre maîtres de stage et internes de médecine générale**. Ces désaccords ont été recueillis au cours de 5 focus groupes. Le but de notre étude est d'obtenir un panorama aussi large que possible, des causes les plus fréquentes de désaccord entre l'interne et ses seniors, de leurs conséquences sur les soins, sur la satisfaction des soignants et enfin sur le cursus de l'interne.

# METHODE

## 1) CHOIX DE LA METHODE

L'analyse de plusieurs situations de désaccords manifestes sur les prises en charge médicales entre internes et seniors sur le lieu du stage, a été réalisée selon une approche qualitative. Un « focus group » (ou groupe de discussion) est une forme d'étude qualitative qui prend forme au sein d'un groupe spécifique culturel, sociétal ou idéologique, afin de déterminer la réponse de ce groupe et l'attitude qu'il adopte vis-à-vis d'un concept. L'étude a été réalisée à partir du point de vue des internes, au moyen de **5 focus groups (FG)** comportant 4 à 7 internes de médecine générale de la région Ile de France, à différents stades de leur formation. Nous avons estimé que, malgré les inévitables phénomènes de pudeur, l'évocation de ce type de situations souvent vécues douloureusement sur le plan émotionnel par les internes, était facilitée par une approche en groupe. Par ailleurs les interactions entre participants ont permis de mettre en exergue des problématiques récurrentes. Tous les focus groupes ont fait l'objet d'une retranscription intégrale.

## 2) POPULATION ETUDIEE

Les internes en cours de DES de médecine générale de cinq facultés d'Ile de France étaient à différents moments de leur internat. Les plus « jeunes » étaient en 3<sup>ème</sup> semestre de leur DES, le plus « vieux » était thésé depuis 2 mois et venait de trouver un poste d'urgentiste. Aucun interne de premier semestre n'a participé aux focus groupes. Nous avons estimé initialement que, les situations de désaccord se rencontrent rarement en début d'internat. De plus, l'un des postulats de ce travail est que les désaccords internes/senior sont une des conséquences de l'acquisition d'indépendance de l'interne par rapport à ses pairs lors de sa professionnalisation.

Deux modes de recrutement ont été utilisés.

Certains internes ont été recrutés à l'occasion de travaux dirigés sur le thème « situation de désaccord sur le lieu de stage », organisés par mon directeur de thèse pendant le stage chez le praticien libéral (G1 et G3). Une fois arrivés sur le lieu de réalisation du focus groupe, les internes étaient informés de la nature de notre travail.

L'avantage de ce recrutement est que la participation aux travaux dirigés a un caractère obligatoire, ce qui supprime le biais de recrutement selon « l'affinité de l'interne avec le sujet du focus groupe ». De plus, ce recrutement a permis d'intégrer dans ce travail des internes de médecine générale de profils variés, ayant pour seuls points communs l'appartenance à la Faculté de Paris Diderot d'une part et la réalisation en cours, de leur stage chez le praticien de niveau 1 dans le nord de Paris d'autre part.

L'inconvénient de ce mode de recrutement est que les internes étaient convoqués pour une réunion formelle dans le cadre de leur cursus à Paris Diderot et pouvaient par conséquent ressentir ma présence comme une entrave à leur liberté d'expression sur un sujet aussi sensible, alors qu'ils se trouvaient interrogés en présence d'un professeur et maître de stage de la Faculté de Paris Diderot. Il leur a été signalé cependant la possibilité que leurs interventions ne soient pas intégrées au travail de recherche.

Le second mode de recrutement a consisté à réunir des internes rencontrés sur mes différents lieux de stage parmi mes co-internes et parmi mes connaissances personnelles, étant précisé que la plupart des internes que j'ai choisi d'interroger préparaient l'internat de médecine générale (focus groupe 2, 4 et 5). Ces focus groupes ont eu lieu en l'absence de mon directeur de thèse.

Ce recrutement a eu pour avantage d'offrir un cadre convivial et ainsi plus propice à la confiance.

L'inconvénient est que beaucoup des internes recrutés avaient eu connaissance du sujet de mon travail préalablement à la rencontre, ce qui a très certainement pu « biaiser » la sélection puisque seuls les internes intéressés par l'objet de cette étude ont accepté d'y participer. De plus, certains internes avaient effectué des stages communs et pouvaient par conséquent être influencés sur le choix des désaccords racontés pendant le focus groupe.

Le nombre de focus groupe réalisés n'a pas été déterminé à l'avance mais nous avons décidé d'arrêter les réunions lorsque les données recueillies nous ont semblé redondantes par rapport à celles dont nous disposions déjà.

### **3) GUIDE STRUCTURANT LES FOCUS GROUPES**

Malgré le faible nombre de références bibliographiques concernant le sujet de cette étude, nous en avons tiré les grandes lignes en élaborant des axes de recherche. Nous nous sommes

également inspirés de quelques entretiens préalables avec des internes et maîtres de stage de notre entourage.

L'analyse des 3 premiers focus groupes s'est faite au moyen des critères de lecture suivants : le motif de désaccord, le mode de résolution du conflit, les conséquences sur la santé du patient et sur le psychisme de l'interne... Au fur et à mesure des réunions, d'autres critères d'analyse ont émergé. Ils ont été ajoutés à la grille d'analyse lorsqu'ils étaient évoqués de façon récurrente par les internes ou les seniors : la différence d'âge entre l'interne et son senior, le sexe, les raisons qui peuvent amener un interne à obéir ou désobéir...

Pour les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> focus groupe, il a donc été demandé aux internes, au moyen de questions directes, des informations complémentaires, lorsque ces dernières n'étaient pas exprimées spontanément. Les informations étaient recueillies au cours du récit de l'interne et lors des débats qui suivaient chaque récit.

#### **4) LES FOCUS GROUPES**

Réalisés entre le 16 décembre 2011 et le 13 mars 2013, leur durée variait de 1h02 à 1h31. Ils ont été enregistrés avec l'accord des participants à l'aide du dictaphone d'un iPhone.

Les FG se sont tenus soit au cabinet de mon directeur de thèse entre 11h et 14h, soit dans la soirée vers 21h à mon domicile.

Le nombre de participants de chaque FG était compris entre 4 et 7 internes.

Au cours des réunions chez mon directeur de thèse, un buffet était proposé après l'enregistrement. Les FG à mon domicile étaient réalisés autour d'un repas.

Tous les FG ont été retranscrits de façon littérale en assurant l'anonymat des personnes et des lieux évoqués. Les groupes, internes et désaccords ont été numérotés et le **codage utilisé est Gx pour FG n°x. Ey pour interne n°y et Dz pour désaccord n°z.**

Nous avons utilisé E (Etudiant) pour interne pour faciliter la lecture

# RESULTATS

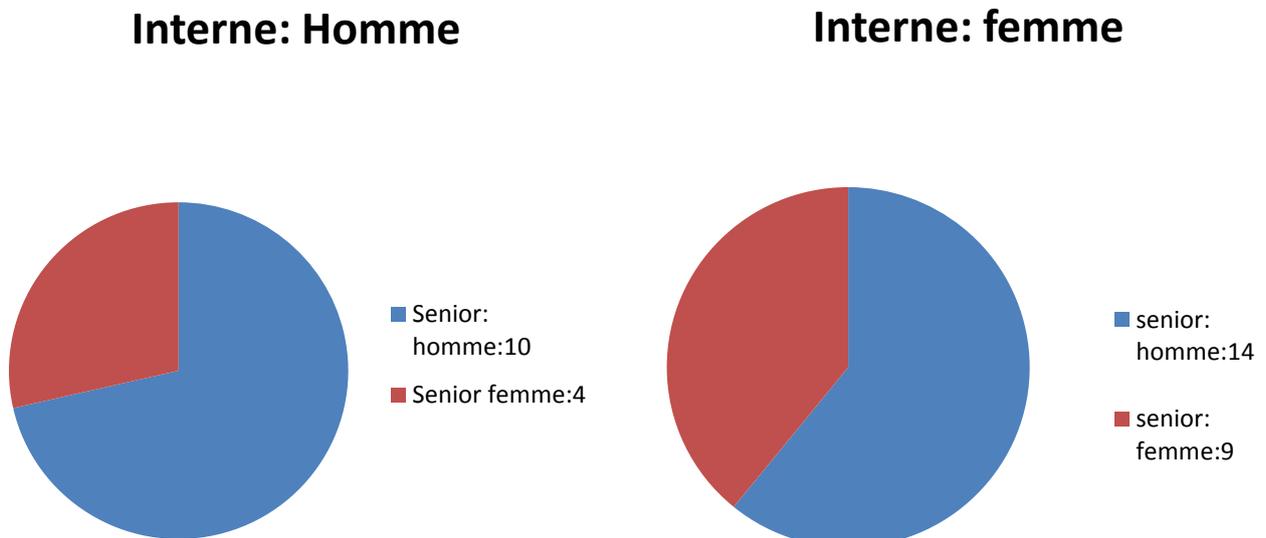
## I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Nous avons organisé cinq focus groupe d'une durée moyenne de 1h10 minutes.

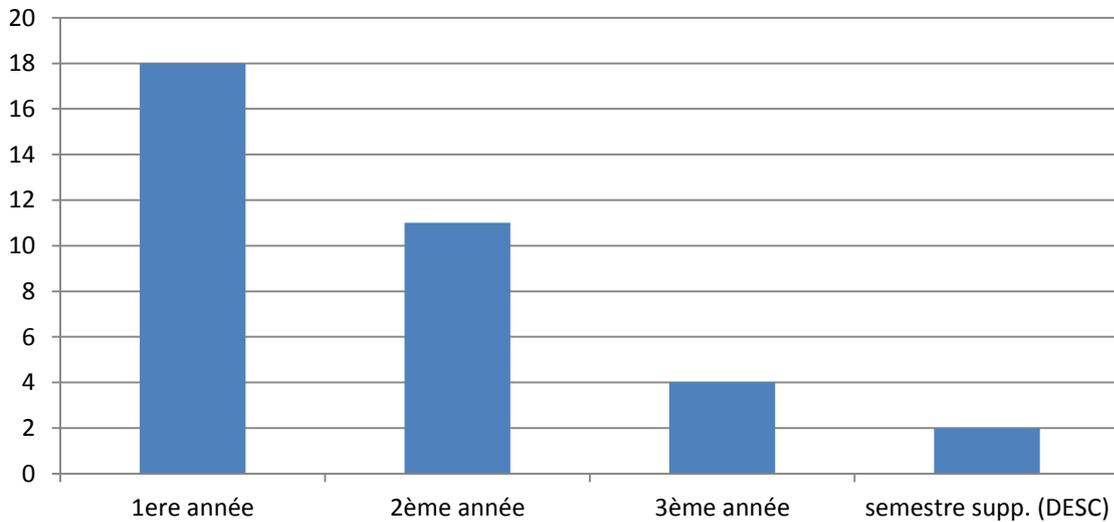
26 internes de médecine générale exerçant en région Ile de France ont participé à ces focus groupe. Vingt-cinq d'entre eux ont relaté au moins une situation de désaccord. Un interne n'a relaté aucune situation de désaccord.

Parmi les internes interrogés, 8 sont de sexe masculin (30,8%) et 18 de sexe féminin (62,2%). La moyenne d'âge est de 27 ans. Au cours de ces cinq focus groupes, 37 désaccords ont été recueillis. 14 conflits ont été relatés par des internes homme (37,8%) et 23 par des internes femmes (62,2%)

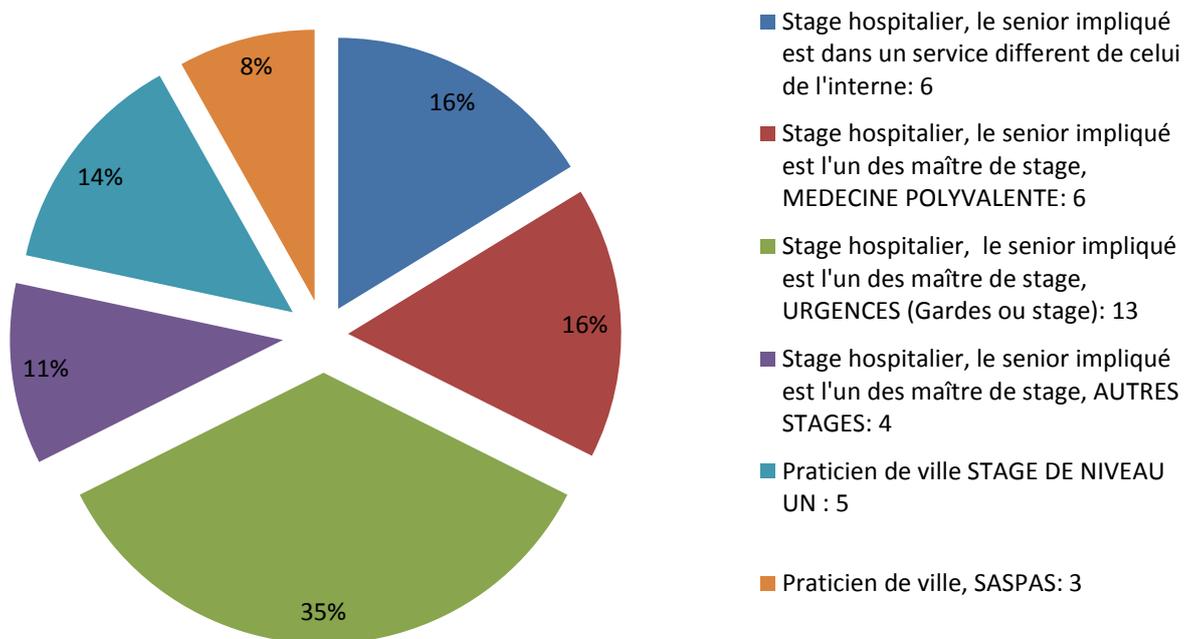
### Répartition des désaccords selon le sexe (tableau 1)



### Répartition des désaccords selon l'ancienneté des internes pendant la situation conflictuelle (tableau 2)



### Répartition des désaccords selon le lieu de stage (tableau 3)



## **II. COMPOSITION DES FOCUS GROUPES, RESUME DES DESACCORDS**

### **GROUPE 1**

**Date :** 16/12/2011 à 13h

**Lieu :** Cabinet du Dr Galam (en sa présence)

**Recrutement :** Les internes ont été conviés pour assister à un ED sur le thème « des désaccords entre praticiens et internes dans le cadre d'une prise en charge médicale ». Ces ED ont un caractère obligatoire. Ils ont lieu pendant le stage chez le praticien (stage de niveau 1). Les internes ont été informés à leur arrivée que la réunion s'inscrivait aussi dans le cadre d'un travail de thèse, leurs accords pour l'enregistrement ont été reçus.

**Nombre d'interne :** 7 (E1 à E6. 1 interne n'a pas participé)

**Semestre des internes :** Tous en 3<sup>ème</sup> semestre en stage chez le praticien de niveau 1

**Sexe :** E1 : homme. E 2, 3, 4, 5, 6, 7 : femmes

**Age :** Moyenne d'âge approximative : 26 ans

**Durée :** 1h 11 min

**Informations particulières relatives à chacun des internes :** Pas de volonté exprimée par l'un des internes de réaliser un exercice différent de la médecine générale en ville.

**Liens entre les internes présents concernant le récit clinique :** Aucun

G1E1D1 (gangrène de Fournier) (pour mémoire Groupe N°1 Interne(E) N°1 Désaccord N°1)

L'interne reçoit dans son service de médecine polyvalente, via les urgences, une patiente après avis des gynécologues de l'hôpital avec pour motif d'hospitalisation « abcès périnéal fistulisé, décompensation diabétique ». Il pense que la prise en charge de la patiente est chirurgicale. Il en fait part aux gynécologues qui ne changent pas de position et prescrivent une prise en charge médicamenteuse. L'interne prévient alors son senior. Sur les conseils de celui-ci, il appelle les chirurgiens viscéraux pour avoir un deuxième avis.

#### G1E2D2 (fracture de rein)

Une interne de garde aux urgences suspecte chez un patient une fracture du rein. Elle contacte son senior pour qu'il appelle le radiologue d'astreinte afin de le faire venir pour réaliser un scanner. Ce dernier refuse de se déplacer et l'interne reproche à son senior de ne pas transférer le patient dans un autre hôpital.

#### G1E3D3 (occlusion sur cancer colique)

L'interne de garde aux urgences suspecte une occlusion digestive, elle appelle le radiologue pour réaliser un scanner mais ce dernier renâcle à réaliser l'examen.

#### G1E1D4 (critères d'Ottawa)

L'interne aux urgences se pose des questions sur la prise en charge des entorses de cheville dans son service où il est réalisé une radiographie systématiquement.

#### G1E1D5 (choix d'une antibiothérapie adaptée)

L'interne en médecine polyvalente évoque une situation durant laquelle son senior prescrit une antibiothérapie inadaptée à un patient souffrant d'une infection à point de départ digestif.

#### G1E4D6 (examens complémentaires aux urgences)

L'interne aux urgences évoque un désaccord récurrent avec son senior, qui avait tendance à prescrire beaucoup d'examen complémentaires

#### G1E1D7 (torsion du grêle)

L'interne de garde aux urgences, prend en charge une patiente pour douleurs abdominales. Sa senior décide d'hospitaliser la patiente dans le service de chirurgie viscérale, sans diagnostic établi.

L'interne est en désaccord.

G1E5D8 (œdème de Quincke)

L'interne de garde aux urgences prend en charge un patient souffrant d'un œdème laryngé. Le traitement qu'elle met en place après avis téléphonique de son senior ne marche pas. Elle souhaite alors appeler le réanimateur de garde mais le senior refuse.

G1E6D9 (rhino-pharyngite et antibiotique)

L'interne en stage chez le praticien, s'étonne de la prescription, par sa senior, d'antibiotiques chez une enfant qui présente une rhino-pharyngite

G1E5D10 (hémorragie en visite à domicile)

L'interne, en stage chez le praticien de ville, réalise une visite à domicile chez une personne âgée fragile qui a présenté une hémorragie importante. Elle appelle son senior pour savoir ce qu'il convient de faire. Ce dernier ne veut pas faire hospitaliser la patiente, ce que l'interne désapprouve.

G1E3D11 (dissection aortique)

L'interne, de garde aux urgences, suspecte chez un patient une dissection aortique, mais ne parvient pas à convaincre son chef de la forte probabilité de son diagnostic ainsi que des mesures d'urgence qui en découlent.

## **GROUPE 2**

**Date :** 19/12/2011 à 20h00

**Lieu :** Mon domicile, appartement à Paris 19ème

**Recrutement** : 2 amis de promotion (interne 7 et 9), 2 internes recrutées via interne 7 (amies de promotion)

**Nombre d'interne** : 4 (E7 à E10)

**Semestre des internes** : E 7, 8 et 10 : 5<sup>ème</sup> semestre. E9 : Fin d'internat depuis 2 mois, fait des remplacements et prépare sa thèse

**Sexe** : E 7, 8 et 10 : femmes. E 9 : homme

**Age** : E 7 et 10 : 26 ans. Interne 8 : 25 ans. E 9 : 28 ans.

**Durée** : 1h 02min

**Informations particulières relatives à chacun des internes** : interne 2 souhaite exercer une activité hospitalière et réalise un DESC de maladies infectieuses. Les autres internes se destinent à la médecine générale dans un cabinet de ville.

**Liens entre les internes présents concernant le récit clinique** : Interne 1 et 2 étaient en stage ensemble pendant le récit relaté par interne 7 (G2E7D14)

G2E8D12 (décision de chirurgie et réanimation)

L'interne, en stage de médecine polyvalente, est en désaccord avec ses chefs sur la prise en charge d'un patient pour lequel elle estime que la pris en charge doit se limiter à des soins palliatifs. Deux désaccords sont exprimés : La décision de sauvetage d'un membre inférieur en état de nécrose et la décision de tenter une réanimation lors d'un arrêt cardio respiratoire.

G2E10D13 (AVC chez bipolaire aux urgences)

L'interne de garde aux urgences, suspecte un AVC chez une patiente souffrant par ailleurs de trouble bipolaire. Elle en parle à son senior qui, après avoir vu la patiente, ne suspecte pas d'AVC. L'interne est en désaccord et souhaite pousser les investigations.

G2E7D14 (EP et score de Wells)

L'interne, de garde aux urgences, suspecte chez un patient une embolie pulmonaire. Elle en fait part à son senior. Il refuse d'appeler les radiologues pour faire un angio-scanner au patient parce que ce dernier ne présente pas un score prédictif d'embolie pulmonaire élevé. (Score de Wells)

G2E9D15 (PSA et dépistage du cancer de la prostate)

L'interne, en service de médecine polyvalente/rhumatologie, s'étonne de la pratique de son senior qui prescrit un dosage systématique des PSA à tous ses patients de plus de 50 ans, afin de dépister des cancers de prostate.

G2E7D16 (PSA chez un patient en rémission de lymphome)

L'interne, en stage chez le praticien en ville, ne comprend pas l'attitude de son senior qui prescrit un dosage de PSA chez un patient en rémission de lymphome.

G2E8D17 (Toxicomanes et sirop codéiné)

L'interne, en stage chez le praticien, désapprouve les pratiques de son senior qui prescrit des sirops codéinés à ses patients toxicomanes

### **GROUPE 3**

**Date :** 20/06/2012 à 13h00

**Lieu :** Cabinet du Dr Galam (en sa présence)

**Recrutement :** Les internes ont été conviés pour assister à un ED sur le thème « des désaccords entre praticiens et internes dans le cadre d'une prise en charge médicale ». Ces ED ont un caractère obligatoire. Ils ont lieu pendant le stage chez le praticien (stage de niveau 1).

Les internes ont été informés à leur arrivée que la réunion s'inscrivait aussi dans le cadre d'un travail de thèse, leurs accords pour l'enregistrement ont été reçus.

**Nombre d'interne :** 6 (E11 à E16)

**Semestre des internes :** Tous en 4<sup>ème</sup> semestre en stage chez le praticien de niveau 1

**Sexe :** internes 11, 12, 13, 14, 15 et 16 : femmes

**Age :** Moyenne d'âge approximative : 26,5 ans

**Durée :** 1h15min

**Informations particulières relatives à chacun des internes :** Interne 11 souhaite exercer une activité mixte hospitalière/cabinet en ville.

**Liens entre les internes présents concernant le récit clinique :** Aucun

G3E12D18 (échographie doppler et embolie pulmonaire)

L'interne en stage de médecine polyvalente, reçoit un patient pour lequel elle évoque une phlébite avec embolie pulmonaire. Elle demande l'avis de sa chef qui n'est pas d'accord. Finalement, l'interne décide unilatéralement d'envoyer son patient faire une échographie-doppler.

G3E13D19 (80 ans, chute sous AVK, fin de vie)

L'interne en stage de médecine polyvalente, reçoit une patiente âgée, en fin de vie. Une prise en charge palliative est décidée de façon collégiale. La patiente fait une phlébite pendant son hospitalisation. La senior souhaite explorer et traiter la phlébite, l'interne désapprouve.

G3E11D20 (conceptions différentes de la psychogériatrie)

L'interne, en service de gériatrie, est en désaccord permanent avec une senior qui partage son temps entre la médecine interne et la gériatrie. L'interne pense en effet que les prises en charge doivent être limitées à des soins de confort chez des patients très âgés alors que l'interniste souhaite des prises en charge plus actives.

G3E14D21 (annulation de bilans aux urgences)

Le sénior demande à l'interne de garde aux urgences d'annuler tous les bilans biologiques qu'elle a prescrits et de faire rentrer les patients chez eux afin de conclure les dossiers. L'interne manifeste son désaccord.

G3E15D22 (fin de vie au lit porte)

L'interne, en stage aux urgences, s'occupe des lits portes. Elle prend en charge une patiente âgée, présentant une défaillance multi viscérale. Le senior qui a accueilli la patiente initialement, estime qu'il s'agit d'une indication à une « non réanimation » chez une dame en probable fin de vie. L'interne, ainsi que l'équipe de soins palliatifs, sont d'accord avec cette indication. L'interne est cependant amenée à demander un avis à un interniste concernant sa patiente. Celui-ci remet en cause l'indication de non réanimation et lui reproche son manque d'investigations para clinique et thérapeutique. L'interne lui demande alors d'en discuter à trois avec son senior.

G3E16D23 (PL sans hémostase)

L'interne, en stage aux urgences, reçoit un patient pour lequel elle suspecte une méningite. Elle souhaite réaliser une ponction lombaire en urgence mais l'une de ses seniors l'interrompt et la dispute violemment devant l'équipe pour avoir voulu faire une ponction lombaire sans bilan d'hémostase au préalable.

#### **GROUPE 4**

**Date :** 17/01/2013 à 20h00

**Lieu :** Mon domicile, appartement à Paris 19ème

**Recrutement :** 3 amis de promotion (Interne 17, 19, 20). Interne E18 recruté via interne E20 (ancien co-interne)

**Nombre d'interne :** 4 (E17 à E20)

**Semestre des internes :** Internes 18 et 20 ont fini leurs internats depuis 2 mois. Ils ne sont pas encore docteurs et font des remplacements. Interne E17 est thésé depuis 1 mois et vient lui aussi de finir son internat. Interne E19 est en 5<sup>ème</sup> semestre.

**Sexe :** interne 17, 18, 19, 20 : hommes

**Age :** Moyenne d'âge exacte 28,5 ans

**Durée :** 1h31min

**Informations particulières relatives à chacun des internes :** Interne E17 a passé le DESC d'urgence et va bientôt débiter un poste de senior à temps plein aux urgences. Interne 18 veut exercer comme médecin généraliste en cabinet après avoir un temps hésité avec la gériatrie. Interne E20 veut exercer comme médecin généraliste en cabinet de ville. Interne E19 a débuté le DESC d'urgence afin d'avoir plus tard une activité mixte généraliste et urgentiste.

**Liens entre les internes présents concernant le récit clinique :** Les situations cliniques racontées par interne E18 et E20 se sont déroulées alors qu'ils étaient tous les deux dans le même stage.

G4E17D24 (Senior non investi aux urgences)

L'interne, en stage aux urgences, s'oppose fortement à son senior à qui il reproche son manque d'investissement dans la prise en charge des patients.

G4E19D25 (bronchiolite en ambulatoire)

L'interne, en stage aux urgences pédiatriques, est en désaccord avec sa senior qui souhaite assurer une prise en charge ambulatoire d'un enfant souffrant de bronchiolite.

G4E18D26 (consultation de gériatrie à la place du senior)

L'interne, en stage de gériatrie, voit, en consultation, un patient qu'il souhaiterait hospitaliser. Il contacte par téléphone son senior, un chef de service renommé, qui refuse. Inquiet pour le patient et non convaincu par son senior, il fait appel à un autre senior.

G4E20D27 (soins palliatifs en gériatrie)

L'interne, en stage de gériatrie, s'occupe d'un patient victime d'un cancer en phase terminale. La prise en charge mise en place est palliative. Le senior décide alors de poser une nutrition parentérale, ce que l'interne désapprouve.

G4E19D28 (AVC et mention sur dossier « non réanimatoire »)

L'interne, en stage de médecine polyvalente, pense que la prise en charge d'une patiente âgée, victime d'un AVC massif, est inadaptée compte tenu de la faible espérance de vie de la patiente ainsi que de l'absence de récupération. Il propose à l'équipe de porter la motion « ne pas réanimer en cas d'arrêt cardio respiratoire » sur le dossier de la patiente.

## **GROUPE 5**

**Date :** 13/03/2013 à 20h00

**Lieu :** Mon domicile, appartement à Paris 19ème

**Recrutement :** Interne **E22** est la fille d'un médecin généraliste pour qui j'ai fait des remplacements. Interne **E21** a été recruté par l'intermédiaire d'interne **E23**. Interne **E23** est un ami de promotion. Interne **E25** est une ancienne co interne, son récit s'est déroulé dans un stage différent. Interne **E24** a été recruté par l'intermédiaire d'une amie de promotion absente de la réunion.

**Nombre d'interne :** 5 (**E21** à **E25**)

**Semestre des internes :** Interne **E21, 23, 24** : Internat fini, non thésé. Interne **E22** : 3eme semestre. Interne **E25** : en disponibilité avant son 6eme et dernier semestre

**Sexe :** Interne **21, 23** : homme. Interne **22, 24, 25** : femme.

**Age :** moyenne d'âge : 28 ans

**Durée :** 1h18min

**Informations particulières relatives à chacun des internes :** Interne **E21** a fini son internat avec un DESC d'urgences depuis 6 mois, il n'est pas encore thésé et vient de débiter un poste de senior aux urgences pédiatriques. Interne **E23** a lui aussi fini son internat avec DESC d'urgence, il n'est pas thésé et fait des remplacements dans services d'urgences. Les internes **22, 24 et 25** se destinent à la médecine générale en cabinet de ville

**Liens entre les internes présents concernant le récit clinique :** Interne 21 et 23 raconte des désaccords (D33 et D34) avec des seniors différents du même lieu de stage.

G5E21D29 (antibiotique et infiltration chez le généraliste)

L'interne en stage chez le praticien en ville est critique quant à la prescription d'antibiotiques qu'il juge trop fréquente et non justifiée chez son praticien ainsi que sur une infiltration qu'il ne juge pas indiquée et réalisée dans de mauvaises conditions d'asepsie.

G5E22D30 (antibiotique chez le généraliste bis)

L'interne en stage chez le praticien en ville est critique quant à la prescription d'antibiotiques qu'il juge trop fréquente et non justifiée chez son praticien

G5E23D31 (manque d'autonomie chez le praticien en ville)

L'interne a été en désaccord avec son praticien de ville pendant tout son semestre quant au manque de responsabilités que celui-ci lui donnait, en comparaison à celles qu'il avait pendant ses stages hospitaliers précédents

G5E24D32 (patiente adressée aux urgences en ville)

L'interne est en désaccord avec son praticien concernant une patiente enceinte qu'elle souhaite adresser aux urgences pour pyélonéphrite tandis que son senior aurait opté pour une prise en charge en ambulatoire

G5E23D33 (conflit pendant une garde au SAMU)

L'interne, de garde au SAMU, prend en charge un patient. Son senior lui demande de donner un traitement qui comporte, selon l'interne, un risque élevé pour le patient sans bénéfice. Devant ses réticences, l'urgentiste lui demande alors brutalement d'obéir.

G5E21D34 (antalgie par kétamine)

L'interne, de garde au SAMU, désapprouve la prescription, par son senior, de kétamine à but antalgique chez un patient qu'il ne trouve pas algique.

G5E25D35 (chimiothérapie non programmée)

L'interne accueille un patient en soins palliatif, transféré de cancérologie dans son service de pneumologie. La prise en charge de ce patient avait fait l'objet d'un accord téléphonique entre le senior de pneumologie et le cancérologue qui devait ne pas comporter de chimiothérapie. L'interne reçoit le patient et constate qu'une nouvelle cure de chimiothérapie a été débutée.

G5E24D36 (OAP chez une personne âgée en fin de vie)

L'interne, en SSR, est seule face à une patiente très âgée, victime d'un OAP. Elle réagit immédiatement en donnant le traitement adapté et sauve la patiente. La chef de service lui en fait le reproche le lendemain

G5E22D37 (occlusion intestinale et cancer du pancréas)

L'interne en semestre d'urgence, est seule à prendre en charge une occlusion intestinale compliquée d'un choc septique chez une patiente chez qui on découvre secondairement un cancer du pancréas. Elle téléphone au chirurgien viscéral qui souhaite opérer la malade, ce qu'elle désapprouve.

## Tableau récapitulatif des désaccords

Groupe	interne	Lieu du désaccord	Semestre de l'interne lors du désaccord	Statut du senior	« Nom » du Désaccord (rappel de la situation)
G1	E1	Médecine polyvalente	1er	Gynécologue HS	G1E1D1 (gangrène de Fournier)
G1	E2	Urgences	1er	Urgentiste MdS	G1E2D2 (fracture de rein)
G1	E3	Urgences	2eme	Radiologue HS	G1E3D3 (occlusion sur cancer colique)
G1	E1	Urgences	2eme	Urgentiste MdS	G1E1D4 (critère d'Ottawa).
G1	E1	Médecine polyvalente	1er	Médecin MdS	G1E1D5 (choix d'une antibiothérapie adaptée)
G1	E4	Urgences	2eme	Urgentiste MdS	G1E4D6 (examens complémentaires aux urgences)
G1	E1	Urgences	2eme	Urgentiste MdS	G1E1D7 (torsion du grêle)
G1	E5	Urgences	1er	Urgentiste MdS	G1E5D8 (œdème de Quincke)
G1	E6	Praticien niveau 1	3eme	Praticien MdS	G1E6D9 (rhinopharyngite et antibiotique)
G1	E5	Praticien niveau 1	3eme	Praticien MdS	G1E5D10 (hémorragie en visite à domicile)
G1	E3	Urgences	2eme	Urgentiste MdS	G1E3D11 (dissection aortique)
G2	E8	Medecine Polyvalente	3eme	Medecin MdS	G2E8D12 (décision de chirurgie et réanimation)
G2	E10	Urgences	4eme	Urgentiste MdS	G2E10D13 (AVC chez bipolaire aux urgences)
G2	E7	Urgences	1er	Urgentiste MdS	G2E7D14 (EP et score de Wells)

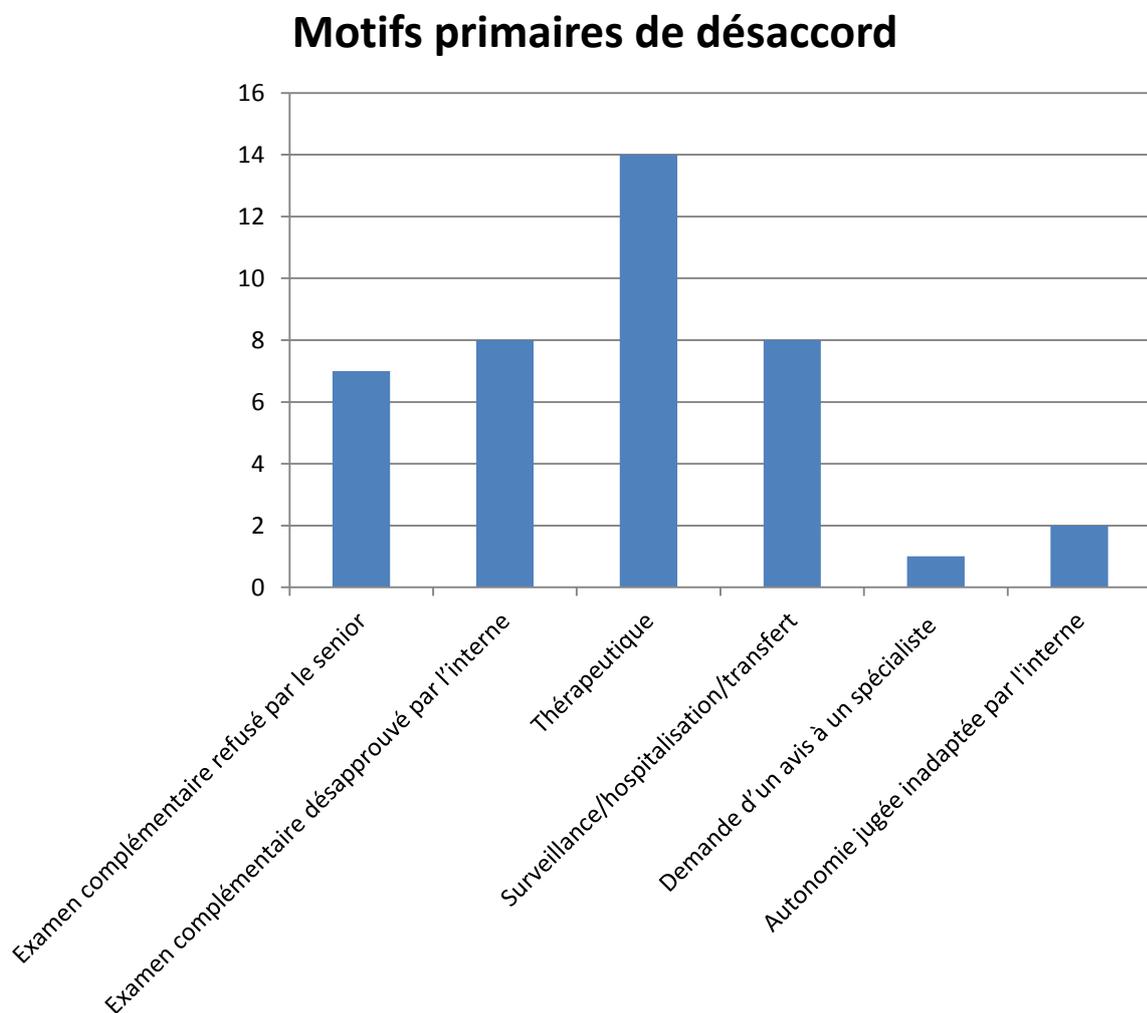
G2	E9	Medecine Polyvalente	6eme	Medecin MdS	G2E9D15 (PSA et dépistage du cancer de la prostate)
G2	E7	Praticien SASPAS	5eme	Praticien MdS	G2E7D16 (PSA chez un patient en rémission de lymphome)
G2	E8	Praticien SASPAS	5eme	Praticien MdS	G2E8D17 (Toxicomanes et sirop codéiné)
G3	E12	Médecine polyvalente	1er	Médecin MdS	G3E12D18 (echodoppler et embolie pulmonaire)
G3	E13	Médecine polyvalente	2eme	Médecin MdS	G3E13D19 (80 ans, chute sous AVK, fin de vie)
G3	E11	Gériatrie	3eme	Interniste HS	G3E11D20 (conceptions différentes de la psychogériatrie)
G3	E14	Urgences	1er	Urgentiste MdS	G3E14D21 (annulation de bilans aux urgences)
G3	E15	Urgences	2eme	Interniste HS	G3E15D22 (fin de vie au lit porte)
G3	E16	Urgences	1er	Urgentiste MdS	G3E16D23 (PL sans hémostase)
G4	E17	Urgences	DESC	Urgentiste MdS	G4E17D24 (Senior non investi aux urgences)
G4	E19	Pédiatrie	3eme	Urgentiste MdS	G4E19D25 (bronchiolite en ambulatoire)
G4	E18	Gériatrie	5eme	Géiatre MdS	G4E18D26 (consultation de gériatrie à la place du senior)
G4	E20	Gériatrie	5eme	Géiatre MdS	G4E20D27 (soins palliatifs en gériatrie)
G4	E19	Médecine polyvalente	1er	Médecin MdS	G4E19D28 (AVC et mention sur dossier « non réanimatoire »)
G5	E21	Praticien niveau 1	3eme	Praticien MdS	G5E21D29 (antibiotique et infiltration chez le généraliste)
G5	E22	Praticien niveau 1	3eme	Praticien MdS	G5E22D30 (antibiotique chez le généraliste bis)

G5	E23	Praticien niveau 1	3eme	Praticien MdS	G5E23D31 (manque d'autonomie chez le praticien en ville)
G5	E24	Praticien SASPAS	4eme	Praticien MdS	G5E24D32 (patiente adressée aux urgences en ville)
G5	E23	SAMU	DESC	Urgentiste MdS	G5E23D33 (conflit pendant une garde au SAMU)
G5	E21	SAMU	DESC	Urgentiste MdS	G5E21D34 (antalgie par kétamine)
G5	E25	Médecine polyvalente	2eme	Médecin MdS	G5E25D35 (chimiothérapie non programmée)
G5	E24	Médecine polyvalente	1er	Médecin MdS	G5E24D36 (OAP chez une personne âgée en fin de vie)
G5	E22	Urgences	1er	Chirurgien HS	G5E22D37 (occlusion intestinale et cancer du pancréas)

### III. RESULTATS

#### A) Les facteurs, retrouvés chez les internes, susceptibles d'induire la dégradation d'un désaccord en conflit

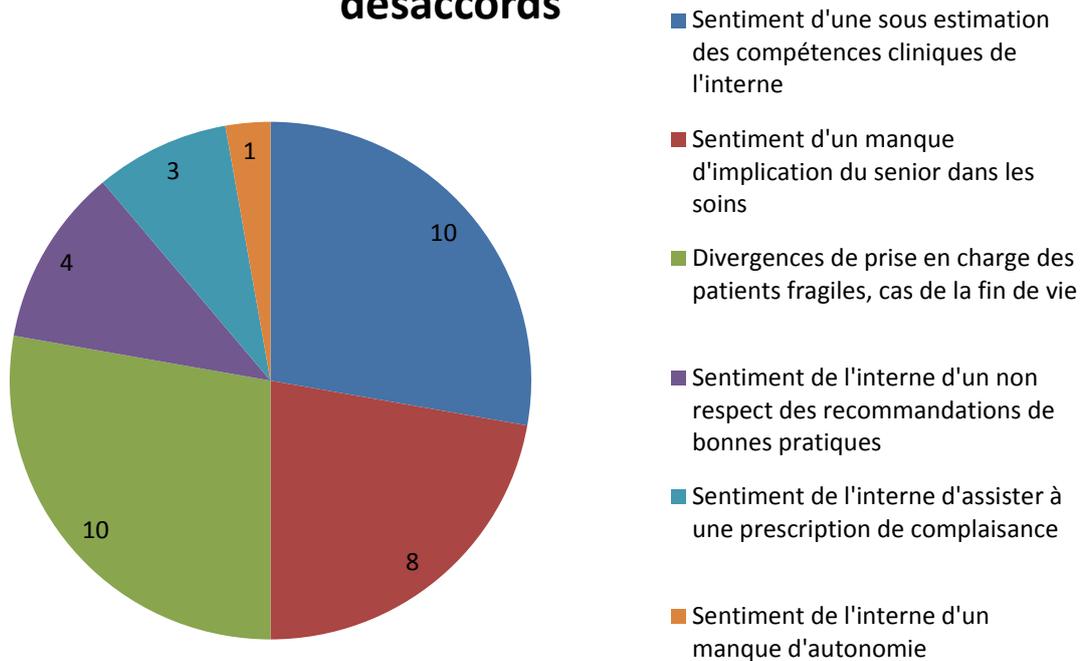
Pour chaque cas de étudié, nous nous sommes attachés à mettre en évidence le ou les élément(s) déclencheur(s) du conflit, qui place(nt) l'interne dans une situation de désaccord ouvert ou larvé avec son senior. Il est apparu que ces désaccords concernaient autant des prises en charge thérapeutiques, que des stratégies d'investigation para-cliniques...



Il est important de relever que, dans la majeure partie des récits relatés en focus groupe, les conflits sont l'expression d'une remise en question plus large de la pratique du senior par l'interne. Nous avons étudié les six facteurs mis en évidence au cours des réunions d'internes de médecine générale, comme étant potentiellement source de conflit entre seniors et internes.

La méthode utilisée pendant notre étude ne nous permet pas de connaître le ressenti des seniors exposés à ces situations. Il est donc difficile de ne pas sous-estimer les conflits.

### Facteurs susceptibles de faire évoluer un désaccord en conflit, identifiés dans 36 désaccords



#### a) Divergence de prise en charge pour des patients fragiles, le cas particulier de la fin de vie.

Principale source de conflit, la question de la gestion de la fin de vie est posée le plus souvent en service de médecine polyvalente. Ce thème est présent dans 10 désaccords (27%) exprimés par les internes. Dans la majorité des cas, le point de vue exprimé par l'interne est celui de soins portés en excès par ses seniors. Dans certains récits, une notion d'acharnement thérapeutique est exprimée, pour des patients relevant, selon l'interne, d'une prise en charge palliative.

**G2E8D12 (décision de chirurgie et réanimation)** « *Il est arrivé en rhabdomyolyse, Toute une partie de sa jambe était nécrosée, il fallait amputer. Ce patient était grabataire du fait de*

son alcoolisme, d'une dénutrition majeure (il pesait 38 Kg). (...) La première question était : que fait-on pour sa jambe ? Faut-il amputer directement ou peut-on tenter un sauvetage par thrombolyse. Les chirurgiens vasculaires étaient d'accord pour le prendre et **essayer de sauver sa jambe mais si le patient était réanimatoire. Voilà, c'était la question.** Est-ce qu'un patient jeune mais avec plein de morbidités était réanimatoire sachant qu'il était totalement confus, très déshydraté, avec une insuffisance rénale qui nécessitait de la dialyse ? Il avait une espérance de vie assez menacée. (...) Les quelques médecins qui se sont réunis, ont décidé qu'il fallait le transférer en chirurgie vasculaire (...) moi je n'étais pas d'accord à ce moment. (...) Il y a eu un laps de temps de 10 jours entre le moment où il est revenu amputé de sa jambe et son **arrêt cardiaque**. Le patient n'était plus confus mais toujours grabataire et était dans un état dépressif avancé. Il était mutique, se laissait mourir. On a discuté de poser une nutrition parentérale et d'aller encore plus loin, bon ça... tu as besoin de la volonté du patient... (...) **la réa a été mise en route** (...) **alors qu'on savait qu'il n'y avait pas d'espoir** (...) Là le même médecin qui avait pris la première décision, n'était plus d'accord, mais il est arrivé peut être 3 minutes après, alors que la réanimation était déjà commencée, le patient avait récupéré une première fois (...) il n'a pas dit « Bon là, on arrête », mais il a regretté »

**G2E7D16 (PSA chez un patient en rémission de lymphome)** « ma prat' voyait un patient qui avait un lymphome, enfin, qui était en rémission de son lymphome, il était en train de redécouvrir qu'il allait vivre, et on lui fait un bilan sanguin pour voir si sa chimio ne lui avait pas complètement défoncé sa num' (rire), et en même temps, elle lui dit « Ah ben tiens et en même temps, je vais vous faire faire des PSA parce que vous avez 55 ans. Je me suis dit «C'est vraiment, vraiment pas le moment de lui diagnostiquer un cancer de la prostate » (rire) et ça j'avoue, c'est vraiment de la **surmédicalisation** et tu te dis « au secours ».»

**G3E13D19 (80 ans, chute sous AVK, fin de vie)** « après on a eu l'Equipe de Soins Palliatifs, on en a discuté, on s'est dit : « on limite les soins », toute la famille était au courant, tout le monde était d'accord (...) quel a été l'intérêt de la bouger de son lit sachant qu'elle est en soins de confort, de l'amener en bas, alors qu'elle doit attendre un certain temps avant de faire l'examen, de la ramener, de la piquer par HBPM (...) **Je me demande où on place le curseur**, jusqu'à maintenant c'est ma question, quand est que l'on se dit-on "ben voilà on arrête, ce sont les soins de confort, on arrête même les diagnostics et tous les tralalas »

**G3E11D20 (conceptions différentes de la psychogériatrie)** « Elle te dit qu'elle est dans l'**actif**, (...) Elle était en Soins Longue Durée où ce sont des patients qui attendent de partir.

*Elle leur faisait des biopsies, elle les envoyait faire des scanners à l'Hôpital X puisque nous on était à l'Hôpital Y, on n'en voyait pas l'intérêt pour nos patients »*

**G3E15D22 (fin de vie au lit porte)** « *"écoutez je ne sais pas quoi faire, on peut rien faire d'autre chez elle comme exploration", elle était dans le coma, elle avait l'oxygène, une sonde urinaire, les reins et le cœur qui marchaient à peu près.(...) elle était en soins de confort (...) Il me dit "c'est inadmissible, cette patiente (...) que vous n'avez rien fait, que vous l'avez tout de suite étiquetée NTBR, qu'aucun examen complémentaire n'ait été fait, elle a peut-être une embolie pulmonaire". (...) Mais on se retrouvait dans une impasse, on ne pouvait pas lui faire d'angioscanner parce que sa fonction rénale était complètement perturbée Si on continuait dans cette voie, il fallait la dialyser ce que l'on ne pouvait pas faire chez cette dame, les réanimateurs qui avaient posé avec les urgentistes le NTBR, n'auraient jamais voulu la dialyser. (...) Il est dans son raisonnement d'interniste, il faut absolument savoir ce qu'elle a. Il n'y avait rien à faire, en fait. Si on faisait un examen, on allait la détériorer encore plus sur le plan rénal ; Et si on faisait rien... ben... c'est ce qu'on a fait. »*

**G4E20D27 (soins palliatifs en gériatrie)** « *on avait découvert un néo pulmonaire. Le patient était en train de se grabatiser, il était extrêmement dénutri, il avait des escarres, il avait une espérance de vie de moins d'un mois(...) Je pensais qu'il fallait une prise en charge palliative et cette chef voulait qu'on lui mette une nutrition parentérale (...) ce n'était pas seulement une histoire de nutrition parentérale, on a arrêté les soins d'escarres parce que c'était douloureux, que le patient se plaignait et disait qu'il en avait marre de vivre. »*

**G5E25D35 (chimiothérapie non programmée)** « *un patient qui était clairement en fin de vie, avec une altération de l'état général, qui allait mourir, qui était en Cancérologie et ils voulaient nous le mettre en Pneumologie. On a dit d'accord, pas de problème, on fait le transfert et le cancérologue voulait lui faire une chimiothérapie, on lui a demandé dans quel but car il n'était vraiment pas bien, je pense que ça ne servait à rien de lui faire une chimiothérapie (...) on ne voulait pas de chimiothérapie et qu'on ne le prenait pas s'il y avait chimiothérapie, on a fait une sorte de chantage, la chimiothérapie a quand même été faite et le patient est passé dans le Service tranquillement mais dans un état pas possible (...) on dit au cancérologue « Non, mais il n'était pas comme ça hier », il nous répond qu'entre temps il a eu une chimiothérapie. On m'avait laissé gérer un peu toute seule l'histoire, on m'avait permis de le prendre mais sans chimiothérapie. La chimiothérapie a été faite, clairement en désaccord avec les pneumologues (...) Mon ressenti, je pense que la chimiothérapie n'était*

*pas indiquée, qu'elle accélérerait un peu les choses. Il n'était vraiment pas en état et **il fallait le laisser tranquille.** »*

**G5E22D37 (occlusion intestinale et cancer du pancréas)** « : Là, on était en désaccord avec le chirurgien viscérale qui voulait opérer l'occlusion. On a dit non. (...) Elle est déjà en choc septique, déjà dénutrie et en plus elle est Alzheimer, **il ne faut absolument pas y aller parce que ça va être une survie de six mois mais en Réanimation et intubée** »

Dans le récit suivant, l'hypothèse « générationnelle » expliquant la différence de prise en charge des patients en fin de vie entre internes et seniors est clairement évoquée.

**G4E19D28 (AVC et mention sur dossier « non réanimatoire »)** « j'ai été confronté au premier semestre donc sans expérience, à la même chose (prise en charge palliative (nda)) mais face à des vieux de la vieille limite retraités qui n'avaient absolument pas la même approche du sujet, peut-être parce qu'ils n'ont pas eu la même formation en éthique que nous, parce qu'ils avaient une approche de la médecine beaucoup plus paternaliste sur laquelle c'est eux qui décident et on tient moins compte de l'avis des patients. Ce sont aussi des générations. Par expérience personnelle j'ai remarqué que les plus vieux ont du mal à décider des arrêts de soins ou à limiter les soins actifs, ils sont un peu plus interventionnistes que les plus jeunes (...) **On s'acharnait sur une patiente** qui avait été hospitalisée suite à un AVC (...) elle commençait à avoir des escarres partout, des œdèmes, enfin c'était grave, elle allait mourir de toute façon dans nos lits d'une insuffisance cardiaque ou de désadaptation globale (...) Je voulais poser la question car sur le plan éthique, ça c'est une question d'affinité, je n'étais pas d'accord avec eux (...) est-ce que cette dame n'aurait pas intérêt à avoir l'indication de non réanimation ?

Dans un seul récit, l'interne se voit reprocher une attitude interventionniste par sa senior. Mais, à distance, l'interne semble avoir rejoint le point de vue de sa maître de stage.

**G5E24D36 (OAP chez une personne âgée en fin de vie)** « j'ai dit on va mettre du risordan (dérivé nitré nda). La chef de Service est arrivée le lendemain ou durant la CV, je ne sais plus et elle me dit « **tu lui as sauvé la vie, mais pourquoi tu as fait ça ?** », ça m'avait choqué... Et en fait, je pense qu'en fin d'internat je n'aurai jamais fait ça, je me serai posé des questions

*avant de le faire (...) maintenant, ce ne serait pas aussi automatique, là c'était vraiment je ne réfléchis pas, je suis en CV (contre visite nda). »*

### **b) Sous-estimation des compétences cliniques de l'interne par le senior.**

Dans 10 situations de désaccords, l'interne a le sentiment d'une sous-estimation de son examen clinique ou de son appréciation de la gravité d'un patient. Dans ces récits cliniques les internes expliquent avoir alerté leur senior sur une situation clinique potentiellement grave et n'avoir reçu aucune réponse adaptée. Ceci concerne en majorité des internes de premier ou deuxième semestre, hommes ou femmes de façon indifférente, en semestre d'urgence. Dans une seule situation, l'interne est convaincu par son senior, l'évolution de la prise en charge est favorable (G4E19D25). Dans 2 situations, l'évolution du patient est favorable avec la prise en charge du senior, mais l'interne reste sur ses positions en évoquant un risque inhérent à cette prise en charge (G5E24D32, G5E21D34). Il est clair que ce facteur ne dégrade pas toujours le désaccord en conflit mais il y participe dans au moins 4 récits (G1E3D3, G1E5D8, G2E7D14, G5E24D32), ceci étant lié au sentiment de l'interne d'une remise en cause de ses compétences.

**G1E1D1 (gangrène de Fournier)** « *Je lui disais qu'il y avait de la nécrose, tout ça, et il me disait : non non, on l'a vu, y a pas de soucis »*

**G1E3D3 (occlusion sur cancer colique)** « *je sentais que son ventre n'était pas bien, pour moi, il y avait quelque chose. J'appelle le radiologue qui me dit non, il me dit de demander d'abord au chirurgien viscéral (...) C'est des problèmes qui arrivent souvent avec les radiologues qui remettent tout le temps en doute notre examen clinique »*

**G1E5D8 (œdème de Quincke)** « *Je vois effectivement, que toute sa gorge est gonflée, dure, et le patient avait une dyspnée. C'était une gêne laryngée. (...)son état n'est pas changé, l'œdème persiste, dur et inflammatoire, la langue prenait toute la cavité buccale. Je rappelle mon chef et lui dit qu'il n'y a eu aucune amélioration (...) mon chef a été prévenu et il m'a dit de ne pas appeler les réanimateurs »*

**G1E3D11 (dissection aortique)** « *lui, il trouvait toujours des arguments pour le réfuter ou pour aller vers autre chose. C'était délicat »*

**G2E7D14 (EP et score de Wells)** « On m'a mis face à une situation où moi, dès le départ j'ai su que c'était urgent, j'ai essayé de le manifester et on m'a dit « euh...non...ça ne se passe pas comme ça » (...) je lui avais dit « Mais t'es sûr ? Mais t'es sûr ? Mais t'es sûr ? (...) il faisait plus confiance aux radiologues et à leurs scores qu'à mon sentiment alors que le mec il était vraiment mal. »

**G3E12D18 (echodoppler et embolie pulmonaire)** « non, c'est une pneumonie, on voit le foyer", moi je ne le voyais pas mais elle le voyait, bon... (...) tu sais un premier semestre au tout début, ça devait être en décembre, ils te coachent quand-même pas mal »

**G4E19D25 (bronchiolite en ambulatoire)** « J'ai vu un petit dont je ne sais plus exactement l'âge, très jeune, 7 mois, pour une bronchiolite. (...) Je lui ai dit "écoute bon je pense qu'il va falloir le garder (...) Sur une habitude de Service et sur un délit de "sale gueule" comme on fait beaucoup en Pédiatrie, c'est-à-dire que l'enfant va mal, on ne le sent pas. (...) il était exactement à l'intermédiaire on hospitalise ou pas. Simplement, l'habitude du Service et la prudence des hospitaliers avec l'accès aux plateaux font qu'on l'aurait gardé (avec les seniors hospitaliers habituels (ndla) (...)) La chef dit "non, on lui met des aérosols, la famille est cortiquée, ils sauront lui faire les bouffées avec les chambres d'inhalation, on le renvoie au domicile et s'il doit revenir, il reviendra". Au début ça m'a choqué, je me suis dit que c'était la seule à faire ça, c'est pas très prudent »

**G5E24D32 (patiente adressée aux urgences en ville)** « C'est une patiente qui est enceinte (...) je me dis d'accord, elle à 38,1° C, elle a trois jours sous antibiotiques, elle fait un malaise aux fosses lombaires, je l'adresse aux Urgences (...) mon praticien qui me dit « ça me fait chier qu'elle soit allée aux Urgences » (...) il connaît cette patiente, elle est toujours en burn out, elle a toujours mal au dos (...) pour lui, c'est la honte d'envoyer aux Urgences »

**G5E21D34 (antalgie par kétamine)** « on lui passe un peu de Morphine, la douleur se calme vite, très vite même il devient somnolent et calme donc je n'ai plus l'impression qu'il soit douloureux. Lui a envie de faire de la Kétamine pour soulager la douleur, mais le Monsieur est quasi entrain de dormir, il est somnolent, je pense que la douleur est contrôlée, donc j'ai dit non, j'ai peur... »

Dans une situation l'interne a été en désaccord pendant l'ensemble de son semestre sur l'autonomie qui lui était laissé pendant son stage chez le praticien en ville. L'interne ne s'est

en revanche, pas plaint d'une sous-estimation de ses compétences clinique telle que nous l'avons vu précédemment.

**G5E23D31 (manque d'autonomie chez le praticien en ville)** « *Je sortais des Urgences de XXXXX où on était quasiment autonome au dé-choc, on gérait les arrêts... Pour le coup, c'était une telle opposition, la première semaine je ne pouvais pas rédiger un arrêt de travail, je me sentais complètement muselé, brimé, enfin c'était affreux. J'ai passé six mois à somatiser et avoir mal au crâne, pour le coup ça ne m'a pas donné du tout envie d'être médecin de ville. (...) il y avait une rupture avec ce que je venais de faire qui était trop importante. J'avais vraiment l'impression de repartir deux ans en arrière.* »

### **c) Manque d'implication du senior dans les soins**

Mis en évidence dans huit récits cliniques, ce sentiment de manque d'implication de son senior dans les soins est plus souvent vécu comme une faute du senior que par une autonomisation inadaptée.

Il est d'ailleurs intéressant de constater dans le récit **G4E18D26** « consultation de gériatrie à la place du senior », que l'interne, conscient d'être en situation d'autonomisation inadaptée (il assure les consultations de gériatrie à la place de son chef de service qui n'est pas présent dans le service), exprime un désaccord dans une situation précise où il ressent que son senior n'est pas assez investi dans les soins. A l'inverse, il n'a pourtant jamais exprimé ses réticences à assumer des consultations de spécialiste en gériatrie en autonomie totale.

**G1E2D2 (fracture de rein)** « *J'appelle mon chef qui ne veut pas venir parce qu'il dormait, et qui me dit « refait lui l'examen, attends le résultat de la biologie et je vais arriver » (...) Donc j'ai rappelé mon chef pour qu'il vienne et qu'il appelle (le radiologue nda) parce que moi en tant qu'interne ça ne marcherait jamais. (...) il a essayé d'appeler mais le radiologue n'est jamais venu (...) les radiologues restaient jusqu'à une heure du matin, ce qui est quand même pas mal pour des urgences, mais ils habitent tous loin et quand on les appelait ils ne venaient jamais (...) je trouvais qu'il n'avait pas fait assez de choses, qu'il n'avait pas assez poussé, qu'on aurait dû le transférer dans la nuit »*

**G1E1D7 (torsion du grêle)** « *Vers 7h, elle me dit de passer la patiente dans un service de chirurgie viscérale « Ils verront tout à l'heure ». C'est là où je n'étais pas d'accord, car il n'y*

*avait pas de diagnostic. Ca me gênait de mettre une malade dans un lit où elle ne serait pas vue tout de suite par un médecin »*

**G1E5D8 (œdème de Quincke)** « *Je rappelle mon chef et lui dit qu'il n'y a eu aucune amélioration avec une saturation toujours correcte. Il me demande de remettre des aérosols d'adrénaline et me dit qu'il va venir voir le patient. Il arrive 20 -25 minutes après(...) j'avais demandé à mon chef qu'on appelle les réanimateurs, parce que ce n'était pas comme d'habitude. Et puis lui n'avait pas vu le patient après ses 3 aérosols d'adrénaline (...) Je ne lui pas dis texto ça fait 45 minutes qu'il est là et tu ne l'a pas vu mais après il se rendait bien compte que ça faisait trois quart d'heure que je l'avais appelé et qu'il n'était pas venu, c'est pour ça que je n'ai pas insisté.»*

**G2E10D13 (AVC chez bipolaire aux urgences)** « **RM** : *Elle n'a pas argumenté sa réponse en fait ?* **E10** : *Non, elle ne l'a pas fait, elle m'a dit « on s'en fout » »*

**G3E14D21 (annulation de bilans aux urgences)** « *il n'a pas pris le temps de les examiner, je pense que, vraiment, son intention première était qu'ils sortent justement avant les transmissions et de ne pas se "prendre la tête". (...) je sentais surtout .... je le connaissais... et je sentais qu'il voulait aller vite, je ne sentais pas une implication de sa part et je ne sais même pas s'il avait vraiment vu un patient. (...) il voulait les faire sortir avant les transmissions du matin.»*

**G4E17D24 (Senior non investi aux urgences)** « *Lui était les mains dans les poches, très souvent hors du Service, il se baladait dans l'Hôpital, allait prendre un café, ce genre de chose (...) et je lui ai dit en face "qu'il ne faisait rien, que je n'étais pas d'accord avec sa façon de travailler, qu'il fallait qu'il se remue". (...) Les infirmières m'ont signalé qu'elles en avaient assez ; Effectivement, c'est parti de là, elles m'ont dit "tu fais tout tout seul, qu'est-ce qu'il fait lui ?" (...) Tout le monde se plaignait de ça. Et c'est vrai que quand j'ai fait une garde avec lui, au bout de cinq ou six heures, il n'avait vu que deux patients(...) la première chose qu'il fait est de téléphoner pour passer son bilan alors sans avoir même examiné la patiente»*

**G4E18D26 (consultation de gériatrie à la place du senior)** « *En fait, je n'ai pas senti d'implication, je pense qu'au fond de lui il était plutôt d'accord avec moi mais qu'il n'a pas voulu prendre le temps... »*

**G5E23D33 (conflit pendant une garde au SAMU)** « *il se pose sur une chaise qui est en dehors du box, sans évaluer la patiente, alors que moi ça faisait déjà 15 minutes que j'étais*

*sur place(...) y a le côté « je m'assois en dehors du box, sans prendre le temps d'examiner la patiente », l'examen c'est la première chose à faire. »*

#### **d) Non-respect par le senior des recommandations de bonnes pratiques**

Ce facteur de risque de conflit est présent dans 4 désaccords, et a suscité beaucoup de commentaires de la part des autres internes. Il est intéressant de constater que les internes ne souffrent pas particulièrement de ce cas de figure (voir page 84). Il s'agit de situation plus liée à la notion de conflit de tâche que de conflit relationnel<sup>27</sup>. En effet, les trois causes précédentes de désaccord étaient liées à des facteurs multiples (la personnalité de l'interne et de son senior, les habitudes de service, le manque de formation concernant les soins palliatifs, les difficultés pour de jeunes médecins à imposer leurs idées face à des seniors plus sûrs qu'eux de leurs pratiques). Cependant ce motif de désaccord met en cause la compétence du maître de stage dans son rôle de clinicien et non plus de pédagogue ce qui laisse présager que les conséquences émotionnelles de ce type de désaccord sont probablement plus importantes chez les maîtres de stage.

Plus qu'une « incompréhension » de l'interne concernant tout ce qui n'est pas qualifié de « recommandations de bonnes pratiques, « evidence based medecine », référence opposable... », Il s'agit avant tout d'une perception différente et « générationnelle » de l'« harmonisation des pratiques » entre les internes et leurs maîtres de stage.

**G1E1D4 (critère d'Ottawa)** « *On n'a pas forcément envie de faire des radios à tout le monde. Mais on parle de tous nos patients à nos chefs, et à chaque fois ils nous demandent si on a fait la radio, et en fait j'avais une chef qui n'était pas pour les critères d'Ottawa* »

**G1E1D5 (choix d'une antibiothérapie adaptée)** « *je regarde les recommandations dans le PILI qui conseillent C3G et Flagyl. J'en parle à mon chef qui me dit de donner de la pyostacine. Je regarde dans le Vidal et il n'y a aucune indication de la pyostacine pour les infections à point de départ digestives* »

**G1E6D9 (rhino-pharyngite et antibiotique)** « *Elle a donné des antibiotiques car elle avait une petite fièvre et que ça traînait, mais bon entre les recommandations et la pratique...* »

**G3E16D23 (PL sans hémostase)** « " Je pensais qu'il ne fallait pas d'hémostase pour une faire une **PL en urgence pour une suspicion de méningite**, pourquoi elle m'a dit ça ?j'ai rien compris à mes cours ?" »

**G5E21D29 (antibiotique et infiltration chez le généraliste)** « Après on a discuté de l'indication de l'infiltration sur une névralgie cervico-brachiale, j'en ai parlé avec d'autres praticiens, on était tous d'accord pour dire qu'on ne voyait pas l'intérêt de le faire parce que la plupart du temps ça ne marche pas (...)ton antibiotique ne va rien changer, au pire il va aggraver les choses mais ne va pas améliorer le patient, et après t'a le thème de **la Santé Publique...** Enfin pour moi ce n'était même plus discutable, je n'avais pas besoin de faire de bibliographie tellement que c'est évident, **ce sont des choses qui sont évidentes.** »

#### e) L'observation d'une prescription jugée complaisante

Trois récits évoquent des prescriptions de complaisance. Le désaccord intervient de façon stéréotypée entre des internes non soumis à une pression économique et des praticiens de ville qui, eux, sont soumis à l'impératif économique de fidéliser leurs patientèle.

**G2E8D17 (Toxicomanes et sirop codéiné)** « tous les toxico venaient demander leurs sirop de codéine, ils venaient tous les jours demander leurs flacon de codéine et **mon prat' prescrivait la codéine à gogo.** »

**G5E21D29 (antibiotique et infiltration chez le généraliste)** « il discutait plutôt de relation avec sa patientèle, le type de patients qui venaient et le pourquoi ils venaient le voir lui. **Ils venaient le voir lui parce qu'ils savaient qu'ils auraient leur ordonnance.**»

**G5E22D30 (antibiotique chez le généraliste bis)** « il me disait « ben oui mais on ne peut faire autrement, mais je sais bien qu'il ne faut pas le faire », et donc même optique « ils ne reviendront pas si je ne le fais pas» »

## **B) Les éléments qui poussent l'interne à exprimer son désaccord et ceux qui l'incitent à la retenue**

### **a) La personnalité de l'interne**

La personnalité de l'interne est certainement l'élément le plus difficile à mettre en évidence pendant les focus groupes.

Les internes parlent peu de leurs personnalités et leur objectivité est bien entendu sujette à caution.

Cependant, il s'agit de l'élément le plus fréquemment mis en évidence pour expliquer la décision de l'interne d'exprimer son sentiment dans une situation de désaccord. En effet, par élimination, lorsque dans une situation de désaccord, il s'avère que ce n'est ni les conséquences sur le patient, ni un rapport de hiérarchie ou de loyauté fort qui justifie l'expression ou le silence, on peut logiquement en déduire, que la personnalité joue un rôle décisif.

Les propos tenus par certains internes dénotent parfois clairement une relation d'obéissance à un senior sur lequel repose toute la responsabilité de la bonne prise en charge des patients.

**E5 :** « *J'apprends que le patient a fait par la suite un arrêt cardio respiratoire et qu'il n'a pas pu être réanimé (...) Après, par rapport au conflit (...) Je n'ai pas trop culpabilisé, je lui avais tout de suite demandé si je devais appeler les réanimateurs, et puis voilà... après... je pense que c'est plus de sa responsabilité que de la mienne »*

**E9 :** « *C'est-à-dire que je ne suis pas heu...**je ne suis pas d'un tempérament à ... (...)** c'est... l'avis de mon chef qui prime parce que... **Moi je prescris par délégation**, et si heu... si ...Au final... Enfin, au final, c'est heu... c'est son avis qui prime et donc du coup, j'ai jamais eu à le regretter »*

**E24 :** « *Non, je pense que j'ai tendance à me taire de base. »*

A l'inverse, d'autres internes sont très opposés à cette attitude et expriment leurs désaccord, voire même sont prêts à désobéir à une consigne afin d'appliquer la prise en charge médicale qu'ils ont eux-mêmes choisie.

**E3 :** « *J'estime que lorsqu'on a une idée, il faut aller au fond des choses, même si y'en a d'autres qui ne sont pas d'accord. Tant que ça ne va pas à l'encontre du patient. (...) Ca dépend de la situation (...) En fonction des hôpitaux où je suis, ou des praticiens, je ne fais pas du tout la même chose, cela dépend vraiment des personnes avec qui je travaille, donc quand je serai toute seule... Là il se trouve qu'on est encore en formation »*

**E12** « *j'étais culottée (...) Quand on pense quelque chose, il faut aller jusqu'au bout. On peut avoir quatre médecins et avoir quatre diagnostics différents, il n'empêche que c'est le médecin qui connaît le mieux le patient qui doit décider...on doit s'écouter (...) on peut toujours se tromper tout simplement, ce n'est pas parce qu'on a une expérience de 15 ans qu'on sait tout »*

**E25** «*je ne suis pas quelqu'un qui... je pars un peu dans tous les sens, mais après il n'a rien dû comprendre à ce que je lui ai dit car j'étais tellement énervée et après je suis repartie car j'avais autre chose à faire. (...) c'était un con, franchement, faire des choses comme ça dans le dos, être malhonnête tout simplement. Je ne lui ai pas dit en ces termes.»*

## **b) Le rapport hiérarchique**

Un fort rapport hiérarchique est très clairement susceptible d'inciter l'interne à ne pas exprimer son désaccord

**G4E18D26 (consultation de gériatrie à la place du senior):** « *Comme il me la rétorqué , c'est le Chef de Service et il est très influent au niveau de la Gériatrie de XXXX, il est très connu, je me suis dit que je n'allais pas insister, cela faisait deux mois que j'étais dans le Service et je ne voulais pas me mettre en danger en allant plus loin. Je n'ai donc rien dit, je l'ai laissé repartir (...) C'était impossible de se le mettre à dos. Franchement, si ça avait été un chef de clinique, franchement je n'aurais pas du tout réagi pareil, là parce que c'est vraiment un ponte et le patron, et que franchement, je ne pouvais rien dire (...) c'est un grand ponte de la Gériatrie connu à XXXX et dans toute la France, je n'avais donc pas mon mot à dire (...) ce que j'ai ressenti dans cette situation, c'est que pour faire valoir ses arguments quand on est en désaccord avec un supérieur, le rapport hiérarchique est très important, c'est-à-dire qu'un Chef de Service d'envergure comme celui que je remplaçais pour ses consultations; il m'était impensable de ne pas faire ce qu'il disait, je ne pouvais pas vraiment argumenter car il fait un peu peur.(...) je ne lui en n'ai pas reparlé. (...) Les jeunes*

*chefs m'ont dit de laisser tomber, mais une chef plus âgée m'a dit "oui on va essayer de faire quelque chose" RM : L'hospitalisation s'est faite derrière son dos ? E18 : Elle s'est faite derrière son dos (...) Enfin, j'ai l'impression qu'il ne s'en est pas rendu-compte. Il n'était pas très présent dans le Service»*

**G3E13D19 (80 ans, chute sous AVK, fin de vie) :** « *je n'étais pas d'accord mais je l'ai fait car c'est elle la Chef donc qui a le dernier mot même si elle n'avait pas d'arguments.(...) tant qu'on est interne, on est sous la responsabilité d'un Chef. »»*

**G1E5D8 (œdème de Quincke)** « *Ben si, je pense que si. Je pense qu'on pourrait me reprocher de ne pas avoir prévenu le chef. »*

**G3E11D20 (conceptions différentes de la psychogériatrie)** « *Au départ, moi j'ai essayé de ne pas trop en parler, de suivre ce qu'elle me disait mais au fond, c'est dur de faire des choses alors qu'on n'est pas d'accord (...) Ma Chef directe était celle qui se faisait taper dessus un peu part tout le monde. En gros, on devenait celles qui la défendait, on rentrait dans des conflits alors qu'il n'y avait pas lieu, on était des internes, de passage.»*

Le fait que le stage chez le praticien en ville soit validé par le maître de stage seul a été mis en avant une fois pour justifier de l'absence de remise en question de la pratique de son praticien par l'interne.

**G5E21D29 (antibiotique et infiltration chez le généraliste):** « *j'ai rarement été au conflit, j'ai même jamais été au conflit à m'enguirlander avec lui parce que c'était mon maître de stage et je sentais qu'il pouvait me pourrir la vie si jamais on commençait à discuter pour de vrai (...) parce que c'était lui qui validait mon stage et que je n'avais personne pour me défendre si jamais ça se passait mal. »*

### **c) Les conséquences sur la santé du patient**

Les conséquences sur la santé des patients sont un facteur important qui pousse l'interne à exprimer son désaccord ou non. Mais ce n'est pas systématique. Tout d'abord, parce que l'appréciation des conséquences d'une décision médicale X est variable d'un interne à l'autre.

Ensuite car, même en cas d'évènement indésirable grave, pour certains internes, la parole du senior continue à prévaloir .

**G1E1** : *Mais je sais que je ne ferais pas comme lui plus tard. C'est plutôt comme ça que je raisonne quand on n'est pas d'accord avec un chef. De toute façon, il faut l'écouter sauf en cas de risque de mort, dans ce cas on peut peut-être essayer aussi de faire tout seul dans son coin. Mais quand on se dit qu'il n'y a pas de conséquences majeures sur la santé du patient, on s'ignore... (Concernant G1E1D7 ayant entraîné un retard de prise en charge du patient): « Pour ce genre de désaccord, j'insisterais probablement plus, quitte à appeler moi-même le chirurgien lorsque la chef est partie. J'aurais peut-être dû faire ça en fait. Parce que c'est possible... On n'est pas obligé... Mais je ne me voyais pas l'appeler devant elle alors qu'elle m'avait dit « Ne l'appelle pas ! », mais... j'aurais pu le faire. Je pense que je ferais ça... (...)...je ne crains pas l'erreur sur un plan judiciaire mais plus sur un plan personnel où on va vivre avec ça.*

Cette idée, selon laquelle, le désaccord ne devrait être exprimé que s'il y a un danger imminent pour la santé du patient a été exprimé à plusieurs reprises et n'a jamais été remise en question par les internes, lors des focus groupes.

**G5E23D33 (conflit pendant une garde au SAMU)** « *Donc je lui réponds « ben écoute non, c'est vraiment un OAP sur une virose, c'est une dame connue pour être insuffisante cardiaque, je ne pense pas que le Bricanyl fasse du bien » (...) je lui dis « écoute ce sont des bêta2, ça va accélérer le cœur, plutôt des bêtabloquants dans le principe. La décision est mortelle...(...) J'avais clairement l'impression que j'allais aggraver une patiente avec un traitement, après le côté que je mets ma responsabilité en jeu...(...) C'est toujours le rapport bénéfice/risque. Pour toi, le risque est que j'ai mis ma responsabilité en jeu et le rôle de l'infirmière, pour moi c'est moins important »*

**G5E21D34 (antalgie par kétamine)** « *un autre chef qui a voulu passer de la Kétamine à un patient qu'il trouvait algique, mais le patient était en train de dormir tellement qu'on lui avait passé de la Morphine avant (...) Du coup je me suis dit que ce n'était pas grave et qu'on allait passer de la Kétamine, j'ai demandé à l'infirmière de le faire, on va faire comme lui veut, on va pas aller dans le conflit, le patient ne va pas en mourir. La différence était là, il n'allait pas en mourir, au pire il aurait fait un arrêt respiratoire, ou des pauses respiratoires, on l'aurait intubé et voilà (...) C'est gérable »*

Cela justifie très souvent l'absence d'expression de désaccord en cabinet de médecine de ville. A l'inverse, la gravité des conséquences sur la santé du patient apparaît comme le leitmotiv de l'expression des désaccords en service d'urgences. Par exemple la remise en question des prescriptions d'antibiotiques par les généralistes, même si elle fait quasiment consensus auprès des internes, n'a été clairement exprimée aux maîtres de stage que lorsque les internes avaient un vécu particulier concernant les bactéries multi résistantes et leurs conséquences parfois mortelles sur la santé (passage en réanimation auparavant, réalisation du DESC d'infectiologie, stage d'externat en maladies infectieuses...)

**G5E21D29 (antibiotique et infiltration chez le généraliste):** « *Je n'étais pas non plus revendicatif, je n'ai pas l'impression qu'il ait tué des patients (...) mais ces traitements antibiotiques chez les enfants en particulier, soit pour des infections virales soit même pour l'otite chez les enfants de plus de 2 ans, c'est ça qui est responsable de la crise des BLSE chez les enfants vieux et que tu retrouves en Réanimation avec des infections urinaires, c'est le portage dans les matières fécales des enfants, de bactéries qui ont été mises en contact avec l'Orélox ou d'autres antibiotiques.* »

**E23 :** « *Nous quand on arrive on a fait que des stages d'interne en hospitalier, eux ils ne connaissent que le cabinet quasiment. Du coup je pense que cela doit être difficile pour eux, même si au final ils se disent « il doit avoir raison puisqu'il vient de l'apprendre ». Les antibiotiques, c'est vraiment le symbole, pour le coup c'est vraiment le truc évident, on a tous eu une confrontation sur les antibiotiques et je pense que ça va durer encore longtemps* »

#### **d) La confiance en soi et la confiance dans le senior. La nature de la relation senior/interne avant le désaccord.**

La relation de confiance entre le senior et l'interne a des conséquences imprévisibles sur l'expression du désaccord. Elle est souvent évoquée par l'interne pour justifier avoir osé exprimer son désaccord ou au contraire de son silence. Mais il est clair que le cursus de l'interne implique, qu'à un moment, l'interne « se fasse » plus confiance à lui-même qu'à son senior. Cette étape a été évoquée à plusieurs reprises.

**E1** « *Mais c'est vrai que lorsqu'un chef dit quelque chose... soit on sait qu'il n'est pas compétent et on va faire les choses dans son dos, mais quand on a confiance dans le chef... on a tendance à le suivre, ou à lui donner la main plutôt,* »

Dans ce cas, le désaccord est exprimé avec conviction du fait d'une méfiance de l'interne vis-à-vis d'un confrère ou d'une spécialité médicale.

**G1E3D3 (occlusion sur cancer colique)** « *Le problème avec les radiologues c'est souvent le même* » (concernant leur manque de confiance supposé dans le jugement clinique des internes.)

A l'inverse, pour des internes en 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> semestre, la remise en question de ses compétences clinique par le senior peut faire basculer l'interne dans l'accommodation avec le point de vue du senior en faisant passer au 2<sup>nd</sup> plan, les conséquences sur le patient.

**G3E16D23 (PL sans hémostase)** « *c'était mon premier stage, premier semestre aux Urgences, début de semestre. (...) je me prépare psychologiquement pour faire la ponction lombaire (...) Ce n'était pas le Chef qui s'occupait de mes patients(...) elle me crie dessus en me disant "mais tu te rends compte faire une PL sans avoir d'hémostase, tu te rends compte tu pourrais lui faire un hématome et après il serait paralysé à vie (...) je suis un peu en mode "flippée", c'est-à-dire je me dis "je suis folle (...) Je suis complètement à l'ouest... »*

Dans le récit suivant, il n'y a pas eu de véritable conflit mais la prise en charge de la senior a induit un retard de prise en charge pour une patiente. Ceci a entraîné un sentiment de culpabilité, au moins de la part de l'interne. Ce dernier exprime par la suite, des regrets sur le fait qu'il pense qu'il aurait dû plus insister, voire agir contre l'avis de sa senior, malgré la confiance qu'il lui portait.

**G1E1D7 (torsion du grêle)** « *On n'a pas leur expérience, elle ça fait 30 ans qu'elle travaille aux urgences... Elle en a beaucoup vu... Ce n'est pas parce que je décide qu'il faut l'opérer tout de suite que la patiente va se faire opérer tout de suite. Donc si elle décide que non, ben... c'est non. »*

C'est le même cas de figure dans les récits suivants.

**G1E3D11 (dissection aortique)** « *je lui faisais confiance car ils ont de l'expérience, ce sont des médecins urgentistes, ils ont de l'expérience, c'est des choses qu'ils ont vu des*

*dizaines de fois, donc forcément ils sont plus qualifiés que nous pour prendre en charge les patients, je pense. »*

**G2E7D14 (EP et score de Wells)** *« j'ai fait confiance à mon chef et en fait je me dis que j'aurais dû plus me faire confiance à moi (...) je ne devais vraiment pas être très sûr de moi à cette époque-là »*

Dans plusieurs récits, la confiance de l'interne envers le senior est importante.

**G1E5D10 (hémorragie en visite à domicile)** *« je me suis dit que s'il avait fait ça, c'est que peut être qu'il avait vécu une situation comme ça »*

**G3E13D19 (80 ans, chute sous AVK, fin de vie)** *« elle était super car elle écoutait tout le monde. »*

**G5E24D32 (patiente adressée aux urgences en ville)** *« Il y a plein de fois où il a raison, c'est incroyable tout ce qu'il peut faire en ville, et c'est vrai que pour le patient c'est super de pouvoir aller voir son médecin traitant pour tout (...) Il y a eu un retentissement pour moi, parce que maintenant je le remplace et du coup, j'aime beaucoup ce médecin, j'angoisse avant d'envoyer quelqu'un aux Urgences (...) quand je doute maintenant, j'entends une petite voix qui me dit « ça me fait chier qu'elle soit allée aux Urgences ».*

A l'inverse, dans les récits suivants, l'interne a un a priori négatif sur son senior.

**G2E8D17 (Toxicomanes et sirop codéiné)** *« toutes ses autres pratiques plus ou moins bizarres »*

**G4E20D27 (soins palliatifs en gériatrie)** *« J'aimais bien la personne...(…) Je n'aimais pas spécialement travailler avec elle parce qu'elle avait tendance à changer les prescriptions des patients sans m'en informer, elle décidait des choses sans en parler et elle excluait un peu les internes de la prise en charge des patients »*

**G5E23D33 (conflit pendant une garde au SAMU)** *« je pense clairement qu'il y avait un contexte où ce médecin n'était pas aimé au sein du SMUR de XXX. (...) les gens n'avaient pas confiance dans ses prises en charge. »*

**G4E17D24 (Senior non investi aux urgences)** « *j'étais avec un chef (...) nouveau dans le Service, c'était un médecin qui en faisait le moins possible. J'ai toujours eu du mal avec les médecins qui ne veulent pas travailler et surtout aux Urgences où c'est quand-même un milieu assez fatiguant si tu vois tous les patients tout seul* »

**G3E11D20 (conceptions différentes de la psychogériatrie)** « *elle est très agressive envers les patients.* »

### **e) Le rapport aux médecins de spécialités différentes que la médecine générale**

Dans plusieurs récits cliniques, des internes étaient en désaccord avec un médecin spécialiste (chirurgiens, radiologue, interniste...) ou étaient pris à partie dans des conflits de spécialistes. Dans toutes les situations recueillies, la spécialisation du senior ne semble pas jouer un rôle majeur dans l'expression du désaccord.

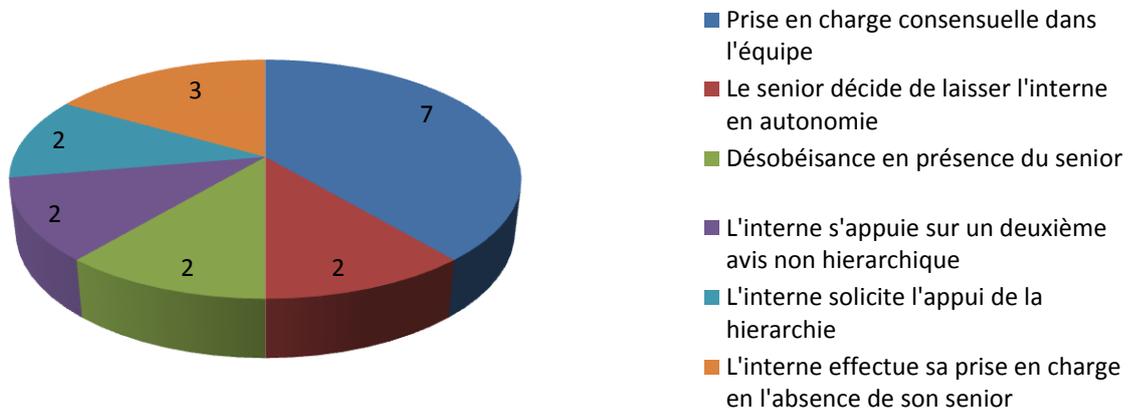
**G1E4:** « *En principe oui, mais après ça dépend aussi de la confiance qu'on a en notre jugement, ça dépend de chaque personne. (...) je sais que si tel spécialiste me donne un avis contraire au mien, je ne suis pas sûr de suivre mon avis.* »

**G1E1 :** « *En fait la patiente avait été vue aux urgences gynéco et était restée tout la journée dans le service (de gynécologie ndr) ... Je pensais que c'était bien géré car elle avait été vue dans le service approprié... (...) Et là l'interne m'a assuré que la prise en charge était la bonne et qu'il passerait la voir le lendemain matin et qu'il fallait que je fasse une prescription d'antibiotiques, antalgiques... J'ai raccroché sans me battre (...) J'ai pris un deuxième avis avec les chirurgiens viscéraux qui eux ont confirmé le diagnostic (de gangrène de Fournier ndr) et qui ont dit que la prise en charge était chirurgicale»*

**G3E15 :** « *Ils (Les seniors des urgences et les réanimateurs nda) l'ont tout de suite étiquetée NTBR (Not To Be Reanimated nda) non réanimatoire. (...) Cet interniste (...) me fait culpabiliser, (...) Et là, le Chef de Service (...) dit "ah oui, elle va rejoindre le créateur", (rires) l'interniste ne parle plus, il ne dit plus rien, il ne dit aucun des arguments avec lesquels il m'avait tannée pendant des heures et des jours avant (...) Je peux pas lui dire "voilà... devant le Chef de Service vous dites rien.* »

## C) L'impact de ces désaccords sur la prise en charge des patients

### a) La prise en charge médicale effective du patient est celle décidée par l'interne (cas de 18 désaccords sur 37)



#### 1. Le senior accepte la prise en charge de l'interne, celle-ci est consensuelle dans l'équipe

7 récits cliniques illustrent ce cas de figure. La notion d'erreur médicale n'est pas en jeu dans ces récits.. Il n'y a pas non plus de profil type d'interne qui se dégage de ces 7 types de désaccords. Il existe par contre un profil de senior : plutôt en milieu, voire en fin de carrière (**G1E3D11 G2E8D17 G4E19D28 G5E23D31**), et son âge constitue un argument d'autorité mis en avant pour justifier la prise en charge dans 3 cas sur 7. L'âge du senior est indéterminé dans 3 désaccords.

**G1E3D3 (occlusion sur cancer colique)** « *Donc je me suis un peu battu avec le radiologue, (...).Et donc il a eu son scanner quand même* »

**G1E3D11 (dissection aortique)** « *ça ressemble à une dissection. Il me répond qu'on va appeler le cardiologue pour lui faire une échographie cardiaque pour éliminer une endocardite (...) Le cardiologue fait l'écho et voit une dissection. Après on l'a emmené en catastrophe au scanner, il avait disséqué de haut en bas. On l'a transféré en chirurgie vasculaire.* »

**G1E4D6 (examens complémentaires aux urgences)** « *J'ai eu une chef aux urgences qui demandait beaucoup d'examens complémentaires, mais si on lui expliquait de façon*

*argumentée pourquoi on pensait que tel ou tel examen n'était pas nécessaire, elle nous écoutait et ne réalisait pas l'examen en question »*

**G2E8D17 (Toxicomanes et sirop codéiné)** *« finalement après 6 mois, à la fin, il n'en prescrivait plus (...) il ne prescrivait plus de Néocodion »*

**G4E19D28 (AVC et mention sur dossier « non réanimatoire »)** *« le problème est aussi de ménager les susceptibilités de chacun et de ne pas aller au conflit. La solution que j'avais trouvée par hasard mais à postériori c'est de **profiter d'une visite pour poser la question devant tout le monde**(...) est-ce que cette dame n'aurait pas intérêt à avoir l'indication de non réanimation ?" (...) cela oblige chacun à la discussion et on ne va pas au conflit sur le blocage d'un chef par rapport à un interne (...) On en a discuté et on a mis non réanimatoire sur le dossier. Il y avait des réticences d'ordre personnel, chacun a ses convictions. »*

**G5E23D31 (manque d'autonomie chez le praticien en ville)** *« RM : Il ne te laissait pas de liberté. Interne 23 : Il m'en a laissé assez rapidement parce qu'il me faisait confiance. »*

**G5E22D37 (occlusion intestinale et cancer du pancréas)** *« On a appelé le réanimateur pour qu'il nous appuie, on n'avait pas besoin de lui, c'était seulement parce qu'on savait qu'il ne ferait rien (sans cet appui nda). On était obligé d'appeler le chirurgien viscéral au vu du scanner. Pour appuyer notre argument, on a appelé le réanimateur. (...) **c'est l'idée du pluridisciplinaire** (...) il a la responsabilité de mettre non réanimatoire sur la prescription, et je pense aussi que c'est dans **le but d'avoir une discussion**. (...) Là, j'ai appelé moi-même mon chef, « non, non on n'y va pas ». (...)J'ai aussi appelé la famille, elle avait un fils. (...) J'ai expliqué au fils qu'on avait un désaccord. Qu'on devait d'abord se réunir et qu'on prendrait ensuite son avis. »*

## 2. Le senior reste en désaccord avec la prise en charge de l'interne.

4 types de situations ont été retrouvés au cours des focus groupes, au cours desquels l'interne applique une prise en charge contre l'avis de son senior.

### 2.1. La prise en charge de l'interne se fait en l'absence du senior du service/cabinet

Dans 2 cas, le senior exprime son désaccord à posteriori.

**G5E24D32 (patiente adressée aux urgences en ville)** « *je laisse le soir la transmission à mon Praticien (...) Le samedi on discute de tout ça avec mon praticien qui me dit « ça me fait chier qu'elle soit allée aux Urgences » texto ! (...) on aurait pu éviter ça ». C'est vrai que pour lui, c'est la honte d'envoyer aux Urgences. »*

**G5E24D36 (OAP chez une personne âgée en fin de vie)** « *La chef de Service est arrivée le lendemain ou durant la CV, je ne sais plus et elle me dit « tu lui as sauvé la vie, mais pourquoi tu as fait ça ? »»*

Dans un récit, l'interne, consciente de son désaccord sur un type de prise en charge avec son maître de stage, applique ses propres prises en charge lorsque le maître de stage est absent.

**G5E22D30 (antibiotique chez le généraliste bis)** « *il me mettait en porte à faux par rapport au patient, je les traitais par Doliprane et sérum physiologique, il revenait devant moi et disait « Ah on va vous mettre des antibiotiques, c'est moi qui vais gérer », alors que bon ben c'était un rhume quoi... (...) C'est un praticien qui est de toute façon très très peu avec moi. Dès le premier mois, j'étais autonomisée seule en cabinet. Finalement, **sa patientèle je la gère et quand je ne veux pas mettre d'antibiotiques j'en mets pas et je ne revois pas le patient***»

### 2.2. L'interne désobéit à son senior en sa présence dans le service/cabinet

Dans les deux récits correspondant à ce cas de figure, l'interne décide de prendre la responsabilité d'aller à l'encontre des directives de son senior, car cela lui semble être l'intérêt de son patient. Dans les deux récits, la suite des événements donne raison aux internes. Cependant les profils des conflits sont opposés : conflits femme-femme pour la

première histoire, homme-homme pour la seconde. Interne en premier semestre pour le premier, récit, fin d'internat pour le second. Dans le premier désaccord, la prise en charge du senior est argumentée et l'interne a le sentiment que la senior est impliquée dans les soins. Dans le second, le senior argumente très succinctement et a le sentiment que le senior ne s'est pas impliqué dans les soins.

Enfin, dans la première situation, le senior a été informé :

**G3E12D18 (echodoppler et embolie pulmonaire)** « *je me suis mis dans la tête qu'il avait une phlébite et une embolie pulmonaire et j'étais partie sur ça, j'explique à ma Chef. Ma Chef me fait "non (...). Je l'ai un peu fait dans son dos mais (hésitation) parce que j'avais l'impression qu'elle ne se rendait pas compte du risque (...). j'ai demandé l'aval (à une autre senior nda) peut-être juste pour me donner bonne conscience(...) mais je n'allais pas engager la responsabilité de quelqu'un d'autre quand c'est la mienne, j'avais décidé que je ferai un écho doppler de toute façon. Finalement dans son dos, j'ai demandé un échodoppler au bout du troisième ou quatrième jour. Elle voit le patient partir, elle me demande où il va et je lui réponds "ben au doppler" (rires des internes) Je me suis prise un savon monstrueux que j'avais mérité (...). Et en fait le Monsieur avait une phlébite et une embolie pulmonaire, j'étais donc très très contente de moi* »

Tandis que dans le deuxième cas, la désobéissance de l'interne se fait à l'insu du senior.

**G5E23D33 (conflit pendant une garde au SAMU)** « *je lui dis rapidement mais pas méchamment, mais je lui que non, on va ne pas faire ça. D'emblée, il pète un câble (...) il s'énerve vraiment et il dit « tu fais ça », il dit à l'infirmière « tu m'écoutes moi, je vais au camion, je vous attends, j'en ai marre, on fait ce que je dis ». Pour le coup j'avais donné ma désapprobation, et cela m'enquiquinait fortement d'être responsable et de passer des bêta2 à la patiente (en OAP nda), donc je dis à l'infirmière « écoute, **tu lui fais un aérosol de sérum physiologique, parce moi ça m'embête, il verra qu'il y a de l'aérosol et puis voilà** ». On fait l'aérosol de sérum physiologique, la patiente commence à ne pas aller trop mal, on la met dans le camion* »

2.3. L'interne bénéficie de l'appui d'un autre senior sans position hiérarchique

**G1E1D1 (gangrène de Fournier)** « *En l'examinant, en fait, je me rends compte que pour moi ce n'était pas un abcès fistulisé, c'était une gangrène de Fournier, et que du coup, la prise en charge qui a été faite en gynécologie n'était pas la bonne et que la prise en charge était chirurgicale (...) donc j'ai appelé le service de gynécologie pour leur expliquer que je pensais qu'il fallait l'opérer (...) l'interne m'a dit (...) « je l'ai vu avec le senior » (...) et m'a assuré que la prise en charge était la bonne et qu'il passerait la voir le lendemain matin (...) J'ai raccroché sans me battre avec l'interne, parce qu'il ne voulait pas entendre ce que je lui disais (...) **J'ai pris un deuxième avis avec les chirurgiens viscéraux qui eux ont confirmé le diagnostic** et qui ont dit que la prise en charge était chirurgicale. Du coup le conflit n'était pas... Je n'étais pas face à ce gynécologue. **J'ai fait ce que j'ai voulu dans mon coin.** Je l'ai appelé pour lui dire que je n'étais pas d'accord avec lui et puis derrière... »*

**G3E16D23 (PL sans hémostase)** « *Je tombe sur mon Chef d'avant et je lui ai dit que je n'arrivais pas à faire la PL, je lui explique que l'autre Chef voulait l'hémostase. Lui se demande pourquoi elle voulait l'hémostase (rires). Il me dit que du coup on va attendre l'hémostase. (...) Il me dit "on s'en fout de l'hémostase, on n'en a pas besoin". (Rires généraux). Il l'a faite. Il repart »*

**G4E18D26 (consultation de gériatrie à la place du senior)** « *je me suis dit que je n'allais pas insister, cela faisait deux mois que j'étais dans le Service et je ne voulais pas me mettre en danger en allant plus loin. Je n'ai donc rien dit, je l'ai laissé repartir et j'en ai parlé avec les autres chefs avec qui je m'entendais très bien et qui étaient plus jeunes (...) Finalement, on a rappelé le patient et on a pu l'hospitaliser par l'intermédiaire d'une de ces autres chefs. »*

2.4. L'interne bénéficie de l'appui d'un senior ayant une position hiérarchique forte

**G3E15D22 (fin de vie au lit porte)** « *Et là, le Chef de Service, je me souviens très bien, il dit "ah oui, elle va rejoindre le créateur", (rires) l'interniste ne parle plus, il ne dit plus rien, il n'exprime aucun des arguments avec lesquels il m'avait tannée pendant des heures*

*et des jours avant. Je lui ai demandé "vous faites quoi ?". Il n'a rien dit, rien proposé et la dame est morte deux jours après aux Lits Porte. »*

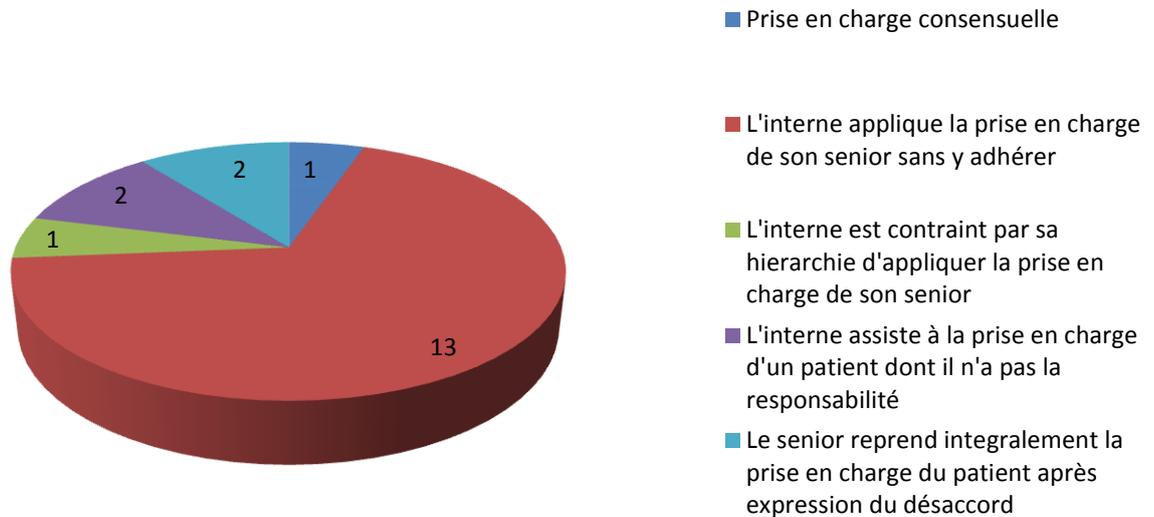
### 2.5. Le senior décide de laisser l'interne autonome dans ses décisions

Dans les deux récits suivants, les internes ont pu appliquer avec succès leurs prises en charges mais expriment de la déception quant à l'attitude de leurs seniors qu'ils auraient voulu plus impliqués dans les soins. La relation internes-seniors s'est par ailleurs fortement dégradée à la suite de ces situations.

**G2E10D13 (AVC chez bipolaire aux urgences)** *« Se pose la question de lui faire une imagerie cérébrale (...). Elle me répond « ok, si tu veux, je viens la voir avec toi ». Donc elle vient la voir avec moi, elle commence à lui parler, moi j'étais derrière la patiente et donc la patiente parle et parle, et moi je sentais qu'il y avait bien une légère aphasie quand on la faisait bien parler, et en même temps je voyais ma chef qui me regardait comme ça (mime un air dubitatif ndlr). Je me dis ok... Après on ressort, la chef me dit « c'est bon elle est psy cette patiente, complètement psy, laisse tomber on s'en fout ». Je lui dit « Moi, franchement je veux lui faire une imagerie cérébrale », je sens qu'il y a quelque chose et ce n'est pas normal. Elle me dit « Ecoute fais ce que tu veux, de toute façon c'est ta patiente, t'as commencé à la voir, fais ce que tu veux ». Ok, donc je le fais, je reste sur mon premier sentiment, et effectivement, elle avait fait un AVC »*

**G4E17D24 (Senior non investi aux urgences)** *«Je suis allé le voir carrément et je lui ai dit "là ce n'est plus possible, tu ne peux pas travailler comme ça, il faut que tu sois plus disponible pour les infirmières, pour les patients, pour nous". Effectivement, je lui suis un peu rentré dedans.(...) C'était en été, au SMUR(...) On est sorti pour un AVP, quelque chose comme ça, on est arrivé sur les lieux, il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années qui était dans un parc qui faisait du roller avec son fils et qui avait chuté, elle s'était fait une fracture – luxation de la cheville(...). Toute la brigade de pompiers était ahurie de ça et c'est finalement moi qui ai fait l'intervention du début jusqu'à la fin et lui était complètement en retrait. .»*

**b) La prise en charge effective du patient est celle décidée par le senior  
(cas de 19 désaccords sur 37)**



1. L'interne est convaincu par son senior et applique sa prise en charge, la prise en charge est consensuelle

Un seul récit correspond à ce cas de figure.

**G4E19D25 (bronchiolite en ambulatoire)** « *on avait un ou deux chefs qui venaient du privé, c'était des pédiatres de ville et on voyait tous la différence entre la prise en charge des médecins hospitaliers qui avaient accès aux plateaux d'hospitalisation et techniques et les médecins de ville qui étaient habitués à se baser sur la clinique (...) à réévaluer à secondairement comme on fait en ville finalement.(...) Elle m'a convaincu, je me suis rangé à ses arguments. (...) Je suis revenu sur une relation de confiance. Pas pour des raisons juridiques : je ne me suis pas dit que s'il y avait quelque chose, il y avait son nom, que j'étais couvert, cela ne s'est pas passé comme ça. J'ai été rassuré par son expérience clinique. (...) on se dit "est-ce que j'ai une lacune théorique ? Est-ce que j'ai une lacune d'examen clinique ? Que se passe-t-il ? Qui a raison ?" ça remet en cause beaucoup de nos fondements. L'enfant est rentré au domicile et ça s'est bien passé. (...)Le fait d'être en désaccord, finalement, amène à chercher des arguments, on passe du doute au questionnement en termes de raisonnement scientifique ou médical et c'est assez instructif. Je prends ça comme une leçon. »*

## 2. L'interne n'est pas convaincu par son senior.

Au cours des focus groupes ce cas de figure a débouché sur trois types de situations.

### 2.1. L'interne applique la prise en charge de son senior sans y adhérer.

Cette situation, largement majoritaire, concerne 13 désaccords. On peut distinguer 9 récits où le désaccord est clairement exprimé, argumenté avec plus ou moins d'insistance.

#### **G1E2D2 (fracture de rein)**

**G1E1D5 (choix d'une antibiothérapie adaptée)** *« J'en parle à mon chef, mais il maintient en me disant que c'est ce qu'on met lorsqu'il y a une allergie à la pénicilline. Dans ces cas-là, j'écris devant ma prescription le nom du chef qui m'a dit de faire comme ça.... »*

**G1E5D10 (hémorragie en visite à domicile)** *« je suis allé voir en visite à domicile, une patiente plutôt âgée. Elle avait une hémorroïde qui avait saigné mais ne saignait plus (...) j'avais de bonnes constantes, mais vu l'abondance du saignement, ça m'embêtait de la laisser chez elle sans surveillance (...) donc j'appelle mon chef pour lui dire que j'étais embêtée (...) en discutant, on a conclu qu'on ferait simplement une NFS et que si elle était normale, on n'irait pas plus loin. Mais moi, ça m'embêtait de savoir que cette dame allait restée chez elle toute seule, avec une hémorragie certes arrêtée mais qui pouvait toujours récidiver. (...) je n'étais pas convaincu qu'il s'agissait de la meilleure solution.»*

**G2E8D12 (décision de chirurgie et réanimation)** *« j'ai eu l'impression d'avoir été écoutée mais qu'on manquait terriblement de temps, de temps pour décider par rapport au transfert en vasculaire, dans ce contexte, il fallait se dépêcher de sauver la jambe tout en dialysant. Le patient est allé en vasculaire (...) ils ont thrombolysé sa jambe, il est revenu dans mon service, puis il est reparti en vasculaire pour être amputé. Il est revenu, il a fait des complications post opératoires et après il a fait un arrêt cardiaque dans le service et là l'équipe a voulu le réanimer (...) une fois que c'est commencé, ben il faut finir, surtout quand tu as récupéré un arrêt cardiaque (...) quand tous les gens s'agitent, t'as beau te dire que de toute façon ça ne sert à rien, il est déjà mort, tu manques de temps et de voix face au nombre de personnes qui s'agitent (...) Une fois que le SAMU est en route pour venir chercher le patient pour le transférer dans une réa d'un autre hôpital, une fois qu'il y a toute cette dynamique qui est mise en place, c'est impossible de faire marche arrière»*

**G2E7D14 (EP et score de Wells)** « et du coup je me souviens être allé voir tout de suite mon chef en lui disant « Ecoute, je crois qu'il fait une grosse embolie pulmonaire ou un truc comme ça », enfin ça sentait l'embolie pulmonaire à plein nez. Et il m'a dit : « T'a fait son score de Wells ? ». J'ai dit « ben ouais, son score de Wells est faible ou moyen, sur 3 niveaux : faible moyen ou fort. Et en fait tu fais l'angioscanner direct si c'est fort et si c'est moyen ou faible, tu fais les Ddimères d'abord. Et donc, pour moi c'était plus que certain qu'il avait ça mais le score de Wells... pfff, je ne me souviens plus, de toute façon, moi j'ai fait exprès de l'oublier après ce score mais son score n'était pas très élevé parce qu'il n'avait aucune raison en fait de faire une embolie pulmonaire. (...) Et donc du coup moi-même je n'ai même pas demandé l'angio... Enfin mon chef m'a dit « Ne demande pas l'angioscanner, à la radio, ils vont te dire « non » si son score de Wells n'est pas fort ». Enfin, en gros. Lui, il avait l'habitude de demander des angioscan parce qu'on demande souvent des angioscan aux urgences, et il m'a dit « non non tu fais les Ddimères », et donc du coup, moi, je sais pas, je devais vraiment pas être très sûr de moi à cette époque-là, et donc j'ai fait les Ddimères et donc ça a mis 1h-1h30 pour avoir les résultats, donc le mec était toujours en déhock' et puis les Ddimères sont revenus, ils sont revenus hyper haut évidemment. »

**G3E14D21 (annulation de bilans aux urgences)** « il a débarqué vers 6 H 00, (...) Pour lui les bilans étaient inutiles, il a demandé aux infirmiers de ne pas les faire et de faire sortir les patients. Chose pour laquelle, je n'étais pas d'accord, puisque si j'avais demandé les bilans c'est que je les estimais légitimes. Il m'a demandé de conclure pour lui les dossiers. C'est là que ça s'est un peu....heu, je lui ai dit "dans ce cas tu reprends les patients (...) je ne suis absolument pas convaincue (...). Je trouvais déjà vexant d'avoir vu les patients au départ et qu'il ne tienne pas du tout compte de mon avis et ne m'écoute pas. Il m'a donc demandé de conclure les dossiers, chose que j'ai refusé de faire au départ»

**G3E13D19 (80 ans, chute sous AVK, fin de vie)** « Une patiente de 80 ans, diabétique (...) avec insuffisance cardiaque(...) venue parce qu'elle avait chuté, elle était sous AVK pour une AC/FA, elle s'est retrouvée aux Urgences avec un INR à 12 elle était en train d'agoniser. (...) On la prend, c'était marqué fin de vie(...) pour des soins de confort. (...). Après quelques jours, son bras a gonflé, ma Chef me dit de lui faire un échodoppler du membre supérieur, je lui ai demandé pourquoi, elle m'a répondu pour confirmer une phlébite, je lui ai donc demandé "et après qu'est-ce qu'on fera ?" Je n'étais pas d'accord, à partir du moment où l'on dit que quelqu'un est en soins palliatifs et que l'on assure que les soins de confort (...) Il fallait donc mettre la patiente en brancard alors qu'elle avait une fracture du bassin, déplacer

*une patiente en fin de vie, (...) elle se plaignait pas de son bras, elle ne se plaignait pas du tout, du tout. Il était gros c'est vrai, c'était impressionnant(...) elle n'était plus du tout douloureuse (...) La phlébite a été confirmée, la patiente est mise sous HBPM »*

**G5E21D34 (antalgie par kétamine)** *« Je lui ai dit non, il n'est pas algique, si tu lui passes de la Kétamine, il va être encore plus en vrac, il n'est pas algique et ce n'est pas la peine. (...) Les pompiers commençaient à entrer dans notre conflit, du coup je me suis dit que ce n'était pas grave et qu'on allait passer de la Kétamine, j'ai demandé à l'infirmière de le faire, on va faire comme lui veut, on ne va pas aller dans le conflit, le patient ne va pas en mourir. »*

Dans ce récit, l'interne se retrouve à devoir poursuivre la prise en charge d'un patient pour lequel le cancérologue avec lequel elle est en désaccord, a débuté préalablement une chimiothérapie contre l'avis d'une concertation pluridisciplinaire.

**G5E25D35 (chimiothérapie non programmée)** *« Quand la famille est arrivée et qu'elle a vu leur proche dans cet état, j'ai appelé le cancérologue en lui disant « vous venez tout de suite expliquer à la famille pourquoi vous avez fait ça » (...) il n'est pas venu (...) **RM** : Ils ont posé des questions pour savoir pourquoi il était comme ça ? (...) **E25** : Oui, je me suis retrouvée à le couvrir, je me suis retrouvée encore en porte à faux mais cette fois-ci devant la famille. »*

Dans quatre récits, les désaccords sont exprimés sans insistance ni argumentation, voire ne sont pas verbalisés même s'ils sont patents.

**G1E1D4 (critère d'Ottawa)** *« je me suis écrasé, c'était la politique de mon service de faire des radios donc je faisais des radios. »*

**G1E5D8 (œdème de Quincke)** *« J'appelle mon chef, je lui demande si j'appelle les réanimateurs. Il me dit « non, tu fais comme d'habitude pour un œdème de Quincke. » J'applique les consignes de mon chef, j'écris dans le dossier que mon chef a été prévenu et qu'il m'a dit de ne pas appeler les réanimateurs. Je surveille le patient. »*

**G1E6D9 (rhinopharyngite et antibiotique)** *« la mère avec son fils de 5 ans et sa fille de 6 mois. La maman disait que la petite n'était pas très en forme, qu'elle toussait. Moi je les avais*

déjà vu une semaine avant où tout le monde toussaient mais ils n'avaient pas de fièvre, j'ai donc donné un traitement symptomatique, et là, la maman disait que ça ne s'améliorait pas. Ma maître de stage a pris la température, elle avait 37,8 et son fils pareil. Et tout de suite elle a dit « Ah là là, ça ne vas pas, on va vous mettre sous antibiotiques. ». Du coup elle a prescrit des antibiotiques, sachant qu'il n'y avait pas vraiment de diagnostic clair, il n'y avait pas de sinusite, pas d'indications... Après, on n'a pas vraiment eu d'occasion d'en parler »

**G5E21D29 (antibiotiques et infiltration chez le généraliste)** « J'ai eu l'occasion de le remplacer dès fois où il n'était pas là et c'est vrai qu'ils insistent jusqu'à ce que tu leur donnes et comme ce n'est pas ta patientèle, tu fais ce que ton praticien t'a dit de faire»

## 2.2. L'interne est contraint par sa hiérarchie

**G3E11D20 (conceptions différentes de la psychogériatrie)** « on s'est fait convoquer, on nous a dit qu'on était irrespectueuses. Le Chef de Service est un homme qui vit dans un monde de femmes, je pense qu'il a compris comment elles marchaient (rires), il arrondissait tous les angles, il disait oui à tout le monde, il ne tapait jamais du poing sur la table. En fait l'avantage pour lui c'est qu'on était des internes donc il se permettait de dire "vous vous êtes des internes, vous ne dites rien, elle c'est la Chef donc même si elle a tort c'est elle qui décide" (...) alors qu'il voyait très bien ce qu'il se passait, il l'a très bien dit à la fin du stage "tant que ça ne me concerne pas je ne réagis pas".»

## 2.3. L'interne reste spectateur d'une prise en charge dont il n'est pas responsable

**G2E9D15 (PSA et dépistage du cancer de la prostate)** « le semestre dernier j'étais en rhumatologie, mon chef me disait «moi je fais des PSA à tous mes patients de plus de 50 ans» et du coup, comme je n'étais pas d'accord, j'ai cherché, j'ai lu un peu, puis après je lui ai dit: « heu, ben non, peut-être qu'il ne faut pas que tu fasses ça ». Et lui n'a pas changé d'avis. Mais bon, après ça te permet à toi de chercher pourquoi lui pense ça. Est-ce que j'ai raison ? Est-ce que quelqu'un a raison ? Ca fait poser plus de questions sur soi et sa prise en charge et ça permet peut être de progresser. »

**G2E7D16 (PSA chez un patient en rémission de lymphome)** « Mais bon, je ne lui ai pas dit sur le coup à ma prat'. De toute façon, je n'allais pas lui dire devant le patient. »

2.4. La prise en charge du patient est poursuivie exclusivement par le senior

**G4E20D27 (soins palliatifs en gériatrie)** « *RM : Sur quels arguments as-tu essayé de la convaincre. E20 : (Essaye de se rappeler). En fait, je crois que je n'ai pas insisté. RM : Tu lui as exprimé ton désaccord mais tu n'as pas essayé d'argumenter ton point de vue. E20 : Non. Je lui ai dit que je pensais qu'on devrait passer en soins palliatifs pour ce patient. (...) Après, c'est ce qui s'est passé, elle a repris la prise en charge (...) Si elle sent qu'on n'est pas d'accord, elle le reprend en charge et on ne le voit quasiment plus durant la visite car elle la faisait* »

**G1E1D7 (torsion du grêle)** « *elle me dit de passer la patiente dans un service de chirurgie viscérale « Ils verront tout à l'heure ». C'est là où je n'étais pas d'accord, car il n'y avait pas de diagnostic. Ca me gênait de mettre une malade dans un lit où elle ne sera pas vue tout de suite par un médecin. J'ai demandé... en même temps, je n'ai pas vraiment insisté, mais je lui ai dit que je voulais appeler le chirurgien pour le prévenir. La chef me répond que non, ce n'est pas la peine, « ils verront tout à l'heure ». Du coup je me suis écrasé, c'est elle qui a géré le dossier jusqu'à la fin, qui a fait les prescriptions* »

## **D) Les arguments et stratégies de chacun des acteurs du désaccord**

### **a) Les stratégies des internes pour convaincre**

Lors de l'expression de leurs désaccords, on peut constater que les internes s'appuient sur leur sens clinique autant que sur la littérature scientifique.

#### 1. La recherche bibliographique

L'interne fait des recherches bibliographiques pendant ou à la suite pour appuyer son point de vue dans huit récits cliniques

**G1E1D4 (critère d'Ottawa)** : lecture d'une thèse sur l'application des critères d'Ottawa dans les services d'urgences

**G1E1D5 (choix d'une antibiothérapie adaptée)** : consultation d'un ouvrage de référence pour répondre au désaccord

**G1E5D8 (œdème de Quincke)** : Réalisation d'une présentation « power point » à distance sur la prise en charge des œdèmes de Quincke selon la littérature médicale récente

**G2E9D15 (PSA et dépistage du cancer de la prostate)** : Consultation de plusieurs études sur le sujet

**G3E16D23 (PL sans hémostase)** : Relecture des cours d'externat concernant les conditions de réalisation d'une ponction lombaire lors d'une suspicion de méningite

**G4E19D25 (bronchiolite en ambulatoire)** : Revue de littérature sur les critères d'hospitalisation d'une bronchiolite du nourrisson.

**G4E18D26 (consultation de gériatrie à la place du senior)** *« je m'étais renseigné à l'époque. Il n'aurait pas été récusé par un chirurgien (...) Je n'aurai pas été aussi insistant s'il m'avait dit que dans ce type d'opération, il y a 90 % de décès dans les suites opératoires ou s'il y avait un pronostic vraiment sombre ce qui n'était pas le cas pour ce patient, c'est pour ça qu'il me semblait normal de me battre pour lui. »*

**G5E21D29 (antibiotiques chez le généraliste)** : Réalisation d'une thèse de fin d'études sur l'indication d'une antibiothérapie chez les enfants présentant un syndrome infectieux des voies respiratoires hautes.

## 2. Les arguments cliniques

Dans la majorité des désaccords, l'interne s'appuie sur son propre sens clinique pour appuyer son point de vue.

**G1E3D3 (occlusion sur cancer colique)** *« On ne demande pas les examens parce qu'on a envie de le faire, c'est pour le patient (...) il n'avait pas le ventre en face de lui et ce ventre-là n'était pas normal. Et donc il a eu son scanner quand même, et en fait il avait une occlusion sur un cancer colique avec une distension majeure, il est passé au bloc une heure après. »*

**G1E3D11 (dissection aortique)** *« Je demande quand même un bilan avec une radio de thorax (...) Je lui montre la radio de thorax avec l'élargissement du médiastin et lui rappelle que la tension n'est pas symétrique »*

**G3E12D18 (échodoppler et embolie pulmonaire)** « *parce que j'avais l'impression qu'elle ne se rendait pas compte du risque, ce n'était pas la phlébite qui me gênait mais l'embolie pulmonaire (...) on peut toujours se tromper tout simplement, ça n'est pas parce qu'on a une expérience de 15 ans qu'on sait tout.* »

**G4E18D26 (consultation de gériatrie à la place du senior)** « *J'ai dit que c'était un patient qui avait une épée de Damoclès dans le ventre, il pouvait mourir à tout moment, ça pouvait se rompre (anévrisme de l'aorte abdominal nda)(...) il était opérable, il n'aurait pas été récusé par les chirurgiens, à priori il n'avait pas d'antécédent majeur, même si c'était une chirurgie à risque, il avait 75 ans, il n'était pas extrêmement vieux. (...) Je pense qu'il pouvait donc se faire opérer, au moins faire un bilan vasculaire, même s'il avait refusé l'opération, au moins savoir où on en était* »

**G2E10D13 (AVC chez bipolaire aux urgences)** « *on a commencé à parler un peu, et effectivement elle remplaçait des mots par des autres, c'était vraiment léger, son discours était cohérent. Je sentais que ce n'était pas que psy, je fais l'examen neuro qui est nickel. Se pose la question de lui faire une imagerie cérébrale, donc j'en parle à une de mes chef (...) mais comme je commence à parler du contexte psy, machin, elle me répond qu'on s'en fout quoi. Je lui dis non, on s'en fout pas, je pense réellement qu'elle a une aphasie.* »

**G2E7D14 (EP et score de Wells)** « *il a fait un malaise dans un parc (...) il était en détresse respiratoire (...) il m'inquiétait beaucoup(...) lui était dans une angoisse terrible (...) ça sentait l'embolie pulmonaire à plein nez (...) son score n'était pas très élevé parce qu'il n'avait aucune raison en fait de faire une embolie pulmonaire(...) du coup, ça ne se basait que sur mon sentiment clinique, j'avais pas vraiment d'argument pour l'emmener effectivement à l'angioscan très rapidement* »

**G5E24D32 (patiente adressée aux urgences en ville)** « *mais là j'ai dit qu'elle était déjà sous antibiotiques, elle avait encore de la fièvre et elle a fait un malaise.* »

### 3. Les stratégies d'évitement du conflit

#### 3.1 L'accommodation

Le désaccord n'est pas exprimé au senior dans 4 récits cliniques. Deux de ces « silences » sont justifiés. Les raisons invoquées sont :

Le manque de temps (**G1E6D9 (rhinopharyngite et antibiotique)**) « *E1 : Alors, tu ne lui as pas dit ? E6 : ben non, j'ai pas eu l'occasion (...) Après, on n'a pas vraiment eu d'occasion d'en parler parce les patients s'enchaînaient.* »)

L'impossibilité d'exprimer son désaccord du fait de la présence du patient (**G2E7D16 (PSA chez un patient en rémission de lymphome)**) : « *De toute façon, je n'allais pas lui dire devant le patient.* »)

Le fait de ne pas insister sur son désaccord, peut être inclus dans une stratégie visant à influencer la prise en charge médicale.

**G4E20D27 (soins palliatifs en gériatrie)** « *En fait, j'avais l'impression que cette chef avait des prises en charge qui étaient variables suivant l'intérêt qu'elle avait pour les patients (...) E18 : comme elle prenait souvent notre place, elle prenait un peu en charge le patient et quand elle avait une idée, on ne la contredisait pas parce que sinon elle faisait notre boulot sur le patient et après elle le prenait en charge complètement si elle sentait qu'on n'était pas d'accord.* »

A cela, s'ajoutent les situations où le désaccord est exprimé sans véritable intention de convaincre (cf p 58)

#### 3.2 Le recours à un senior en position hiérarchique

Dans 3 désaccords, l'interne est amené à parler à une personne en position hiérarchique forte pour tenter de trouver une issue à un conflit qui lui semble insoluble.

**G4E17D24 (Senior non investi aux urgences)** « *On l'a signalé plusieurs fois au Chef de Service. RM : Et que s'est-il passé ? E17 : Le Chef de Service l'a convoqué deux – trois fois, cela n'a rien changé à son attitude, il a été viré quelques mois après (...) quand tu te plains d'un sénior, de quelqu'un plus haut placé que toi, tu n'as pas beaucoup de poids. Même si cela s'est répété, il a été convoqué, il a eu un blâme. On ne voyait pas de différences avec son*

*attitude (...) il a été mis en arrêt de travail par la Médecine du Travail puis secondairement écarté du Service. »*

**G3E11D20 (conceptions différentes de la psychogériatrie)** « *On avait beau se référer à la hiérarchie, ça ne donnait rien, on était dans notre coin à essayer de se débrouiller (...). Après quand on en parle, ça clache. Et au final ça n'a rien donné, parce que le Chef de Service n'a rien fait non plus »*

**G3E15D22 (fin de vie au lit porte)** « *Je lui ai dit "écoutez j'ai un sénior", j'avais le Chef de Service qui était le sénior des Lits Porte à ce moment-là, et je lui dis "sinon on va en discuter tous les trois en même temps»*

### 3.3 Le recours à un senior sans position hiérarchique

Dans 5 situations de désaccord, l'interne tente une résolution de son conflit par l'intermédiaire d'un senior en position non hiérarchique. Dans 3 situations cela lui permet d'effectuer sa prise en charge en évitant un conflit direct (cf p 55).

Dans 1 situation l'interne se confie à un autre senior afin de se conforter dans sa décision de désobéir (**G3E12D18**). Dans une autre situation l'interne fait part de sa volonté de modifier la prise en charge d'un patient alors que la senior, responsable du patient, avec laquelle il était en désaccord, est partie plusieurs jours en formation (**G4E20D27**)

### 4. Le recours à l'ensemble de l'équipe

Cette démarche toujours initiée par l'interne dans les désaccords étudiés, est mise en évidence dans cinq désaccords (staff, visite, transmission)

Dans les récits **G4E19D28** et **G5E22D37**, ce dialogue entre plusieurs médecins permet la résolution consensuelle du désaccord. (cf p 51)

Au décours de la situation de désaccord, l'interne a souvent la volonté de reparler des événements avec son senior ou avec l'ensemble de l'équipe. L'interne cherchera à évaluer l'opinion de ses confrères concernant son attitude pendant le désaccord. Dans les récits **G1E1D7**, **G1E5D8**, **G4E19D25**, la prise en charge du patient fait l'objet d'une discussion à posteriori impliquant médecins senior et interne en réunion (formelle ou non) avec pour objet de déterminer une attitude consensuelle afin de répondre de façon optimale à un cas de figure

similaire qui se présenterait à l'avenir. La réunion n'aborde alors que des points techniques de prise en charge médicale et jamais de problèmes relationnels.

**G1E1D7 (torsion du grêle)** « *En gros, ils (les chirurgiens viscéraux (ndla)) m'ont rassuré en me disant qu'il n'y avait pas eu de perte de chance pour son tube digestif. Mais après la seule chose qu'ils nous ont reprochée, c'est de ne pas les avoir réveillés en disant que sur un ventre qu'on n'arrive pas à soulager, il n'y a pas besoin d'attendre un scanner pour passer au bloc opératoire tout de suite. (...) Il y avait eu un retard mais que de toutes façons, le grêle de la patiente était déjà nécrosé* »

**G1E5D8 (œdème de Quincke)** « *On en a rediscuté et j'en ai discuté aussi avec d'autres chefs et j'ai fait une présentation power point sur le sujet (...) Quand j'en ai parlé avec d'autres chefs, ils m'ont dit que peut être qu'ils auraient appelé le réa, peut être que non, ils ne savaient pas comment ils auraient réagi dans cette situation* »

**G4E19D25 (bronchiolite en ambulatoire)** « *au petit matin, au staff d'ailleurs, comme ça reste un cas limite, on signale le possible retour (du patient nda) pour tenir les gens au courant. Comme toute présentation de dossier, on synthétise, on redonne des arguments, on en remet une couche, et d'autre part ça permet d'une part de rappeler les critères (d'hospitalisation d'une bronchiolite nda), d'autre part de se repencher sur la question (...) on trouvait justement intéressant cet apport d'un médecin de ville dans l'équipe qui donnait une approche un peu différente sur la stadification du risque.* »

Dans le récit suivant, l'interne évoque un regret de ne pas avoir usé de cette stratégie.

**G2E8D12 (décision de chirurgie et réanimation)** « *je pense qu'il aurait fallu re-staturer après son amputation avec échec de la thrombolyse pour décider si le patient était réanimatoire ou semi réanimatoire, non intubable. (...) RM : Ca a changé des choses dans ta façon de faire ? E8 : Ben, je suis toujours très restreinte au niveau réanimation. Oui. Encore plus. Non pas encore plus, mais il faut beaucoup plus statuer et prévenir les familles, les patients...»*

## 5. L'évocation du désaccord à posteriori

Dans de nombreux cas, l'interne souhaite évoquer à posteriori, le désaccord avec son senior. Très souvent l'interne a l'impression que son senior fuit le dialogue constructif et reste dans l'affect ou le déni du désaccord et de ses conséquences. Dans tous les cas, le senior ramène le désaccord à un conflit décisionnel et n'évoque pas de conflit relationnel.

**G1E1D1 (gangrène de Fournier)** « *ma chef a rappelé le chef de gynécologie le lendemain pour lui dire qu'ils avaient fait une connerie* »

**G1E1D7 (torsion du grêle)** « *Je n'ai pas eu l'occasion d'en reparler avec la chef des urgences. Lorsque j'ai voulu relancer le sujet, j'avais l'impression que pour elle, il n'y avait pas eu de souci, qu'on avait bien fait les choses. Elle esquivait un peu les questions que je posais* »

**G1E5D8 (œdème de Quincke)** « *c'était moi qui avais demandé à présenter ce cas. (...) j'ai présenté le cas clinique de façon formelle. On n'a pas discuté sur la prise en charge mais sur les soins (...) Je n'allais pas l'enfoncer, c'est une erreur, enfin une erreur...»*

**G1E3D11 (dissection aortique)** « **E3** : *Il m'a dit que c'était une situation vraiment pas typique. E2* : *Oui mais tu y as pensé tout de suite. Est-ce qu'il t'a dit que tu avais raison finalement. ? E3* : *Non, on n'en a pas discuté dans ce sens-là. Il a dit qu'on avait eu raison de faire l'échographie cardiaque. Rire. E2* : *Oui, il ne s'est pas remis en cause quoi. E3* *Non, il ne s'est pas remis en cause. »*

**G2E10D13 (AVC chez bipolaire aux urgences)** « *Et donc le lendemain, elle me dit « Ah ouais, au fait ta patiente, t'avais raison... », genre... enfin elle m'a pas dit qu'elle était désolée d'avoir eu ce comportement ou quoi que ce soit. C'était juste « T'avais raison », voir même limite « on avait raison »(...) j'ai trouvé ça un peu choquant* »

**G2E7D14 (EP et score de Wells)** « *c'est vrai que j'aurais peut-être bien aimé en parler avec le chef avec lequel ça s'était passé, mais j'ai pas eu le sentiment qu'il avait envie qu'on en parle en fait. Parce que sur le coup, il s'est un petit peu déchargé en fait en me disant : « Ah ton patient il a fait l'arrêt » Et j'ai dit « ben ouais... », J'étais hyper choquée, je me suis dit « merde, je te l'ai dit depuis le départ que c'était une EP et euh... » Et on n'en a pas plus parlé que ça (...) RM* : *Mais tu aurais voulu qu'on te le reproche ? E7* : *Non non non ! Mais ça aurait été le moyen d'en parler s'il y avait eu une erreur dans la prise en charge. Je pense qu'on serait venu me chercher et on m'aurait dit « Dis, t'as pas fait ça et tout !!! ». Du coup,*

*comme je pense qu'il n'y avait pas grand-chose à dire, du coup on ne m'en a pas reparlé (...)... enfin, même si on en avait reparlé, je ne sais pas ce qu'on en aurait dit en fait. Je... Je... je leur aurais dit « Voilà fallait me faire confiance » mais en même temps on était tout nouveaux internes (...) Oui, je pense que lui en fait a culpabilisé »*

**G3E13D19 (80 ans, chute sous AVK)** « *Quelques semaines après la patiente était décédée. Je suis repartie à la charge et j'ai demandé à ma Chef (...) mais quel a été l'intérêt de la bouger de son lit sachant qu'elle est en soins de confort, de l'amener en bas, où elle doit attendre un certain temps avant de faire l'examen, de la ramener, de la piquer encore une fois par ce que l'HBPM c'est deux piqûres. "*

**G3E14D21 (annulation de bilans aux urgences)** « *Lui voulait qu'on se réconcilie, ça ne l'intéressait pas plus que ça de rentrer dans le fond du sujet. (...) il m'a dit "oui oui, t'as raison", il s'en moquait en fait... »»*

**G3E16D23 (PL sans hémostase)** « *c'est LA recommandation que tu apprends tellement par cœur pendant l'Internat. Je n'en ai pas reparlé à cette Chef parce que j'avais l'impression que ce n'était pas du tout possible de lui en parler.»*

**G4E17D24 (Senior non investi aux urgences)** « *c'est bizarre d'ailleurs, les médecins en parlaient entre eux, les internes en parlaient aux médecins. RM : Mais il n'y a jamais eu de réunion ? E17 : Non, il a été convoqué plusieurs fois (...) en huis clos et en plus il niait les faits. »*

**G4E20D27 (soins palliatifs en gériatrie)** « *C'est moi qui en ai parlé à l'autre chef quand l'autre n'était pas là. RM : Est-ce que tu penses qu'elles en ont parlé entre elles ? E20 : Non je ne pense pas. Je ne sais pas mais je ne pense pas et je pense qu'il y avait comme un tabou. (...) RM : Les relations entre les deux chefs étaient bonnes ? E20 : Oui elles étaient très bonnes. »*

**G5E21D29 (antibiotiques et infiltration chez le généraliste)** « *On a essayé d'en parler mais pour lui c'est ce que ses patients attendaient et il était hors de question que ça change (...) Il était impossible de discuter avec lui donc ça a un peu ruiné mon stage chez le praticien avec lui. »*

**G5E22D30 (antibiotiques chez le généraliste bis)** « *j'étais en désaccord avec lui mais le problème c'est que... il connaît les arguments, il connaît le maintien de l'environnement*

*bactérien etc... il notait que ce n'était pas l'indication, mais c'est vraiment une crainte de ne plus avoir de patients. »*

**G5E23D33 (conflit pendant une garde au SAMU)** « *Il a pris le temps d'en reparler parce qu'il était toujours sur sa colère (...) le lendemain matin au petit déjeuner, « écoute moi j'ai fait dix ans de réanimation, je sais très bien ce que sont les OAP spastiques... »*

**G5E24D32 (patiente adressée aux urgences en ville)** « *Il me dit que la patiente est restée 12 heures aux Urgences, il n'y avait pas de fièvre, l'ECBU et la CRP étaient négatives mais elle est restée en observation 12 heures, je me dis qu'aux Urgences aussi ils se sont dit qu'il fallait la garder. Pour lui, c'était un loupé complet,»*

## **b) Les seniors : le besoin de persuader pour affirmer son autorité et la nécessité d'agir**

L'attitude du senior face à un désaccord exprimé par son interne peut donner lieu à divers modes de réponse.

### 1. L'argumentation

La réponse du senior est argumentée dans 20 désaccords sur 37. Les arguments retrouvés sont alors de 5 types.

#### 1.1 L'expérience et les habitudes du service

**G1E1D4 (critère d'Ottawa)** « *parce qu'ils (les seniors des urgences ndlr) seraient passés à côté de trop de choses. Du coup ils ont décidé que... Enfin, ils se font leurs critères à eux »*

**G1E5D8 (œdème de Quincke)** « *Il me dit non, tu fais comme d'habitude pour un œdème de Quincke : Aérosols d'adrénaline, polaramine, corticoïde IV, et tu me rappelles dans une demi-heure(...) j'ai présenté ce cas clinique, ça s'est très bien passé. Il y a eu des réactions sur les aérosols d'adrénaline qui étaient systématiques dans cette situation à XXXXXX »*

**G2E7D14 (EP et score de Wells)** « *J'ai fait confiance à mon chef qui m'a dit : « L'expérience du service, c'est qu'à chaque fois que tu demandes un angioscan, on te demande le score de Wells ici !» E8 : Là aussi ce qui est particulier c'est que l'hôpital... faisait une*

*étude de corrélation entre le score de Wells et l'angioscanner (...) donc ils essayaient de suivre la démarche, de suivre l'arbre décisionnel»*

On peut constater que l'usage de cet argument sur des internes de premier ou deuxième semestre, parvient toujours, dans les désaccords étudiés, à convaincre l'interne d'appliquer la prise en charge décidée par le senior. Les résultats de cette prise en charge détermineront si l'interne utilisera de cette méthode dans sa pratique future. Cette donnée sera particulièrement utile dans le chapitre concernant l'harmonisation des pratiques.

### 1.2 L'expérience clinique personnelle

**G4E19D25 (bronchiolite en ambulatoire)** « *Des arguments d'expérience, puisque moi tout ce qui est finesse d'examen clinique (...) je ne l'ai pas aussi franchement qu'elle en tant que jeune semestre de pédiatrie. »*

**G1E3D11 (dissection aortique)** « *Il me dit que non, il a de l'expérience et a vu plusieurs dissection : « ça ne se présente pas comme ça, ils sont beaucoup plus douloureux avec des anomalies hémodynamiques » »*

**G5E21D34 (antalgie par kétamine)** « *Il me montrait quand il lui appuyait fort sur le ventre, ça faisait grimacer le patient, effectivement, il lui appuyait sur le ventre mais quand tu lui fichais la paix, le patient était en train de dormir »*

**G4E20D27 (soins palliatifs en gériatrie)** « *Pour ce patient en particulier, son argument était qu'une nutrition parentérale allait améliorer ses escarres. Alors que ce patient avait une néoplasie et allait décéder. »*

Comme on peut le constater, cet argument n'est pas toujours bien perçu par l'interne et dépend beaucoup de la confiance de l'interne en son senior. Il est, de même, accueilli différemment selon l'âge du senior et l'ancienneté de l'interne ainsi que selon sa personnalité.

### 1.3 L'argument économique

**G4E18D26 (consultation de gériatrie à la place du senior)** « *Je me suis dit qu'il était nécessaire qu'il soit hospitalisé (...) et il m'a répondu "de toute façon, on est en restructuration, on ferme des lits, on n'a pas de place". (...)Il ne m'a pas convaincu car son*

*argument était vraiment "bidon", il m'a dit qu'on fermait des lits ce qui était vrai, on fermait vraiment des lits, le Service était en complète restructuration, mais ce n'était pas un bon argument. Mais je ne pouvais pas dire non et je me suis "couché". (...) Il ne m'a pas donné d'argument médical, cela dit c'est un très bon médecin, mais là il n'avait pas d'argument médical et il m'a donné l'excuse de l'hôpital en restructuration. Même si cela était vrai, j'ai eu du mal à l'accepter. »*

**G5E21D29 (antibiotique et infiltration chez le généraliste)** « *« si je ne le fais pas, ils ne viendront plus » »*

**G5E22D30 (antibiotique chez le généraliste bis)** « *« ils ne reviendront pas si je ne le fais pas » »*

Dans toutes les situations de désaccord où cet argument a été utilisé par les seniors, les internes ne sont pas convaincus. Certains ont manifesté une compréhension mais jamais d'adhésion.

**E21** : « *Il y a un poids commercial enfin il y a une relation commerciale dans le sens où tu sais, tu connais ta clientèle, tu sais qui va ou non revenir »*

**E24** « *le soir au moment du débriefing, je me suis fait « exploser » car je lui ai coûté un patient (...) Nous on est de la génération où il y aura toujours des patients, je remplace et il y a toujours du monde. Eux sont arrivés à un moment où il fallait acheter sa clientèle »*

Une interne se pose même en recours contre les contraintes économique qui pèsent sur les seniors

**E12** « *C'était mon premier semestre, on est formaté internat, faut faire ci dès qu'il y a ça. Et en hospitalisation, je déteste parler de ça, mais on ne voit pas tout le prix que coûtent les choses, tandis qu'eux sont soumis à l'aspect économique. »*

#### 1.4 La connaissance du terrain

**G5E24D32 (patiente adressée aux urgences en ville)** « *il connaît cette patiente, elle est toujours en burn out, elle a toujours mal au dos, mais moi je ne la connais pas (...) j'ai quand même lancé tous mes arguments, et j'aurai fait une erreur de ne pas l'envoyer. RM : Ses arguments ne t'ont pas convaincue ? E24: Ses arguments à lui, non. »*

### 1.5 La prise en compte du souhait (réel ou supposé) du patient

**G1E5D10 (hémorragie en visite à domicile)** « *je voulais qu'elle soit quand même hospitalisée pour un petit bilan. La patiente n'était pas foncièrement pour mais pas contre non plus (...) Dans un sens je me suis dit (...) qu'il appliquait le principe de « gérer avec la volonté du patient » »*

**G2E8D12 (décision de chirurgie et réanimation)** « *Comme on ne pouvait pas parler à la famille, dans le doute, il a pris comme critère l'âge du patient pour sa décision (...) Il a dit « Si c'était moi je voudrais qu'on me sauve la jambe » »*

**G4E18D26 (consultation de gériatrie à la place du senior)** « *Le Chef de Service m'a dit "laisse le partir, il ne veut rien, tu ne fais rien" »*

**G5E21D29 (antibiotiques et infiltration chez le généraliste)** « *mais pour lui c'est ce que ses patients attendaient et il était hors de question que ça change»*

**G5E22D30 (antibiotiques chez le généraliste bis)** « *devant les patients c'était « mais vous êtes fragile ! » il justifiait l'antibiotique par le terrain, très souvent, « vous avez des bronches fragiles » »*

**G5E22D37 (occlusion intestinale et cancer du pancréas)** « *le chirurgien voulait y aller parce qu'il pensait probablement qu'il allait soulager cette occlusion, le choc septique et qu'elle pouvait encore vivre ou « mourir » pendant six mois de son cancer. »*

## 2. Le choix de l'autonomisation de l'interne

Nous avons déjà vu le cas de seniors qui laissent l'interne prendre en charge son patient de façon totalement autonome. (G2E10D13, G4E17D24) (cf p56)

### 3. La stratégie du « choc » hiérarchique ou du rappel de la différence de spécialité

Le senior exprime ouvertement que l'interne doit se soumettre à son autorité. Trois situations illustrent ce cas de figure et dans chacune, la décision du senior n'est pas médicalement argumentée. Deux situations aboutissent à un conflit ouvert avec dégradation des relations entre interne et senior (G3E14D21 G3E11D20). L'une de ces situations mène à la réalisation d'un acte caché impliquant la désobéissance de l'infirmière au senior (G5E23D33).

Il est intéressant aussi de constater que **l'âge du senior** a très probablement un rôle dans l'affirmation de l'autorité. Lors des focus groupes, l'argument de la hiérarchie est utilisé par des seniors jeunes ou en milieu de carrière pour convaincre leurs internes, tandis que les internes appliquant les consignes de leurs seniors sans y adhérer justifient leurs prises en charge par la soumission à une hiérarchie uniquement lorsque leur senior est plutôt en fin de carrière (sans que les seniors aient eu besoin de rappeler cette hiérarchie à l'interne).

**G3E14D21 (annulation de bilans aux urgences)** « *Il s'est un peu énervé en disant "tu es l'interne, je suis le Chef, tu fais ce que je te demande, tu fais sortir les patients, il y a du monde qui arrive, les transmissions vont commencer, dépêche-toi". Au final, je l'ai fait mais c'est pour dire que j'aurai pu entendre les arguments, j'étais en en premier semestre, j'avais peut-être un peu tendance à faire des bilans de manière excessive, mais... en tout cas... (Cherche ses mots) je crois que les désaccords sont fréquents et qu'il est normal qu'il y en ait mais il faut qu'ils soient entendus et discutés.* »

**G5E23D33 (conflit pendant une garde au SAMU)** « *je pense qu'il était fatigué, il était 4 H du matin, c'est peut-être quelqu'un qui travaille trop, enfin je ne sais pas trop, il me dit «non, non, c'est moi qui suis responsable de la patiente, tu fais ce que je te dis » »*

**G3E11D20 (conceptions différentes de la psychogériatrie)** « *Il y avait une des Chef qui te dit clairement "moi je suis interniste, je ne suis pas psychogéiatre !" Déjà, elle met la barrière entre nous qui sommes internes en Psychogériatrie donc en on prend le rôle du géiatre en gros. (...) On voyait la médecine de la même manière (avec ma cointerne nda), c'est l'humain d'abord et pas l'organe. Elle (la Chef nda) te disait "je suis interniste", et elle disait limite que ce qui comptait c'était que l'organe. Dès qu'on allait la voir pour un petit problème psychiatrique, forcément on était en Psychogériatrie, elle te disait "ah non non je ne sais pas, je suis interniste "»*

Ce mode de fonctionnement n'est pas apprécié par les internes.

**G4E19** : « Effectivement, cela évoque des situations auxquelles, je pense, on a tous été confrontés, c'est-à-dire que globalement il y a certains moments où on est soumis à des rapports hiérarchiques ou diplomatiques et pas des rapports avec des arguments médicaux parce que l'on n'est pas d'accord. Nous, on est en train de suivre notre intuition ou nos peurs ou nos angoisses, et l'on nous donne comme seul argument "je suis le chef, tais toi", en gros c'est ça. Si on commence à faire la guerre, ce sera la guerre durant tout le stage et on va se créer une vie horrible, donc on est obligé de s'amender mais pas sur des critères médicaux et ça des fois, c'est frustrant. »

#### 4. La stratégie de l'humiliation

Retrouvé dans une situation de désaccord, l'interne finit par solliciter l'avis d'un autre senior.

**G3E16D23 (PL sans hémostase)** « Je n'arrive pas à faire la PL, je pique et j'ai rien. Je demande à l'infirmière de demander au Chef de venir, elle prend le premier Chef qui arrive et ce n'était pas le Chef qui s'occupait de mes patients. Elle était un peu énervée (...) d'arriver comme ça sans savoir ce qu'avait le patient etc, de me voir essayer de faire une PL sans avoir pu voir le dossier avant. Elle commence à s'habiller et me demande comment est l'hémostase. Je lui dis "ben j'ai pas d'hémostase". Elle me dit "comment ça tu n'as pas d'hémostase ? Je m'en vais". Elle s'en va et m'enguirlande quand on sort. Elle me traite pas de folle mais c'est un peu ça, (...) Elle m'enguirlande bien devant l'infirmière ce qui fait que jusqu'à la fin de la journée l'infirmière me dit "mais tu es folle, c'est vrai, tu te rends compte il aurait pu faire un hématome et être paralysé à vie".»

## **E) Situations particulières**

### **a) Le cas du désaccord aux urgences**

Le désaccord aux urgences apparaît comme étant un cas particulier en raison :

- de la fréquence des situations de désaccord survenant aux urgences,
- de la nécessité d'y prendre des décisions rapidement,
- de l'impossibilité pour l'interne de garde de faire intervenir un autre senior.

Pendant les focus groupes, plusieurs sources de conflits inhérentes au fonctionnement des urgences ont été évoquées.

#### **1. La difficulté pour les internes d'obtenir des examens d'imagerie**

**G1E3** : « *Le radiologue d'astreinte ne veut pas revenir, mais je n'ai pas eu de désaccord direct avec un senior en particulier (...) Le problème avec les radiologues c'est souvent le même (...) il me dit de demander d'abord au chirurgien viscéral, faut qu'il regarde le ventre. Mais le chirurgien est au bloc depuis 3 heures, il ne le verra pas maintenant. Donc je me suis un peu battu avec le radiologue, ça m'a un peu énervé parce qu'il n'avait pas le patient sous les yeux (...) ce sont des problèmes qui arrivent souvent avec **les radiologues qui remettent tout le temps en doute notre examen clinique...** (...) **Tout le temps** : « **Mais tu es sur ? As-tu vérifié cela ? Demande au spécialiste avant de demander une imagerie.** » **Et ça, c'est vraiment frustrant car je l'avais examiné ce patient.** »*

#### **2. La difficulté pour certains internes d'appréhender pleinement leur rôle de médecin aux urgences**

**G2E9** : « *Aux urgences, **pour moi, c'est pas mes patients.** Pour moi, c'est des gens qui viennent prendre un avis, ce ne sont pas mes patients. Pour moi, leur médecin, c'est, je sais pas, leur médecin traitant, leur cardiologue... ou le PH qui est dans les étages.* **G2E10** : *Oui, mais tu les as vu et t'es là pour les prendre en charge.* **G2E9** : *Pas forcément.* **G2E10** : *Ils viennent pour te voir toi* **G2E9** : *Pas forcément.* *Aux urgences, on est à l'entrée de l'hôpital, c'est une consultation, où la question c'est « Est-ce qu'il doit rester ou est ce qu'il doit*

rentrer chez lui ?». Après ce qu'on en fait... Enfin, quelle ordonnance il a à la fin, finalement, c'est un peu secondaire aux urgences. **Moi, ça ne me dérange pas de, de heu, de faire ce que me demande quelqu'un d'autre (le senior nda). C'est lui qui reste, nous on est de passage. »**

## **b) Le cas du désaccord chez le praticien en ville**

### 1. Le manque d'autonomie ressenti par certains internes

**G5E23** : « il y avait une *rupture avec ce que je venais de faire qui était trop importante. J'avais vraiment l'impression de repartir deux ans en arrière. (...) Le problème est le contraste, on sort de stage hospitalier où l'on voit des choses graves (...) A la limite, il faudrait peut-être commencer par peut-être un an ou six mois chez le praticien pour commencer et après aller tranquillement en stage hospitalier.*(...) **G5E24** : Je pense que si tu fais du praticien sans avoir fait des urgences... enfin je ne sais pas, je ne suis pas sûre que faire le praticien avant c'est une bonne idée (...) **G5E23** : Il est là pour te répondre, tu n'es pas censé être autonome au bout d'un mois (...) **G5E24** : Si tu as vu des urgences avant, tu sais quand il faut adresser aux Urgences... (...) **G5E23** : Si tu fais le médecin de ville avant les Urgences, tu sais que ça va être difficile de gérer après les Urgences, parce que quand tu fais les Urgences tu à l'impression que la consultation de Cardiologie, la ... tout ces trucs que tu prescris sur un bout de papier, ça va se faire tranquillement mais c'est un grosse galère pour les patients. Quand tu le vois d'avant chez le médecin généraliste, tu sais que ça va être difficile, tu expliques mieux les choses aux patients, tu vas développer tous tes conseils de quand consulter, etc.. Quand il sort, le patient est seul. (...) **G5E22** : (...) **J'ai préféré faire le praticien avant les Urgences par ce que quand on arrive aux Urgences, on sait ce qui se passe après, on sait comment les réadresser et comment ça se passe en ville. »**

2. Les désaccords seraient moins exprimés, quelques pistes pour comprendre

Les décisions prises en cabinet en ville comportent moins de risques graves pour la santé des patients :

**G5E21** « Tu mets des antibiotiques pour une rhinorrhée chez un enfant, dans certains cas, ça va merder complet, mais dans la plupart des cas, il ne va pas se passer grand-chose »

**G4E17** : *il y en a qui font des choses bizarres, tu de dis que ce n'est pas possible (...) Ça ne pouvait jamais entraîner de conséquence grave (...) Donc je n'ai jamais eu besoin de rentrer en conflit. (...) Ce n'est pas une erreur médicale, c'est une différence de prise en charge. C'est comme en Pédiatrie où on nous dit que chaque pédiatre fait à sa manière. Alors voilà*

Selon une interne, les praticiens en ville sont globalement plus prescripteurs que les hospitaliers.

**G2E7** : « Moi, je crois que j'ai plus de mal quand les chefs me disent « ne fait rien » et que tu as le doute, alors que les gens qui font un peu trop comme par exemple prescrire des antibiotiques quand il ne faut pas, heu, finalement, ça me dérange moins. Je, heu, c'est pas bien, ce n'est pas une bonne prise en charge, mais au moins le patient n'est pas rentré chez lui avec le risque qu'il ait quelque chose de grave. Donc, c'est vrai que c'est plus difficile pour nous quand on nous dit « Non non, ne fais rien, n'y touche pas, ou ne traite pas.

**G5E28** : *J'ai vu ça aussi concernant les AVK. AVK et aspirine en stage chez le prat'. Des discordances : On les commence et puis on les arrête à la première chute alors que le risque n'avait pas été évalué avant»*

Les internes invoquent fréquemment le respect de l'expérience du praticien et le fait que les internes ne sont présents que 6 mois en stage, afin de justifier leur absence de confrontation à des situations de désaccord. Le poids des habitudes ne doit pas faire oublier aux praticiens leur devoir de se former et de se remettre en question.

**G2E10** : *Mais ça c'est les habitudes, c'est des gens qui font ça depuis 30 ans. C'est plus difficile de les faire changer d'avis. Nous on est là 6 mois. (...)Bon après, je pense qu'il faut le dire au moins une fois comme ça tu l'as dit. Il écoute, il écoute, enfin il entend ou il ne l'entend pas. Peut-être qu'il peut l'entendre et ça fera « tilt » plus tard dans leur comportement, mais moi je pense qu'il faut le dire. Il faut le dire, même si il n'y aura pas de*

*résultats, tant pis. Mais c'est vrai que, après, moi par exemple quand je suis en consult' avec mon prat' qui est un peu vieux (rire), et qui prescrit plein de truc genre, les gens viennent faire leurs marché, genre une rhinopharyngite, il prescrit plein de truc : les gouttes dans le nez, le sirop... Au début je disais « Mais pourquoi ? » Et puis finalement je le laisse faire parce que voilà, il est comme ça, il ne m'écoute pas, je l'ai dit une fois, je ne le redis pas à chaque consult', c'est pas possible. (...) Je lui ai dit : « Mais, heu, c'est vraiment nécessaire ? » (Rire), enfin un truc comme ça... (Rire). Mais sans lui reprocher, en rigolant un petit peu. Mais... mais après il y a un moment où... Là ça fait 1 mois et demi, bon, j'arrête parce que je vois que de toute façon... » **G2E9 : C'est très dur pour un médecin de reconnaître que tu as raison, enfin, je sais pas c'est..., ça ne va pas avec notre façon de fonctionner. G2E10 : Enfin, j'sais pas quand t'es maître de stage tu t'attends à ça, faut que t'acceptes de te remettre en question. Il est là aussi pour accepter la critique sinon, il n'accepterait pas que des internes viennent dans son cabinet parce que tu sais que t'es observé...***

***G2E7 : Oui, c'est sûr que ça dépend complètement de ton interlocuteur. Tu vois bien qu'il y a des chefs qui sont très ouverts à la discussion, qui t'écoutent et qui ont limite presque plus confiance en toi en te disant « Toi tu viens de passer l'internat, tu connais plein de chose etc, comment tu ferais ? » et d'autres, heu, d'autre, qui, effectivement, quoi que tu leurs dises, heu, ne changeront pas leurs pratiques. G2E8: Moi, mes praticiens connaissaient les recommandations pour beaucoup de pathologies mais ils ne les appliquaient pas. G2E10 : Pourquoi ? G2E8: Mais ils les connaissaient, ce n'était pas un défaut de connaissance. Parce que, parce que, ce n'est pas dans leurs pratique. Ils te disent : « Quand tu consulteras, tu feras ce que tu voudras »***

***G4E17 : souvent sur des prises en charge, est-ce qu'il faut mettre les antibiotiques, est-ce qu'il faut mettre les antihypertenseurs, est-ce qu'il faut mettre de l'Insuline plutôt que des antidiabétiques oraux. Je ne me sentais jamais de le contredire. Je me disais qu'il connaissait son métier, qu'il était praticien, qu'il avait 60 ans et que j'en avais 25 et que j'étais là pour apprendre, je n'allais pas dire "moi je ne fais pas comme ça"(...) tu te dis "tiens c'est un peu vieux ce truc-là, c'est vieillot de faire ça", mais je ne suis pas là pour le changer, je suis là pour apprendre, ce sont ses patients. »***

Un interne a relaté la situation où l'émergence du désaccord survenait en présence du patient, dans le cadre du stage chez le praticien :

**G4E19** : *J'ai déjà eu des désaccords sur des prises en charges antibiotiques chez des vieux de la vieille qui mettent des antibiotiques un peu à l'ancienne sans forcément connaître les indications ou le spectre de l'antibiotique. Par exemple de l'Amoxicilline sur une consultation voyage qui n'agit ni sur les diarrhées ni sur rien. Dans ce cas-là, **on ne dit rien devant le patient pour une question de crédibilité**. Par contre, effectivement le fait d'en rediscuter après, pas sous la forme "moi je sais mais vous devriez le savoir" mais sous la forme "je ne suis pas d'accord là-dessus parce que" et à ce moment-là on va en discuter, on va citer des références, et c'est **comme ça qu'on apprend avec des relations du type "vous m'apprenez des choses et puis de temps en temps, c'est moi qui vous en apprend"** mais on en rediscute.*

### 3. La découverte d'un enjeu commercial

Concernant les désaccords en médecine en ville, l'une des causes fréquemment exprimée ou sous-entendue par les internes pendant les focus groupes est l'existence d'un rapport à l'argent qui n'existe pas dans les stages hospitaliers. Beaucoup d'internes n'y sont tout simplement pas préparés et cette dimension peut choquer.

**G5E21** : *«il n'était pas à 60 patients par jour mais il n'en était pas loin, de 8 H à 23 H et pas plus de 10 à 15 mn par consultation, ça allait très très vite, il était très jovial, très avenant, tous ses patient l'adoraient, il faisait la bise à tout le monde, vraiment dans un rapport familial, il créait un climat de confiance (...) **il mettait tout le monde sous antibiotiques (...) pour lui c'est ce que ses patients attendaient et il était hors de question que ça change (...) si je ne le fais pas, ils ne viendront plus (...)** Il ne discutait pas les arguments rationnels et de Santé Publique, il discutait plutôt de relation avec sa patientèle, les types de patients qui venaient et le pourquoi ils venaient le voir lui, parce qu'ils venaient le voir lui parce qu'ils savaient qu'ils auraient leur ordonnance. »*

**G5E22** : *« (Concernant les prescriptions d'antibiotiques nda) il connaît les arguments, il connaît le maintien de l'environnement bactérien etc... il notait que ce n'était pas l'indication, mais c'est vraiment une crainte de ne plus avoir de patients. (...) quand le patient sortait, il me disait « ben oui mais on ne peut faire autrement, mais je sais bien qu'il ne faut pas le faire », et donc même optique « ils ne reviendront pas si je ne le fais pas» (...) Ce praticien passait son temps à me rabâcher qu'il avait acheté sa clientèle.»*

**G5E24** : « *Nous on est de la génération où il y aura toujours des patients, je remplace et il y a toujours du monde. Eux sont arrivés à un moment où il fallait acheter sa clientèle, il y avait trop de médecins*»

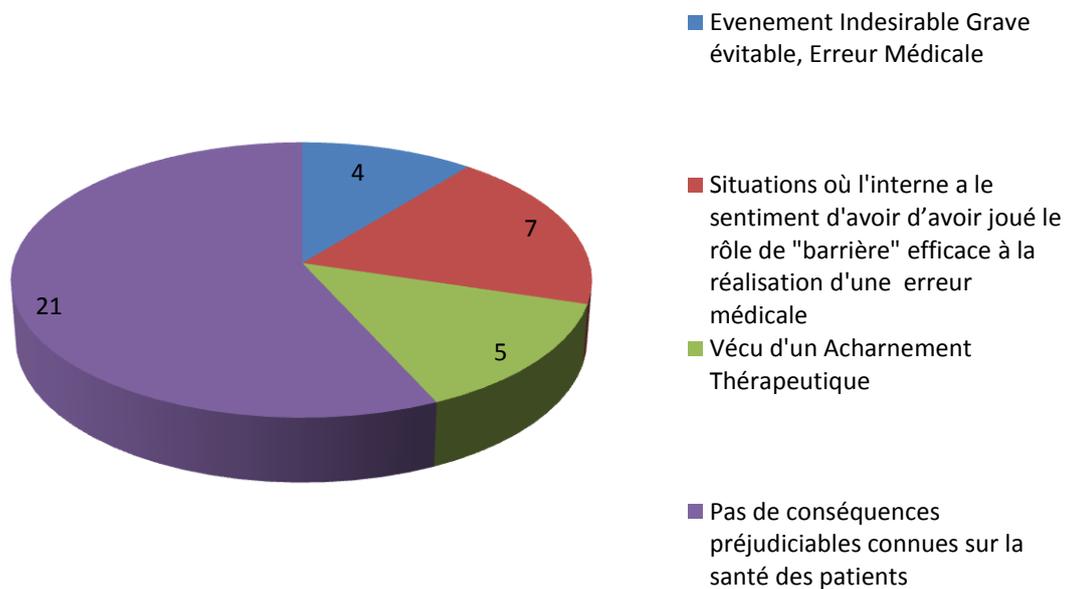
**G5E23** : « *Ils ont peur de perdre leur patients.* »

## F) La résolution du conflit

### a) Les conséquences négatives du désaccord sur la santé des patients

Etudier les conséquences des désaccords entre internes et seniors sur la santé des patients est difficile en raison du manque d'objectivité des internes et parfois de l'absence de retour sur l'état de santé des patients après le désaccord.

Plusieurs cas de figure :



#### 1. L'erreur médicale

Quatre récits relatent un évènement indésirable associé aux soins (définition (Décret 2010-1408 du 12 novembre 2010) : incident préjudiciable à un patient survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'investigation ou d'un traitement. Hors, lors de ces évènements indésirables, quelqu'un (dans notre sujet d'étude, il s'agit de l'interne) a exprimé un doute. Ce qui rend l'évènement indésirable évitable, constituant, par définition, une erreur médicale.

**G2E7D14 (EP et score de Wells)** « *ton patient, il a une embolie pulmonaire bilatérale et il nous a fait l'arrêt (...) il est partis en réa (...) j'ai appelé la réa et en fait une demi-heure après son premier arrêt, il a refait un 2ème arrêt et il est mort (...) je me suis dit « ben merde, qu'est-ce que j'aurais pu faire de mieux ? » (...) tu te dis que t'as pas tout fait »*

**G1E1D7 (torsion du grêle)** « *Moi, j'étais plus emmerdé pour la patiente qui avait 30 ans et qui perdait une partie importante de son intestin grêle »*

**G1E5D8 (œdème de Quincke)** « *Lorsque je reviens le lendemain. J'apprends que le patient a fait par la suite un arrêt cardio respiratoire et qu'il n'a pas pu être réanimé »*

**G1E2D2 (fracture de rein)** « *Il n'est rien arrivé au patient, mais moi ça m'inquiétait car on ne faisait pas tout jusqu'au bout. La prise en charge aurait pu être fait plus rapidement car il avait quand même une fracture du rein finalement »*

L'interne exprime dans un cas que ses désaccords récurrents avec sa senior ont eu, selon elle, une probable incidence négative sur les soins

**G3E11D20 (conceptions différentes de la psychogériatrie)** « *Au final, je me demande si les patients n'en ont pas pâti un peu, de cette situation. On n'en pouvait vraiment plus de cette Chef car elle était trop agressive, et après peut-être que du coup, on était devenue trop en retrait des pathologies (...) Nous on arrivait et on ne connaissait pas cette prise en charge et on réagissait en fait. Mais pour le bien des patients, je ne suis pas bien sûre qu'on ait bien réagi (...) on nous a obligé à faire des choses alors qu'on n'était pas d'accord même si au fond, oui, c'était pour le bien du patient, mais il y a ce côté agressif avec lequel je ne suis pas d'accord »*

L'interne considère dans son récit, malgré l'expression de son désaccord, que la pratique de son senior comporte un danger à terme pour la santé de ses patients.

**G5E22D30 (antibiotique chez le généraliste bis)** « *j'ai vu les conséquences. Je suis passée en Médecine Interne et on faisait pas mal de maladies infectieuses et pour beaucoup de patients on ne savait plus quoi leur mettre, ils étaient vraiment malades, ils n'avaient pas juste une rhino-pharyngite, on a vu des multirésistances et on ne savait plus. On voit déjà les conséquences de ce qu'ils ont fait et cela ne va pas aller en s'améliorant.* »

L'interne exprime le sentiment d'avoir joué le rôle de barrière efficace à la réalisation d'un évènement indésirable grave dans sept récits.

**G1E1D1, G1E3D11, G2E10D13, G3E12D18, G5E23D33**

**G4E17D24 (Senior non investi aux urgences)** « *Il n'a pas arrêté de faire, ce que je juge moi, des erreurs médicales puisque en faisant le moins possible finalement tu ne fais pas ton travail de médecin. (...) Il ne prenait pas du tout son rôle de leader d'Equipe en main, c'est moi qui étais interne et qui était obligé de faire tout.* »

**G3E16D23 (PL sans hémostase)** « *Donc on l'attend, l'heure tourne. Finalement, on n'a que la moitié de l'hémostase, ça met plus longtemps que prévu. (...). En fait, il avait vraiment une méningite à Listéria* »

## 2. L'acharnement thérapeutique

L'interne considère dans cinq récits que le patient a souffert d'un acharnement thérapeutique voire de souffrances inutiles :

**G3E13D19, G5E24D36**

**G3E15D22 (fin de vie au lit porte)** « *c'est du n'importe quoi, il ne fallait pas mettre ce traitement-là", donc on l'a arrêté. Mais avec cette patiente j'ai l'impression que cette prise en charge était un peu.... Enfin c'était n'importe quoi.* »

**G5E25D35 (chimiothérapie non programmée)** « *Le patient arrive dans un état pas possible (...) devant la famille(...) Ils ne savaient pas, ils disaient qu'il devait avoir une chimiothérapie*

*mais vu son état que cela ne servait peut-être à rien. Du coup, je n'ai pas dit « non en fait il a eu une chimiothérapie et je pense qu'il n'était pas en état d'en avoir une », j'ai donc couvert. (...) il est mort très vite après. »*

**G2E8D12 (décision de chirurgie et de réanimation)** « *Il s'est mis en route une réanimation d'acharnement, il est parti ensuite en réanimation pendant 10 jours et finalement ils ont fini par le débrancher (...) massages cardiaques complètement invasifs, des fractures de côtes, pneumothorax et tout ça »*

### **b) Le sentiment prédominant de l'interne lors du désaccord**

Le sentiment éprouvé par les internes est très variable, là encore, selon leur type de personnalité. En effet, le type d'histoire vécue influe finalement peu le sentiment de l'interne. L'issue du récit clinique et ses conséquences sur le patient, le fait que leur désaccord ait influencé ou non la prise en charge du senior ne jouent pas un rôle prépondérant sur le sentiment de l'interne. Voici plusieurs exemples de sentiments recueillis pendant les focus groupes.

#### **1. Le manque de considération, la frustration**

**G1E2D2 (fracture de rein)** « *En fait (...) quand on est interne (...), des fois on n'est pas considéré... Notre opinion est moins considérée que celles des chefs, mais c'est nous qui somme réveillés les premiers pendant les gardes, donc si on appelle les chefs, c'est qu'on pense quand même que c'est... important. (...) Oh oui, j'ai culpabilisé, le lendemain, samedi, j'ai rappelé dans la journée pour savoir ce qu'était devenu le patient.»*

**G1E3D3 (occlusion sur cancer colique)** « *ça m'a un peu énervé parce qu'il n'avait pas le patient sous les yeux (...) les radiologues qui remettent tout le temps en doute notre examen clinique... tout le temps. « Mais tu es sûr ? As-tu vérifié cela ? Demande au spécialiste avant de demander une imagerie. » Et ça, c'est vraiment frustrant car je l'avais examiné ce patient (...) Il faut tout le temps négocier et ça c'est assez frustrant. »*

**G1E1D4 (critère d'Ottawa)** « **RM** : *Avez-vous l'impression que vous pouviez les convaincre ? Ou qu'ils étaient fermés?* **EI** : *Plutôt faisant semblant d'écouter sans changer leurs opinions.»*

**G2E7D14 (EP et score de Wells)** *«Ca a été un peu dur sur le moment mais après... Enfin si tu veux, moi je m'en souviens parce que c'était au tout début de mon internat et que ça m'a choqué...» « Ce n'est pas toujours facile de faire entendre sa voix. Et puis ça dépend de la confiance que t'as en toi »*

**G3E11D20 (conceptions différentes de la psychogériatrie)** *« On s'est senties un peu trahies »*

**G3E14D21 (annulation de bilans aux urgences)** *«c'était en fin de nuit, une nuit fatigante, lui va dormir pendant que je vois les patients et puis il arrive... En fait c'est (le sentiment (nda)) de ne pas être très respecté (...) je trouvais déjà ça vexant du fait que c'est moi qui ai vu les patients au départ et qu'il ne tienne pas du tout compte de mon avis et qu'il ne m'écoute pas. Il m'a donc demandé de conclure (...) il ne considérait pas du tout ce que je pensais »*

## 2. La colère

**G1E2D2 (fracture de rein)** *«Ben... J'étais stressée. J'étais énervée qu'il ne vienne pas mais en fait... ça me choquait qu'il ne vienne pas. . Il ne se rendait pas compte que c'était urgent, et puis c'était son boulot. Je veux bien qu'ils (les radiologues nda) soient d'astreinte et qu'ils puissent rentrer chez eux mais ils doivent venir quand on les appelle... (...) Je ne voulais même plus être de garde après avec le senior qui avait fait la nuit car je trouvais qu'il n'avait pas fait assez de choses, qu'il n'avait pas assez poussé, qu'on aurait dû le transférer dans la nuit, donc....»*

**G2E8D17 (Toxicomanes et sirop codéiné)** *«Il n'avait pas de chance parce qu'il avait 2 internes qui étaient particulièrement choquées par ça.»*

**G3E11D20 (conceptions différentes de la psychogériatrie)** *« C'était pas normal d'être aussi agressif (dans la prise en charge médicale nda) envers les patients (...) on n'en pouvait plus et à la fin il y a eu une scission entre nous (...) J'ai dit "OK on le fait" mais assez froidement (...) et elle l'a très mal pris (...) elle avait encore un peu de rancœur envers la Chef »*

**G4E17D24 (Senior non investi aux urgences)** *«Un jour j'ai un peu pété un câble et je lui ai dit en face "qu'il ne faisait rien, que je n'étais pas d'accord avec sa façon de travailler, qu'il fallait qu'il se remue". (...) Je suis allé le voir carrément et je lui ai dit "là ce n'est plus*

*possible, tu ne peux pas travailler comme ça, il faut que tu sois plus disponible pour les infirmières, pour les patients, pour nous". (...) je lui suis un peu rentré dedans (...) je pensais qu'il était important que je lui dise, c'était mon ressenti et que ça ne pouvait plus continuer comme ça. D'ailleurs, il n'a pas duré longtemps dans le Service. (...) "Mais qu'est-ce que tu fais ? On n'a pas examiné la patiente, on ne l'a pas vue, pourquoi tu appelles la régulation ?" Je l'avais déjà un peu remis en place à ce moment-là (...) Ben j'étais en colère contre lui parce qu'il me laissait en première ligne alors que ce n'était pas mon rôle à l'époque puisque que je n'étais qu'interne, heureusement pour moi j'étais un vieux semestre, et quelque part je savais ce qu'il fallait faire, mais j'imagine mes collègues premier ou deuxième semestre dans le même situation, c'est juste impensable, il y a des choses qui ne se font pas, à savoir quand on est médecin on a de l'expérience, on est censé la partager, on est censé travailler et apprendre aux autres, notamment.. L'interne est là pour apprendre, et là en l'occurrence ce n'était pas possible d'apprendre de lui. Au contraire, il nous mettait dans des situations difficiles où on avait la vie du patient entre tes mains alors que logiquement ce n'était pas à toi d'avoir cette responsabilité. »*

**G4E18D26 (consultation de gériatrie à la place du senior)** « *J'étais déjà hyper-énervé sur le moment, j'étais déjà énervé sur le fait que ce n'était pas à moi de faire ses consultations, c'est inadmissible qu'un patient attende entre 6 mois et un an une consultation et qu'il se retrouve avec un interne alors qu'il est censé voir le Professeur, donc ça m'énervais de base. Et puis, qu'il dise qu'il est joignable et qu'il se déplace s'il y a quoique ce soit... Alors que j'ai bien compris, quand je l'ai appelé, qu'il n'était pas du tout disponible. Je faisais ses consultations et lui allait faire autre chose à ce moment-là. »*

**G5E23D33 (conflit pendant une garde au SAMU)** « *Très souvent on a tort en tant qu'internes car on ne sait pas tout, on a l'impression de tout savoir mais on a tort, que les gens nous disent que l'on a tort, on intègre, mais de cette manière-là, j'étais hors de moi. »*

**G5E25D35 (chimiothérapie non programmée)** « **RM :** *Quel message lui as-tu passé ?(...)*  
**E25 :** *Ben que c'était un con, franchement faire des choses comme ça dans le dos, d'être malhonnête tout simplement. Je ne lui ai pas dit en ces termes. (...) Je lui ai dit« ce n'est pas possible de faire des choses comme ça aux gens, il faut réfléchir un peu. Il n'a rien dit sur le coup (...) je crois que j'ai dit à mon chef que je ne voulais plus en entendre parler et que je ne voulais plus l'appeler et que si c'était son patient je laissais le soin à mon chef de l'appeler. »*

### 3. L'auto-réassurance

Plusieurs mécanismes de réassurance ont été mis en évidence. En effet, selon l'impact de leur désaccord sur la prise en charge effective du patient, les conséquences sur la santé, les internes peuvent être tentés par une auto réassurance du type « *après tout, c'est mon senior le responsable, je n'ai pas à m'impliquer émotionnellement davantage* »

**G1E1D1 (Gangrène de Fournier)** « *J'ai fait ce que j'ai voulu dans mon coin. Je l'ai appelé pour lui dire que je n'étais pas d'accord avec lui et puis derrière ... J'ai eu des nouvelles car ma chef a rappelé le chef de gynécologie le lendemain pour lui dire qu'ils avaient fait une connerie (...) j'ai juste demandé à ma chef ce qu'elle en pensait et heu... et voilà quoi... Dans tous les cas, je serais allé plus loin car j'étais sûr que ce n'était pas la bonne chose à faire.* »

**G1E3D3 (occlusion sur cancer colique)** « *Donc j'étais contente d'avoir insisté parce qu'au final le patient a été pris en charge rapidement* »

**G1E1D4 (critère d'Ottawa)** « *J'ai vu qu'il y avait une thèse sur le non-respect des critères d'Ottawa aux urgences qui concluait que ces critères n'étaient pas du tout respectés, que c'était plus au feeling que les gens faisaient des radios.* »

**G1E5D8 (œdème de Quincke)** « *.Je n'ai pas trop culpabilisé, je lui avais tout de suite demandé si je devais appeler les réanimateurs, et puis voilà... après... je pense que c'est plus de sa responsabilité que de la mienne, il m'a dit de faire comme d'habitude pour un œdème de Quincke sans signe de gravité hémodynamique. J'étais déçu pour le patient. Après, j'y ai un peu pensé mais je n'en ai pas fait de cauchemars...* »

**G2E8D12 (décision de chirurgie et réanimation)** « *Je n'ai pas éprouvé de culpabilité car on respectait les décisions des chefs.* »

L'interne peut aussi se sentir valorisé d'avoir exprimé son désaccord et permis une amélioration de la prise en charge médicale de son patient

**G3E12D18 (echodoppler et embolie pulmonaire)** : « *Et en fait le monsieur avait une phlébite et une embolie pulmonaire, j'étais donc très très contente de moi (rires)* »

L'interne peut aussi être rassuré et convaincu par son senior

**G4E19D25 (bronchiolite en ambulatoire)** « *RM : Tu m'as donné deux raisons : « elle a la responsabilité et l'expérience ». Mais quand cet enfant est reparti, est-ce que tu dormais sur tes deux oreilles ? E19 : Je dormais sur mes deux oreilles (...) elle m'a convaincu et je suis revenu sur une relation de confiance (...) J'ai été rassuré »*

#### 4. L'inquiétude, stress

**G1E2D2 (fracture de rein)** « *Moi, je m'inquiète, je me dis qu'il a quelque chose aux reins (...) Oh oui, j'ai culpabilisé. (...) Le lendemain, donc j'ai rappelé dans l'après-midi alors que j'étais chez des copains parce que ça me stressait »*

**G1E1D7 (torsion du grêle)** « *2 jours plus tard, j'entends pendant le déjeuner au self, car tout le monde ne parlait que de ça, que la patiente a fait une nécrose du grêle. Sur le coup j'ai pensé qu'on avait fait une grosse connerie parce qu'on aurait pu l'opérer dans la nuit en fait (...) je me fiche du côté juridique, c'est plus embêtant pour moi après, de me dire qu'il y a eu une perte de chance, même si le chirurgien m'a rassuré sur ce point. Mais heu... je ne crains pas l'erreur sur un plan judiciaire mais plus sur un plan personnel où on va vivre avec ça.»*

**G1E5D10 (hémorragie en visite à domicile)** « *RM : Tu ne sembles pas bien, on dirait que ça te travaille cette histoire ? E5 : Ben, je n'étais pas rassuré. »*

**G1E3D11 (dissection aortique)** « *J'étais très stressé par rapport à ça en me disant qu'il risquait de décéder dans le camion ou au bloc parce qu'on avait perdu du temps, parce qu'il est resté très longtemps aux urgences, c'était une perte de chance, je trouve, pour le patient. (...) Je n'étais vraiment pas satisfaite parce que je me suis dit que j'aurais dû insister. Quand on cherche le diagnostic, on trouve tous les arguments pour »*

**G2E10D13 (AVC chez bipolaire aux urgences)** « *j'ai eu peur qu'on passe à côté de quelque chose. (...) elle m'a dit c'est ta patiente, fais ce que tu veux parce que j'ai insisté, ben après, moi, j'ai lancé les examens et j'ai même fait les transmissions à une autre chef sans lui en parler à la fin parce que j'ai trouvé qu'elle ne m'avait pas du tout aidé »*

**G3E15D22 (fin de vie au lit porte)** « *cet interniste m'avait fait travailler ma conscience et je me suis dit "mince, c'est vrai, peut-être qu'on aurait dû faire quelque chose plus tôt". (...): Oui, il me fait culpabiliser, parce qu'il me dit "voilà, cette patiente, en gros, t'as rien fait, tu la laisses mourir dans son coin et on ne sait pas ce qu'elle a. »»*

**G3E16D23 (PL sans hémostase)** « *Je prescris un bilan biologique pour avoir le bilan d'hémostase et je suis un peu en mode "flippée", c'est-à-dire je me dis "je suis folle, je pensais qu'il ne fallait pas d'hémostase pour lui faire une PL en urgence pour une suspicion de méningite, pourquoi elle m'a dit ça, je suis complètement à l'ouest, j'ai rien compris à mes cours."* »

**G2E7D14 (EP et score de Wells)** « *Oui, moi, je dors pas sur mes 2 oreilles juste en me disant ça (SILENCE 15 sec) (...) Après toi tu te dis bon il est mort et tu sais pas... si t'avais agi une heure plus tôt, est ce que ça aurait été....»*

#### 5. La peur de décevoir le senior et de ne plus avoir sa confiance

**G5E24D32 (patiente adressée aux urgences en ville)** « *pour lui, c'est la honte d'envoyer aux Urgences (...) Il y a eu un retentissement pour moi, parce que maintenant je le remplace et du coup, j'aime beaucoup ce médecin, j'angoisse avant d'envoyer quelqu'un aux Urgences »*

### c) **L'autonomisation de l'interne**

Les principaux mécanismes de désaccord mis en évidence sont :

- L'interne s'occupe d'un patient, son senior le supervise directement et lui demande de mettre en place une prise en charge. L'interne est en désaccord avec cette prise en charge. (11 récits) : G1E1D4, G1E1D5, G1E3D11, G2E8D12, G3E11D20, G3E14D21, G3E16D23, G4E19D25, G4E20D27, G5E23D33, G5E21D34
- L'interne s'occupe à ce stade, seul, d'un patient. Il souhaite réaliser une prise en charge mais prend l'avis de son senior avant d'agir. Le senior veut une prise en charge différente (12 récits). : G1E2D2, G1E1D7, G1E5D8, G1E5D10, G2E10D13, G2E7D14, G3E12D18, G3E13D19, G3E15D22, G4E18D26, G4E19D28, G5E22D37.
- L'interne assiste son senior en consultation, il est témoin d'une prise en charge avec laquelle il est en désaccord (7 récits) : G1E4D6, G1E6D9, G2E9D15, G2E7D16, G2E8D17, G5E21D29, G5E22D30
- L'interne voit et prend en charge seul un patient. Il communique après coup sa prise en charge à son senior. Celui-ci la désapprouve : G5E24D32, G5E24D36

- L'interne doit s'occuper d'un patient dont la prise en charge a été initié par son senior, mais avec laquelle il est en désaccord : G1E1D1, G5E25D35
- Autres : G1E3D3, G4E17D24, G5E23D31

Le deuxième mécanisme de désaccord lors duquel l'interne sollicite lui-même l'avis de son senior est particulièrement intéressant pour évaluer l'autonomisation des internes. Ce mécanisme est en effet bien plus présent chez les jeunes internes que chez les anciens. Dans la majorité des cas, l'interne précise que l'accord du senior n'était pas indispensable pour réaliser sa prise en charge, mais que l'avis a été demandé afin de « se rassurer ». Il est toutefois impossible de différencier les situations où l'avis du senior est indispensable de celles où il ne l'est pas car ces critères sont dépendants à la fois des internes (ancienneté, personnalité, compétence dans le domaine du désaccord) et du lieu de stage (critères propres à chaque maître de stage)

Ce cas est très fréquent chez les internes de premier ou deuxième semestre. L'interne n'a, le plus souvent, pas d'obligation (administrative, confraternelle, juridique) de demander l'avis du senior (demande d'examen complémentaire ou de mise en route d'un traitement comportant peu de risque, application d'un principe de précaution légitime) avant de débiter sa prise en charge, mais il lui en réfère systématiquement.

Les raisons invoquées par les internes sont : le manque de confiance en soi en début d'internat, la volonté de « se rassurer » sur ses décisions, une attribution des rôles semblant encore floue en début d'internat, une nécessité de réaliser un transfert de responsabilité dans une situation où les conséquences d'une mauvaise décision seraient trop lourdes de conséquences.

**G2E9:** « *demander au chef c'est une façon de se décharger (...) Moi à partir du moment où j'ai demandé à un autre chef, c'est bon. Pour moi c'est une sorte de transfert de responsabilité. (...) je prescris par délégation, c'est son avis qui prime et donc du coup, j'ai jamais eu à le regretté (...) Aux urgences, pour moi, c'est pas mes patients. Pour moi, c'est des gens qui viennent prendre un avis, ce ne sont pas mes patients. Pour moi, leur médecin, c'est je sais pas, leur médecin traitant, leur cardiologue... ou le PH qui est dans les étages.* »

**G4E19D25 (bronchiolite en ambulatoire)** « *La gestion du désaccord à ce moment-là s'est bien passée parce que moi je l'ai pris un peu comme une façon de se poser les questions, et je*

*me suis dit de manière peut-être un peu traître (rires) que c'était elle qui avait la responsabilité. Finalement, tout désaccord entre un chef et un interne revient aussi à la question de la responsabilité médicale, c'est-à-dire que nous en tant qu'internes, on a souvent, je pense, tendance à pêcher par excès parce qu'on n'est pas sûr de nous par rapport à un vieux de la vieille, on ne prend pas le risque de, parce qu'on ne sait pas, on n'ose pas, et je pense que quelque fois c'est un peu traître car on attend que le chef prenne la décision et ce n'est pas forcément favorable ni pour le fonctionnement du service ni pour la sécurité des patients»*

Presque tous ont exprimé que la mise en œuvre de leur prise en charge ne nécessitait pas, à posteriori, l'aval du senior ou qu'avec le recul, il leur apparaît que cet avis était facultatif. Certains internes ont même ajouté qu'actuellement en fin d'internat, ils ne demanderaient pas l'accord de leurs seniors de façon systématique dans une situation similaire.

**G2E7D14 (EP et score de Wells)** « *c'est un cas qui m'a marqué et je me dis que maintenant, il faut plus que j'insiste... quand... quand j'ai besoin quoi (...) j'aurais dû plus me faire confiance à moi. (...) même si on en avait reparlé, je ne sais pas ce qu'on en aurait dit en fait. Je... Je... je leur aurais dit « Voilà fallait me faire confiance » mais en même temps on était tout nouveaux internes... (...) Au début c'est vrai que je pense que j'étais pas au taquet... (...) au début je me reposais beaucoup beaucoup plus sur l'avis des chefs que maintenant. (...) dans ce cas-là, je ne le demanderais pas. Parce qu'en fait au début, je crois qu'on parle de quasiment tous nos cas à nos chefs en fait. Il me semble (...) c'est sûr que j'appellerais le radiologue aujourd'hui si ça se présentait (...) Moi, j'ai compris que plus jamais je ferais ça et que si jamais ils me demandaient le score de Wells, je leurs dirais « Aller vous faire foutre ! »*

**G1E1D7 (torsion du grêle)** « *j'insisterais probablement plus, quitte à appeler moi-même le chirurgien lorsque la chef est partie. J'aurais peut-être dû faire ça en fait. Parce que c'est possible... On n'est pas obligé... »*

**G3E15D22 (fin de vie au lit porte)** « *on avait un peu en systématique l'avis des internistes qui prenaient des patients pour leur Service (...) Là, un Chef de Clinique de médecine Interne qui voit ce dossier avec moi, je crois que je lui avais demandé. (...) Je le trouvais assez agressif quand-même envers moi, il me disait "ce n'est pas normal, même toi tu ne devrais te*

*laisser faire, enfin laisser faire les choses comme ça pour cette dame. (...) Le premier jour c'était ça, et il est revenu les deuxième et troisième jours comme ça. J'en avais marre »*

Le fait que de nombreux récits de désaccords se déroulent pendant la première année de l'internat permet de déduire que l'ancienneté et l'acquisition d'indépendance ne favorisent pas les conflits.

Le choix lui-même des situations de désaccord évoquées pendant les réunions est souvent lié à ce processus normal mais extrêmement difficile à évaluer qu'est l'autonomisation, lequel s'étend durant les 3 années de l'internat.

Par contre, il a été clairement mis en évidence que ces situations conflictuelles changent dans de nombreux cas la relation de travail de l'interne vis-à-vis de ces confrères plus âgés.

**G2E10D13 (AVC chez bipolaire aux urgences)** *« Ben, je l'ai présenté car je n'étais pas complètement sûr de moi... (...) Mais pourquoi j'en ai parlé à une chef, je ne sais pas. C'est vrai que maintenant... Je crois que j'avais peut être un doute oui, c'était pas franc non plus (...). Et puis surtout c'est sa façon de dire : ouais, on s'en fout !! J'avais encore plus envie de le faire du coup (...) d'ailleurs j'ai regretté de lui avoir demandé à elle. (...) j'ai eu peur qu'on passe à côté de quelque chose. J'aurais pu écouter ma chef en me disant « c'est bon on s'en fout, donc je m'en fout aussi » j'ai trouvé qu'elle ne m'avait pas du tout aidé, oui, pour moi c'est comme si je n'avais pas pris en charge cette patiente avec elle. C'est vrai que je pense qu'il y a des fois où t'as envie de ne plus demander quoi que ce soit à ton chef, t'as envie de faire ton truc...(...) **RM** : ce qui (te) choque c'est qu'on n'argumente pas ? **E10** : Oui, c'est ça, qu'on n'argumente pas. C'est genre basé sur leurs expériences et nous, petits internes, ben... (à **E9** nda) : tu dis que tu te reposes beaucoup sur tes chefs, enfin, je sais pas aux urgences, tu penses que les chefs connaissent aussi bien les patients que toi ? Parce qu'il y a des fois où finalement on connaît mieux les patients que les chefs. (...) **RM** : tu es en train de me dire que ça t'a donné de l'indépendance ? **E10** : Oui, c'est vrai. Bon après c'était la fin du stage, mais après j'ai plus fait comme je le pensais (...) quand on pense à quelque chose il faut aller jusqu'au bout. »*

### **Réponses des internes**

**G2E7** : *quand on demande un avis à un chef, c'est parce qu'on a un doute diagnostic et qu'on a envie de se faire conforter dans notre analyse, de se dire « Au cas où ». Mais quand on te dit « ben non ne le fais pas », après si tu le fais pas, c'est vrai qu'en général, c'est plus*

ces situations là où après, moi, ça me trotte dans la tête, où je me dis « merde, je l'ai laissé repartir et euh... » (...) c'est toi qui explique, qui l'a examiné, tu te dis merde... peut être que... C'est plus ça qui est difficile à gérer je trouve. (...), je pense que **quand on demande quelque chose, on attend une attitude qui nous convienne à nous aussi**. Parfois, quand ce n'est pas du tout en accord avec ce que tu pensais heu... (...) c'est vrai que c'est agréable de sentir que le chef est concerné quand tu lui demandes un avis »

**G2E9** « C'est sûr, tu n'as pas eu un avis de ton chef, t'as pas eu grand-chose (...) Cette patiente est intéressante, enfin je veux dire qu'elle a le droit d'être examinée comme une personne à part entière(...) **on ne demande pas tout le temps un avis parce qu'on ne sait pas** (...)parfois c'est pour être conforté, comme dans ton histoire, **c'est pour se conforter dans notre décision**(...) Moi quand j'étais aux urgences, ça m'est arrivé souvent de demander un avis **pour valider une prise en charge**. Genre, voilà, il est vieux, il est tombé, sa femme est là, son médecin traitant c'est untel, je l'ai appelé, voilà, j'aimerais qu'il rentre à la maison. Ou bien, lui, je pense qu'il faut le garder aux portes, qu'est-ce que t'en penses ? C'est... **Quelque part on va toujours être un peu déçu lorsque la réponse donnée est qu'on ne sait pas**. Il n'y a finalement que lorsqu'on te donne une réponse qui t'ouvres les yeux et où tu te dis **mais c'est vrai**, c'est ça ! que tu es satisfait d'avoir demandé un avis. Mais sinon... (...) Finalement plus on avance, plus on se rend compte que nos chefs c'est des médecins comme nous qui ont leurs incertitudes et leurs doutes (...) **La seule chose qui change c'est de demander plus ou moins spontanément l'avis et maintenant je le fais moins, c'est tout** (...) les désaccords (...) ça te permet à toi de chercher pourquoi lui pense ça. Est-ce que j'ai raison ? Est-ce que quelqu'un a raison ? **Ca fait poser plus de questions sur soi et sa prise en charge et ça permet peut être de progresser**. »

#### **d) Les conséquences d'un désaccord professionnel sur la relation senior/interne**

Dans la majorité des désaccords étudiés, il semble, selon les internes, que le dialogue autour du conflit, de sa cause et de sa résolution, est évité par le senior. Si le désaccord est évoqué à distance par l'interne il peut être minimisé, voir même nié par le senior. (voir p 68)

**G3E15D22 (fin de vie au lit porte)** « Non, je ne lui ai pas dit formellement, mais je pense qu'il a bien vu ma réaction, mais à partir de là il n'est pas revenu m'en parler. »

**G4E17D24 (Senior non investi aux urgences)** « C'est là que je lui ai dit qu'il ne faisait pas ce qu'il fallait. Lui, il a nié les faits en disant que c'était comme ça qu'il travaillait et qu'il avait toujours appris à travailler comme ça (...) **Il a complètement nié les choses en disant que lui c'était sa façon de travailler, qu'il supervisait de loin, qu'il avait toujours fait comme ça, que quand il était interne, on avait fait comme ça avec lui.** »

Cette impression d'indifférence ressentie par les internes, même si elle est le plus souvent mal vécue, a été interprétée dans un récit comme un mécanisme de défense du senior ou le symptôme d'une surcharge de travail.

**G2E7D14 (EP et score de Wells)** « Sur le coup il n'a pas été cool parce que il m'avait dit « Ton patient » alors que bon, c'était le nôtre (...) **il s'est déchargé mais en même temps, je comprends parce que ça a été choquant pour tous les deux** et en même temps j'étais pas là quand il a fait l'arrêt (...) c'est vrai que j'aurais peut-être bien aimé en parler avec le chef avec qui ça s'était passé, mais j'ai pas eu le sentiment qu'il avait envie qu'on en parle en fait. Parce que sur le coup, il s'est un petit peu déchargé en fait en me disant : « Ah TON patient il a fait l'arrêt » (...) ça m'a un peu choquée mais en même temps, je l'ai un peu comprise, parce que ... (...) **E10** : Ouais, mais il aurait pu en parler quelques jours après avec toi, tu vois, parce que je pense qu'il savait très bien que c'était ton premier semestre, et que peut être que tu culpabilisais, enfin j'sais pas, il aurait pu... **E8** : **Il était très sensible**... (...) **E7** : il ne me faisait pas de reproche mais bon... voilà, je sais pas, je l'ai senti plus comme de la gêne. Du coup, ni lui, ni moi n'en n'avons reparlé. »

**G5E23D33 (conflit pendant une garde au SAMU)** « **c'est vraiment le cliché du smuriste qui est lassé, qui enchaîne trop de gardes pour gagner de l'argent car il a plein de choses à faire et qui devant trop de travail, à un moment donné n'a pas envie de se lever.** Logiquement, tu as des contraintes, tu as un délai pour te réveiller et être dans le camion. Cette nuit-là, il était clairement hors délai toute cette nuit-là. Je peux très bien comprendre, tu sens très vite que quand tu passes la barrière de l'interne, tu peux te laisser très vite de ton métier parce que cela devient un peu plus alimentaire que tu ne le pensais avant, tout ça, je peux vraiment l'entendre, je peux comprendre par empathie. Mais le fait de se dire « je n'examine pas la patiente, je ne cherche pas à comprendre et je veux faire un traitement non adapté » enfin à mon sens.... »

Dans plusieurs récits, le désaccord a donné lieu à une détérioration du rapport interne/senior.

**G1E2D2 (fracture de rein)** « *Je ne voulais même plus être de garde après avec le senior qui avait fait la nuit* »

**G3E16D23 (PL sans hémostase)** « *Je me suis juste dit que si j'avais une vengeance possible je ne laisserais pas passer l'occasion (rires). Elle était trop hystérique, elle ne laissait pas la place pour parler avec elle.* »

**G1E3D11 (dissection aortique)** « *Oui, je lui faisais confiance. RM : Tu lui « faisais » ? E3 : Oui, heu, du coup après, c'est vrai que...* »

**G4E17D24 (Senior non investi aux urgences)** « *je pense qu'il était schizophrène (...) il avait une attitude distante, il était ambivalent et je pense que dans les mois précédents il a dû avoir une séparation difficile avec sa compagne. Enfin ce sont juste des suppositions (...) Je crois qu'il prenait des médicaments et qu'il les avait arrêtés depuis un moment.* »

A l'inverse, l'expression du désaccord peut permettre une amélioration de la relation interne-senior.

**G3E11D20 (conceptions différentes de la psychogériatrie)** « *On s'est dit qu'on arrondissait les angles, on a tous essayé de le faire, ça allait un peu mieux. Mais durant les quatre/cinq mois c'était difficile(...) En fait, je comprends la Chef, après on a retravaillé ensemble, ça se passait très bien, elle a ses faiblesses, elle réagit par cette défense, elle réagit en étant assez agressive car elle a peur c'est tout, je la comprenais très bien après* »

**G2E8D17 (Toxicomanes et sirop codéiné)** « *Donc je me suis dit que finalement, même si je le critiquais beaucoup, il entendait quand même certaines choses.* »

**G3E12D18 (echodoppler et embolie pulmonaire)** « *j'avais l'impression que j'avais comme prouvé quelque chose et qu'elle avait plus confiance en moi. C'est la manière dont je l'ai ressenti en tout cas. Dans les discussions après, elle me disait "si tu penses à quelque chose n'hésite pas". RM: Tu as dit que cela n'avait pas affecté vos relations par la suite. E12 : Non, j'ai eu l'impression que ça les avait aidées. (...) Nous avons une relation très amicale, et on l'a gardée, ça fait un an et demi et on l'a gardée. Aussi, on se comprenait très bien toutes les*

*deux en fait (...) c'est l'épisode qui a fait la relation. (...) il y a eu quelque chose qui s'est créé.»*

Dans un récit le senior exprime un regret sur sa prise en charge.

**G3E13D19 (80 ans, chute sous AVK, fin de vie)** « *en discutant avec la Chef après cet épisode, elle en a convenu qu'on aurait pu éviter tout ça à la patiente* »

Il s'agit du seul exemple où le praticien aborde avec l'interne la cause intrinsèque de son désaccord avec lui, ici le cas d'une divergence de prise en charge chez un patient en fin de vie. Il est à noter que ce désaccord n'a pas eu de conséquence néfaste sur les relations entre l'interne et son senior.

Dans la plupart des désaccords avec évènement indésirable grave ayant donné lieu à un dialogue interne-maître de stage, le senior rassure son interne et minimise sa responsabilité. Il peut aussi exister une discussion technique sur la qualité des soins, mais dans aucun autre désaccord, les causes intrinsèques de conflits mises en évidence page 32 ne sont abordées.

**G1E5D8 (œdème de Quincke)** « *Après ils m'ont tous rassuré en me disant que ce n'était pas de ma faute (...) j'ai présenté le cas clinique de façon formelle. On n'a pas discuté sur la prise en charge mais sur les soins. E3 : Et le chef était là ? E5 : Oui, il était là. On en a discuté après. Je n'allais pas l'enfoncer, c'est une erreur, enfin une erreur...E3 : Elle ne va pas le faire culpabiliser, l'erreur est humaine E5 : Et puis en fait l'aggravation du patient, ça s'est passé à 11h du matin, donc de 8h30 à 11h du matin il était sous surveillance, et il s'est aggravé très vite. Une autre chef était impliquée à ce moment, c'est compliqué...* »

#### **e) La remise en question d'une pratique**

L'expression d'un désaccord traduit la remise en question d'une pratique ou d'un savoir par un jeune, détenteur d'un savoir avant tout théorique, à l'adresse d'un « vieux » dont le savoir est plus équilibré entre la théorie et l'expérience. De la même façon que le rapport interne/senior évolue au gré de ces désaccords, la pratique de l'interne change elle aussi.

**G4E19** « *Nous en tant qu'internes, on a souvent, je pense, tendance à pêcher par excès parce qu'on n'est pas sûr de nous par rapport à un vieux de la vieille, on ne prend pas le risque de..., parce qu'on ne sait pas, on n'ose pas. Je pense que quelquefois c'est un peu traître car on attend que le chef prenne la décision, ce qui n'est pas forcément favorable pour le fonctionnement du service ni pour la sécurité des patients, ça n'apporte pas forcément grand-chose. Ce qui est bénéfique en revanche, c'est que l'on est dans une période de doute qui peut bénéficier aux patients puisqu'on va se poser plus de question que quelqu'un qui va faire un peu à l'habitude. Le fait d'être en désaccord, finalement amène à chercher des arguments, on passe du doute au questionnement en termes de raisonnement scientifique ou médical et c'est assez instructif. Je prends ça comme une leçon.(...) Je pense qu'il faut en tirer un maximum de choses, s'il y a un désaccord, c'est qu'il y a une situation à risque ou à problème. Tous les dossiers où il y a eu des problèmes c'est en général un moment où on doutait soi-même ou il y avait un désaccord dans l'Equipe ou des problèmes d'enchaînement de gaffes, s'agissant de situations à risque. Il faut profiter de ces situations pour essayer de progresser. Le désaccord pour moi est un doute constructif. »*

**G2E7D14 (EP et score de Wells)** « *On m'a fait une réponse argumentée, mais je peux te dire que moi après je l'ai décollée... Il y avait une affiche avec le score de Wells qui était sur le mur, voilà, s'il y a quelque chose qui a changé après dans le service, c'est que moi, j'ai enlevé ce score de Wells et je ne m'y suis plus jamais fiée. »*

**G1E1D4 (critère d'Ottawa)** « *Si je devais devenir urgentiste... C'est difficile de se projeter, car quand on est interne, on n'a moins la peur de mal faire, je trouve. On arrive à être plus cow-boy que les seniors qui, eux, ont leurs responsabilités engagées directement. »*

**G1E5D8 (œdème de Quincke)** « *J'ai fait une présentation power point sur le sujet. Selon les recommandations de réanimateur et d'urgentistes, les aérosols d'adrénaline n'ont pas prouvé une efficacité, alors que lorsqu'il y a une gêne laryngée on doit directement passer de l'adrénaline IV etc. Il n'y aurait pas d'indication à faire de l'adrénaline en aérosols. »*

**G5E24D32 (patiente adressée aux urgences en ville)** « *Moi de toute manière, j'envoie aux Urgences quand je pense qu'il faut envoyer aux Urgences, mais quand je doute, maintenant, j'entends une petite voix qui me dit « ça me fait chier qu'elle soit allée aux Urgences ». »*

**G5E24D36 (OAP chez une personne âgée en fin de vie)** « *Mais maintenant, ce ne serait pas aussi automatique (...), c'est maintenant où j'ai pris la décision de faire de l'hypno et de*

*la Morphine à quelqu'un qui est ... dans une situation similaire(...). C'est vraiment apprendre sur le tas. »*

Dans deux désaccord (**G5E21D29**, **G5E23D31**), l'interne exprime pendant le focus groupe que le désaccord qu'il relate a eu une incidence sur le choix de sa pratique professionnelle future.

**G5E23D31 (manque d'autonomie chez le praticien en ville)** « *pour le coup ça ne m'a pas donné du tout envie d'être médecin de ville* »

# DISCUSSION

## I. FORCES ET FAIBLESSE DE L'ETUDE

### A) Forces de l'étude

#### **Le choix du sujet**

Nous avons fait le choix d'étudier le professionnalisme des internes de médecine générale d'Ile-de-France au travers d'un marqueur d'autonomisation que nous pensons inédit: « *leur capacité à exprimer leur désaccord avec leurs maîtres de stage* ». Cette étude a permis à plusieurs internes, au cours des focus groupes, de découvrir que les sujets de désaccord qui les opposent avec leurs maîtres de stage sont fréquemment vécus par leurs co-internes de médecine générale.

#### **Le choix de la méthode**

Nous avons choisi un travail en petits groupes pour permettre aux internes de s'exprimer tout en étant renforcés par les interventions de leurs collègues. Des entretiens approfondis auraient produit un matériau probablement plus profond mais moins « collectif ». Or c'est aussi le collectif que nous souhaitions explorer. En cela la dynamique du petit groupe nous a semblé préférable à l'intimité d'un entretien. Afin que les internes s'expriment sur des sujets aussi sensibles, nous devons créer un climat de confiance, en petits groupes de parole, dans un cadre chaleureux.

Le sujet n'ayant fait l'objet que de très peu de travaux, devait faire l'objet d'une analyse globale afin de déterminer les points spécifiques qui pourraient faire l'objet d'approfondissements ultérieurs. Par exemple, rien dans la littérature actuelle, ne pouvait laisser supposer que les désaccords sur la fin de vie à l'hôpital ou sur les enjeux économiques au sein du cabinet libéral, pouvaient avoir autant d'importance chez les internes de médecine générale en Ile de France. Les désaccords sont aussi souvent liés à l'attachement particulier qu'ont les médecins généralistes à suivre leurs patients jusqu'à la fin de leur vie.

Cette étude, brossant un tableau des principales causes de conflits rencontrées par les internes de médecine générale, peut permettre d'apporter des clés pour instaurer des formations de gestion des conflits à l'attention des internes comme des seniors.

## **B) Faiblesses de l'étude**

### **La cible**

Les étudiants, recrutés entre le 4<sup>ème</sup> semestre et le post internat immédiat, ont participé à l'étude en connaissant préalablement son objet, ce qui a pour effet de biaiser la sélection des participants, seuls ceux portant un certain intérêt sur le thème de notre travail ayant accepté d'y participer.

Il a été choisi de ne pas inclure d'entretien individuel avec des maîtres de stages à l'issue du troisième entretien réalisé. Il y a plusieurs raisons à cette décision. La première est que le mode de recueil de donnée ne pouvait être le même que pour les internes, il était en effet impossible de réunir plusieurs maîtres de stage pendant 1h à plusieurs reprises pour des questions de disponibilité, le risque était donc de perdre les avantages du focus groupe. La deuxième raison est, qu'au cours des 2 premiers entretiens, le recueil de données a été décevant, les maîtres de stages ne parvenant pas à identifier une situation de désaccord avec un interne. Cette donnée corrobore les résultats de l'étude de Studdert, Mello et Burns<sup>12</sup> selon lesquels les médecins thésés ont tendance à minimiser les conflits avec les membres de l'équipe soignante (conflits médecins-médecins, infirmières-infirmières ou médecins-infirmières). En effet 66% des conflits intra-équipe ne sont identifiés que par les infirmières, 10 % uniquement par les médecins seuls et 24% identifiés à la fois par les infirmières et les médecins, toutes causes confondues. Par conséquent, les données apportées par ces entretiens, même si elles semblaient conforter certaines des hypothèses de notre étude, ne nous ont pas semblé pertinentes concernant la problématique de l'autonomisation des internes de médecine générale.

Enfin, bien que les internes de premier et deuxième semestre n'aient pas été intégrés dans l'étude, nous avons obtenu majoritairement des désaccords concernant des internes de premier ou second semestre. Il aurait peut-être été judicieux d'inclure ces jeunes internes mais on peut

supposer, étant donné la charge émotionnelle de ces récits, que ces internes auraient pu manquer de recul par rapport aux événements pour en parler sans ressentiment.

### **Le choix des désaccords évoqués par les internes**

17 des situations de désaccord interne/senior relatées par les internes, étaient des situations où la suite des événements donnait raison à la prise en charge de l'interne (**E1** « *On a parlé beaucoup de situations de remise en cause lorsqu'on a raison, mais souvent c'est le contraire* »)

Ce facteur du « *qui a raison ?* » est indéterminé dans 17 désaccords et la suite des événements donne raison au senior dans 3 récits cliniques.

Ce point a été évoqué à plusieurs reprises pendant les réunions, les causes probables sont très probablement les suivantes :

« **E9** : *Moi en fait j'ai jamais eu raison, donc en fait j'ai jamais retenu... mais heu (rire)* **RM** : *Mais ça peut être une histoire où tu as tort aussi ?* **E9** : *Mais les histoires où j'ai tort, je ne les retiens pas* »

« **E12** : *je n'ai pas eu de nouveau le cas, c'était toujours elle qui avait raison. (...) Par moments, oui, j'ai dû avoir des doutes.* **E11** : *En fait on s'en souvient moins.* **E12** : *Voilà, on s'en souvient moins.* **E11** : *On s'en souvient moins quand le Chef a raison, c'est normal (rires), je pense que ça arrive super souvent de se dire "je n'aurai pas fait ça" ou des choses comme ça.* **E12** : *Avec elle, non, en tout cas je ne me souviens pas.* **EG** : *Qu'est-ce que tu veux dire ? Que ça arrive souvent que ça soit l'autre qui avait raison et qu'on l'oublie plus volontiers ?* **E11** : *Oui, on se dit que c'est dans l'ordre des choses, c'est bien on a appris ça. »*

### **L'enquêteur**

Les focus-groupes ont été menés par un enquêteur unique dans 3 cas et en présence du directeur de thèse dans 2 cas. Ceci peut avoir orienté leur réalisation et leur interprétation à propos de certains thèmes pour lesquels les sensibilités personnelles sont particulièrement influentes.

De plus, à la proximité de fait entre l'enquêteur et les étudiants, tous internes de même âge, s'est parfois ajoutée une proximité par des liens d'amitié.

Enfin, la réalisation des premiers focus-groupes étant inédite pour l'enquêteur, a probablement souffert de son inexpérience et de ses tâtonnements.

### **Le recueil d'un point de vue unique**

Nous avons déjà évoqué les raisons pour lesquelles nous n'avons pas inclus d'entretiens ni de focus groupe avec des maîtres de stage. Il demeurerait problématique de poursuivre l'étude en étudiant les désaccords interne-maître de stage en n'ayant que le point de vue des internes. Nous avons décidé de poursuivre le recueil de données car le but de notre recherche n'était pas de passer par une confrontation de points de vue et la recherche de « *qui a raison ?* ». La détermination de l'autonomisation des internes lors de ces désaccords est, de plus, un facteur sur lequel le point de vue du maître de stage peut être sujet à caution. En effet, son implication directe dans le désaccord et sa nécessité d'affirmer son autorité sont susceptibles d'entamer son objectivité sur ce sujet.

## II. ANALYSE DES RESULTATS

### **A) Ce que nous révèlent ces désaccords : les causes susceptibles de faire évoluer un désaccord vers un conflit**

Afin d'étudier les causes des désaccords entre internes de médecine générale et maîtres de stage, il est apparu rapidement que les distinctions classiques de causes de conflit en milieu professionnel, ainsi que les méthodes d'évaluation traditionnelles des conséquences de ces conflits, n'étaient pas adaptées.

Ainsi, dans une méta analyse, réalisée par De Dreu et Weingart « Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction, 2003 », les auteurs s'appuient sur la distinction « conflit de tâche » (production, décision, planification...) et « conflit relationnel » (mésententes, frustrations, rivalités, antipathies, et/ou affrontements entre personnalités)<sup>11</sup>. Les conséquences des conflits en milieu professionnel seraient, selon les auteurs de cette méta analyse, toujours négatives sur les performances de l'équipe de travail ainsi que sur la satisfaction (absentéisme, turn over accéléré) des membres de cette équipe. Il est apparu que les causes des désaccords recueillis pendant ces 5 focus groupes étaient plus complexes et impliquaient des différences d'opinions, de confiance, de valeurs, de formation, ainsi qu'un rapport hiérarchique complexe mais omniprésent. En effet selon E Galam, « *La critique formulée au médecin par un de ses patients ou un membre de son entourage s'inscrit toujours dans une histoire relationnelle (...) La critique faite au médecin traduit un désaccord, voire un conflit entre celui qui la formule et celui à qui elle est destinée. Elle est d'autant plus difficile à assumer pour le médecin qu'elle le confronte non seulement à sa position et à son statut, mais aussi à ses valeurs et à l'idée qu'il se fait de sa fonction, de ses devoirs et de ses prérogatives.* »<sup>16</sup>

Très souvent, dans les désaccords étudiés, les internes s'expriment de façon factuelle. Par exemple, un interne va relater qu'il voulait donner le traitement A à son patient alors que le senior veut donner le traitement B.

C'est au cours d'échanges plus poussés avec les internes, que nous avons pu identifier cinq facteurs relationnels comme causes implicites et récurrentes susceptibles de faire évoluer un simple désaccord vers un conflit :

- La divergence de points de vue sur la prise en charge des patients fragiles, en fin de vie
- La conviction de l'interne que son senior sous-estime ses compétences cliniques et le manque d'autonomie laissée à l'interne
- La conviction d'un manque d'implication du senior dans les soins de son patient
- La prescription de complaisance
- Le non-respect des recommandations de bonne pratique

Les 4 premiers facteurs sont intimement liés à la théorie de Northrup sur l'apparition d'un conflit insoluble par la perception par l'un des acteurs d'une menace sur son identité<sup>17</sup>, au sens « *Moi et ma relation avec les autres* »<sup>18</sup>.

L'un de ces 5 facteurs relationnels est présent dans plus de 25% des désaccords étudiés : il s'agit des divergences de points de vue concernant les patients fragiles ou en fin de vie.

#### **a) L'importance des désaccords concernant des patients très fragiles ou en fin de vie**

Dans tous ces désaccords concernant ce type de prise en charge, l'interne comme le senior indique que les possibilités thérapeutiques sont faibles du fait d'un terrain particulièrement fragile.

Chacune des situations évoquant la fin de vie a provoqué des réactions de l'ensemble des internes du focus groupe. Les échanges se sont intensifiés et des désaccords sont apparus entre les internes sur la conception des soins des personnes en fin de vie, chacune des prise en charge proposées par les internes étant liée à son histoire personnelle, son vécu et ses opinions, bref à son identité, en matière de soins palliatifs et d'accompagnement des patients en fin de vie.

Dans presque tous les cas retranscrits, l'interne se plaint du fait que son senior pratique des soins qu'il juge trop agressifs. On peut considérer le fait que les seniors sont plus impliqués dans la prise en charge de ces malades au vue de leur expérience, alors que les internes sont certainement plus en retrait : **G3E11D20** « *<ma> conception de la médecine, pour les patients en palliatifs, on ne va pas leur faire de biopsie (...). Elle te dit qu'elle est dans l'actif (...) elle était trop agressive, et après peut-être que du coup on était devenue trop en retrait des pathologies*»

La situation de la fin de vie doit donc être identifiée comme une situation « à haut risque conflictuel ». En effet, selon Northrup<sup>17</sup>, les identités du maître de stage et de l'interne peuvent être menacées et il peut se développer ce que Northrup appelle la cascade vers le conflit insoluble.

L'élément déclencheur de cette cascade survient lorsque l'un des acteurs (ou les deux) ressent une menace sur son identité. L'identité nous rend prévisible aux autres et rend la réaction des autres envers nous prévisible. Une menace sur cette identité peut réveiller une peur de vivre une existence laissant place à une incertitude et des rapports aux autres aléatoires, voire gênant les soins dans un domaine où les acteurs de soins souhaitent un cadre normé, « protocolisé » ne laissant que peu de place à l'incertitude dans les rapports entre acteurs.

Le cas du désaccord **G3E11D20 (conceptions différentes de la psychogériatrie)** illustre parfaitement la théorie de Northrup. Selon lui, le conflit insoluble s'installe en 4 stades.

La première phase est la **menace**. Chacune des 2 parties voit son identité menacée. Le senior de médecine interne s'occupant parfois du service de psychogériatrie ne comprend pas que l'interne de médecine générale du service de psychogériatrie souhaite limiter les soins agressifs chez des personnes âgées. L'interne et sa co-interne ont eu une expérience personnelle au cours de leur internat qui leur a appris à limiter les soins ou investigations invasifs/ves envers les patients fragiles. Elles ressentent alors la position de leur senior comme contraire à leurs valeurs et à leurs histoires personnelles. L'interne insiste sur le fait qu'elle est dans un service de psychogériatrie, façon de nier en partie la légitimité de sa senior qui vient d'un service de médecine interne.

La deuxième phase de Northrup est la **distorsion**. Durant cette phase, l'information contradictoire est assimilée en étant modifiée par les deux parties, afin de correspondre aux valeurs de chacun. Dans ce récit, l'interne se place automatiquement dans un rôle de médecin

respectant un niveau « adapté » d'investigations cliniques face à une senior « agressive » « elle met la barrière entre nous qui sommes internes en Psychogériatrie, donc on prend le rôle du gériatre en gros (...) on était en Psychogériatrie, c'était même plus de la Psychogériatrie simple. Moi je ne disais pas grand-chose au début mais ma co-interne disait que ça n'allait pas et que ce n'était pas normal d'être aussi agressif envers les patients. A la fin moi aussi. On n'en pouvait plus et à la fin il y a eu une scission entre nous ».

Cela mène au stade de **rigidification** : chaque acteur commence à considérer son contradicteur comme appartenant à un groupe distinct de son identité. L'identité des acteurs commence à s'étendre à d'autres champs que celui concernant le désaccord originel. Il y a alors multiplication des conflits annexes et ces derniers peuvent prendre une place centrale, menaçant la cohésion du groupe. « On se connaissait bien, on voyait la médecine de la même manière, c'est l'humain d'abord et pas l'organe. Elle (la Chef) te disait "je suis interniste", et elle disait limite que c'était que l'organe. Dès qu'on allait la voir pour un petit problème psychiatrique, forcément on était en Psychogériatrie, elle te disait "ah non non je ne sais pas, je suis interniste", elle mettait la barrière entre le côté psychiatrique et le côté somatique. De base, quand elle dit ça elle met de la distance. »

Après le conflit, l'interne prend conscience que c'est lors de cette phase que l'objectif commun censé assurer la cohésion de l'équipe qui est d'offrir une qualité de soins optimale pour les patients, commence à être altéré par le conflit « Nous on arrivait et on ne connaissait pas cette prise en charge et on réagissait en fait. Mais pour le bien des patients, je ne suis pas bien sûre qu'on ait bien réagi. » *Quid des staffs ?*

Le dernier stade menant au conflit insoluble est **la collusion**. Le conflit devient marqueur d'identité de chaque partie, il est institutionnalisé, voir même célébré. Il y a alors mise en place de sorte de rituels qui perpétuent le conflit car la résolution du conflit deviendrait une menace à l'identité de chacune des parties. Ces rituels entretenant le conflit ne sont pas vécus par les acteurs comme des actions prolongeant le conflit mais comme une légitime défense contre l'autre. Dans ce cas de désaccord, le conflit n'atteint pas ce stade grâce à l'intervention du chef de service qui rappelle aux internes le lien de subordination à leur senior. « On s'est toutes fait convoquer par la Chef de Service quand-même (...) on nous a dit qu'on était irrespectueuses (...) donc il se permettait de dire "vous vous êtes des internes, vous ne dites rien, elle c'est la Chef donc même si elle a tort c'est elle qui décide". On s'est senties un peu

*trahies » « On s'est dit qu'on arrondissait les angles, on a tous essayé de le faire, ça allait un peu mieux. Mais durant les quatre /cinq mois c'était difficile. »*

Certains internes se sont plaints d'un manque de formation sur le sujet de la fin de vie. **E23 :**  
*« on n'est pas assez formés, ce n'est pas une question de réanimation (...) Il est évident que si tu mets quelqu'un en état légume avec six mois de réanimation et une rééducation qui ne sert à rien, tu mets la famille devant un fait qui est vraiment difficile. Ça on devrait le savoir, ça devrait faire partie de nos acquis, ce n'est pas quelque chose qui est loin de la médecine générale puisqu'on suit des patients jusqu'à la fin de leur vie... On devrait savoir ce genre de chose. »*

Selon Studdert, Mello et Burns « Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors (2003) »<sup>12</sup> dans une étude réalisée sur 11 mois incluant 656 patients en soins prolongés dans 7 services de soins intensifs aux Etats Unis, il a été recensé auprès des infirmières et réanimateurs de ces services 248 conflits concernant 209 patients. 57% de conflits famille de patient/soignants, 31% de conflits intra équipe de soins, 12% de conflits intra familiaux. Les désaccords sur la prise en charge de la fin de vie concernent 44% des conflits famille/équipe et 7% des conflits intra équipe. Dans la grande majorité des cas, les familles sont en demande de soins plus « jusqu'au boutiste » que ce qui est préconisé par les médecins. Les autres sources de désaccords intra équipe concernent la gestion de la douleur, le manque de communication (famille, équipe), de coordination et de leadership, le manque d'association des infirmières aux décisions, l'absence de prise en compte du souhait du patient. Les conflits intra équipe (76 recueillis) concernent en premier lieu réanimateurs et chirurgiens (1/3), puis réanimateurs et infirmières (1/4). Trois cas de conflits entre internes et médecins ont été recueillis (causes non précisées)

On retiendra que dans ces services de réanimation, en permanence confrontés à la prise en charge de patients en fin de vie, 7% seulement des désaccords entre soignants (infirmières, réanimateurs, chirurgiens, internes en réanimation) concernent le niveau d'implication dans des soins actifs pour des patients en fin de vie.

Plusieurs raisons peuvent expliquer une telle différence :

Le fait que l'étude de Studdert, Mello et Burns ne s'intéresse qu'aux désaccords au sein d'unités de soins intensifs laisse à penser que les acteurs de ces désaccords sont aguerris à la

prise en charge de patients en fin de vie. Il existe probablement, dans ces services, de nombreux protocoles décisionnels et des expériences communes expliquant une telle unité des soignants concernant ce type de dilemmes éthiques.

De plus, les internes inclus dans l'étude sont spécialistes en réanimation, ce qui leur donne une identité de formation avec leurs maîtres de stage.

Enfin, la culture et la formation des médecins aux Etats Unis concernant la prise en charge des patients en fin de vie est sensiblement différente de celles existant en France.

Il n'empêche que l'écart constaté entre les résultats de l'étude de Studdert, Mello et Burns et ceux de notre étude, met en évidence une divergence profonde d'opinions et de sensibilités entre internes de médecine générale d'Ile de France et maître de stage concernant la prise en charge des patients en fin de vie. Il serait très intéressant de réaliser une étude concernant spécifiquement ce problème, étant donné les nombreuses questions d'éthique, de formation, de cohésion des équipes et de relations avec les familles qu'il soulève.

### **b) Les autres causes de désaccord liées à un conflit d'identité selon la théorie de Northrup**

*« Il n'est peut-être pas une expérience plus intimement liée à ce que nous sommes, à notre identité, que les soins que nous effectuons dans le système de santé. Nos valeurs, nos croyances et notre personnalité sont exposées aux autres acteurs de santé lors de la prise de décision, de négociation et de conflit » (Marcus 1995)<sup>19</sup>*

Dans 10 récits l'interne a le sentiment que son senior sous-estime ses compétences cliniques. Cela est vécu par l'interne comme une menace sur son identité en tant que médecin. Il s'agit du même phénomène pour le cas du récit où l'interne a le sentiment que son praticien ne lui donne pas assez d'autonomie. Dans 8 récits, l'interne pense que son senior n'est pas assez impliqué dans la prise en charge de ses patients (Il s'agit particulièrement d'internes jeunes, en stage d'urgences), l'interne vit alors la situation comme une absence de prise en compte de son statut d'étudiant « stagiaire ». Enfin, dans les récits d'internes ressentant les prescriptions de leurs seniors comme des prescriptions de complaisance il transparaît surtout la crainte d'une menace au facteur principal de cohésion entre soignants : l'objectif commun d'œuvrer

pour « la qualité optimale des soins ». C'est donc leur identité même de soignant que les internes sentent menacée.

Ces facteurs font fréquemment basculer un simple désaccord vers un véritable conflit.

**c) L'interne considère que son senior ne respecte pas les recommandations de bonne pratique.**

Le paramètre le plus important générant le conflit dans ce cas de figure est une volonté importante des internes d'assurer des soins en harmonie avec la pratique de ses confrères.

Contrairement aux situations précédentes, le conflit ne naît pas du sentiment d'une menace sur l'identité de l'interne mais sur l'identité du maître de stage et de son rôle de soignant qui « assure des soins de qualité optimale à ses patients selon les données actuelles de la science médicale » (module d'éthique médicale, PCEM1, Pr Catherine Girre, Paris)

**G5E21D29** « *J'en ai parlé avec mon autre praticien qui lui était au contraire très anti-antibiotiques, très Revue Prescrire, il connaissait un peu le personnage, il savait un peu sa pratique, ce n'est pas une Omerta, mais il fait ce qu'il veut c'est son cabinet, ce sont ses patients, il n'y aura pas de critique à lui faire ou besoin d'aller lui parler. Il m'a juste dit « ce que tu fais là-bas, c'est là-bas, ici je te demande de faire comme moi je fais ». »*

L'argument du maître de stage « *Plus tard tu feras comme tu voudras mais ici et maintenant, tu fais comme je te dis de faire* » a été souvent entendu par les internes lors de l'expression de leurs désaccords.

Les internes de médecine générale, au cours de ces focus groupes, ont souvent exprimé un malaise sur ce sujet.

Nombreux sont les internes pris en défaut dans des dilemmes éthiques lorsqu'ils sont confrontés à une situation où ils souhaitent pratiquer des soins selon les mêmes règles que leur senior mais où ces pratiques sont sensiblement différentes de ce qu'ils ont appris au cours de leurs études.

Les jeunes internes sont plus manichéens et moins tolérants que leurs seniors. Pour beaucoup d'internes, devant une situation qui a fait l'objet d'une conférence de consensus, il n'y a que deux attitudes possibles : la bonne, visant à faire les examens complémentaires et les hypothèses diagnostiques selon un arbre décisionnel défini par consensus, et la mauvaise,

consistant à s'écarter de cet arbre. Les seniors sont plus tolérants sur le fait que leurs confrères pratiquent de façon différente. L'interne, qui a moins confiance en lui, est en perpétuelle recherche de LA vérité, tandis que les maîtres de stage font confiance à leurs expériences personnelles pour savoir ce qui marche et ce qui ne marche pas. « **EI** : *Les premiers jours, on arrive tout frais. On n'a pas forcément envie de faire des radios à tout le monde. Mais on parle de tous nos patient à nos chefs, et à chaque fois ils nous demandent si on a fait la radio, et en fait j'avais une chef qui n'était pas pour les critères d'Ottawa parce qu'ils (les seniors des urgences ndla) seraient passés à côté de trop de choses. Du coup ils ont décidé que... Enfin, ils se font leurs critères à eux.* **RM** : *Et toi, comment tu te fais ton opinion par rapport à ça ?* **EI** : *Je suis allé voir les recommandations actuelles. J'ai vu qu'il y avait une thèse sur le respect des critères d'Ottawa aux urgences qui concluait que ces critères n'étaient pas du tout respectés, que c'était plus au feeling que les gens faisaient des radios. Du coup, je me suis écrasé, c'était la politique de mon service de faire des radios donc je faisais des radios.* **RM** : *Et dans ta pratique future. Si tu devais devenir urgentiste ?* **EI** : *Si je devais devenir urgentiste... C'est difficile de se projeter, car quand on est interne, on a moins la peur de mal faire, je trouve. On arrive à être plus cowboy que les seniors qui, eux, ont leurs responsabilités engagées directement.* **RM** : *Mais attends, tu peux montrer les recommandations à tes chefs et en discuter avec eux. Des recommandations qui ont fait l'objet d'un consensus entre plusieurs experts en la matière !* **EI** : *Oui... Comme pour certaines prescriptions d'antibiotiques qui ne sont pas justifiées... Moi j'ai tendance à me coucher... »*

Cette remarque d'interne **EI** illustre la conclusion du Dr Kim : l'erreur est perçue comme une source d'apprentissage par l'interne, comme une source de problèmes par le chef <sup>20</sup>

Selon Philippe Irbanne<sup>21</sup> « *Les recommandations (guidelines) sont issues du monde anglo-saxon. Pour un Américain, une société juste est une société où on est jugé sur des critères et des règles bien explicitées. Le jugement haïssable est le jugement arbitraire parce que fondé sur des critères vagues. Si quelque chose se passe mal alors que les recommandations ont été scrupuleusement suivies, la responsabilité incombe à celui qui a établi celles-ci, et non à celui qui les a suivies. (...) En France, on agit d'abord selon sa conscience, c'est à dire selon des critères plus vagues, mais avec le sentiment d'une vision intelligente et d'une adaptation créative des règles. Agir selon les règles du métier et selon sa conscience est associé à la capacité à trouver des solutions efficaces et à innover, même là où personne ne vous dit ce que vous devez faire. Dans la mesure où on est jugé d'abord par soi-même ou par ses pairs,*

*non pas sur les détails mais sur la façon générale dont on procède, on a une autonomie qui peut être extrêmement favorable. »*

## **B) La voie étroite entre la soumission à une hiérarchie et l'autonomisation**

### **a) L'autonomisation**

Au cours de l'externat, l'étudiant en médecine a pour tâche principale l'apprentissage d'une somme de connaissances très importante. Son point de vue et ses opinions concernant la prise en charge des malades qu'il voit en stage hospitalier ne sont pas, ou peu pris en compte. Il n'y a pas de véritable association aux soins. L'internat marque un changement radical de ce statut car l'étudiant se trouve désormais au contact direct et constant des malades et assure le plus souvent les soins de premiers recours.

Lors de la réalisation des 5 focus groupes, nous avons recruté 8 internes de 3<sup>ème</sup> semestre, 6 internes en 4<sup>ème</sup> semestre, 4 internes en 5<sup>ème</sup> semestre, un interne en 6<sup>ème</sup> semestre et 7 internes venant de finir leurs semestres d'internat (moins de 6 mois).

Nous avons volontairement choisi d'exclure les internes de 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> semestre afin de maximiser les chances de recruter des internes dont l'ancienneté augmenterait le nombre de confrontations à des situations de désaccord avec ses seniors.

Malgré cela, et de manière étonnante, il est apparu que la répartition des désaccords selon le semestre de l'interne au moment des désaccords, décroît au fur et à mesure de son ancienneté (tableau 2 p 16). On ne peut pas conclure que les désaccords internes/seniors sont plus fréquents avec des internes de 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> semestre, mais le fait que des internes plus âgés, voire en post internat immédiat, choisissent d'évoquer en focus groupe des désaccords qu'ils ont vécus plusieurs années auparavant, au début de leurs internat, montrent que ces événements ont eu un impact émotionnel fort.

Après avoir effectué le recueil des différentes émotions ressenties par les internes pendant les conflits avec leurs seniors, il restait à déterminer si ces désaccords et leurs résolutions avaient une influence sur l'autonomisation des internes et par conséquent sur leur professionnalisation.

Comme il l'a été mis en évidence p 89, l'ancienneté ne va donc pas conduire les internes à exprimer davantage leurs désaccords mais les inciter au contraire à réaliser leurs prises en charge sans en référer automatiquement à leurs seniors afin d'éviter justement, une situation de désaccord. Force est de constater que lorsque les internes sont interrogés sur les conséquences que ces désaccords ont eu sur leurs pratiques, la plupart expriment une prise d'autonomie à l'issue du conflit.

**G3E12D18 (echodoppler et embolie pulmonaire)** « *On n'avait pas de cours et sur le coup on a été très vite tous seuls et en premier semestre c'était un peu flippant parce qu'on avait 10 lit d'aigus pour nous (...). C'est le type de Service où tu vois un choc hémorragique devant toi, tu sors, tu cries au-secours, tu appelles un Chef et le Chef dit "bon ben faut que tu appelles un Réa" mais il ne se déplace pas (...). C'était quand-même hyper enrichissant. T'apprends sur le tas, tu te fais engueuler par le réa, mais tu apprends sur le tas. (...) Mais, ça m'a apporté énormément parce que j'ai très vite été autonome et très vite je n'ai plus du tout eu peur. (...) Je suis allée la voir pour lui demander un conseil, je pense qu'elle ne m'aurait pas du tout enguirlandée si au tout départ je ne lui en avait pas parlé, comme maintenant on a l'habitude de le faire, j'aurai pris ma décision, j'aurais fait mon diagnostic, je l'aurais envoyé directement, mais là j'avais besoin de réassurance (...) après (le désaccord nda) cela nous a permis ... à elle d'avoir plus confiance en moi. Elle me laissait plus indépendante et ça m'a permis de me dire "écoute, quand tu penses à quelque chose, ose, t'y vas, et si tu te plantes tu te plantes, mais au moins t'es sûre et puis voilà(...)" il y a quelque chose qui s'est créée»*

Si cette prise progressive et inéluctable de responsabilité s'oppose à une attitude fermée du senior, on peut craindre un cas de figure tel que celui du désaccord **G5E23D33 (conflit pendant une garde au SAMU)** où un interne, persuadé que son senior prend une décision dangereuse pour la santé de son patient dans des conditions de fatigue, de lassitude et d'absence de justification clinique, décide de désobéir sciemment en impliquant une infirmière : « *C'est toujours le rapport bénéfice/risque. Pour toi, le risque est que j'ai mis ma responsabilité en jeu et le rôle de l'infirmière, pour moi c'est moins important...(...)* (dans le cas contraire nda) *Si tu réfléchis comme ça, tu arrêtes la médecine. (...) cela m'enquiquinait fortement d'être responsable et de passer des bêta2 à la patiente, donc je dis à l'infirmière « écoute, tu lui fais un aérosol de sérum physiologique, parce moi ça m'embête, il verra qu'il y a de l'aérosol et puis voilà » (...). La patiente n'a pas eu ses bêta2, tant mieux (...)* J'avais

*clairement l'impression que j'allais aggraver une patiente avec un traitement, après le côté que je mets ma responsabilité en jeu, certes ce que tu dis est vrai mais sur le moment quand tu es dans la situation, c'est comme si tu te disais que tu allais mettre des AVK sur une dissection. »*

### **« Je me suis faite tuée »**

Dans ce récit **G3E12D18**, lorsqu'**E12** évoque le fait qu'elle ait désobéi à son senior, elle emploie avec le sourire le terme « *Je me suis faite tuer* », ce qui provoque de la fascination chez les internes du groupe. Cette situation n'est pas sans rappeler l'enfant qui a une mauvaise note et qui raconte, non sans un certain plaisir, à ses copains de classe qu'il va se faire « *tuer par ses parents* ».

C'est le fait de « *tester les limites* » qui est le symbole de l'autonomisation, de la professionnalisation. Si l'on s'autorise une comparaison avec le développement de l'enfant, nous pourrions dire que si l'externat est la petite enfance, l'internat doit être une adolescence. Les limites doivent être marquées, les règles doivent être définies. Entrer en désaccord avec son maître de stage, débiter une négociation, s'apparente pour beaucoup d'internes, à une façon de tester ses propres limites, la confiance que l'on porte en son propre jugement, et la confiance que nous portent les autres.

Ce besoin de tester les limites, d'affirmer son indépendance, est clairement visible dans le récit suivant où on peut se demander si l'interne n'a pas besoin du désaccord, de la confrontation pour se conforter dans sa décision.

**G5E22D37 (occlusion intestinale et cancer du pancréas)** : L'interne prend en charge seule (« *ce n'était pas une journée où je pouvais avoir mon senior (...) C'était pas possible du fait de sa personnalité un peu flemmarde.* ») une patiente aux urgences chez qui elle découvre un cancer avec pronostic sombre (« *choc septique, ventre pléthorique, je l'ai intubée parce qu'elle s'enfonçait, on est allé faire le scanner, cancer du pancréas c'est fini, en 5 heures, on est passé de mamie va bien à la maison à elle est intubée et ne sera jamais extubée.* »).

L'interne en réfère à un autre senior du service qui pense comme elle que la prise en charge de la patiente doit être d'emblée palliative, après information de la famille. Mais elle souhaite

tout de même en parler au chirurgien viscéral. La raison de cette demande est floue (« *On était obligé d'appeler le chirurgien viscéral au vu du scanner* »).

L'échange avec les chirurgiens est le suivant : « *L'interne de Viscérale qui m'a dit que c'était une occlusion et qu'on opérerait. On lui a dit « non, non, attends regarde le gros machin autour de l'occlusion (cancer du pancreas nda), t'appelles ton chef* » (...) *on lui a dit qu'il était hors de question que lui, petit interne, prenne cette décision parce qu'elle ne me paraissait pas raisonnable (...)* *Je lui ai demandé d'appeler son chef qui est descendu et qui a dit qu'il y avait occlusion donc indication à la chirurgie. (...) il pensait probablement qu'il allait soulager cette occlusion, le choc septique et qu'elle pouvait encore vivre ou « mourir » pendant six mois de son cancer* »

Par la suite, l'interne appelle le réanimateur dont elle se doute qu'il sera d'accord avec sa prise en charge : « *on était en désaccord avec le chirurgien viscéral qui voulait opérer l'occlusion, on a dit « non ». On a appelé le réanimateur pour qu'il nous appuie, on n'avait pas besoin de lui, on l'a seulement appelé parce qu'on savait qu'il ne ferait rien(...)* *L'appel du réanimateur, je pense que c'est l'idée du pluridisciplinaire*»

Enfin, l'interne s'est auparavant assurée d'avoir le soutien de la famille : « *J'ai donc mis le fils dans la conversation en lui disant qu'il n'avait pas la décision finale mais qu'on voulait son avis. Il m'a dit de la laisser tranquille.* »

On peut se demander si l'appel du chirurgien n'avait pas pour unique but de susciter une discussion contradictoire. En effet, l'interne aurait pu dans ce cas appeler le réanimateur en premier afin de confirmer la prise en charge non curative de la patiente puisqu'elle présumait, à raison, que le réanimateur serait de cet avis.

En souhaitant porter la controverse avec le chirurgien, l'interne a peut-être cherché certainement autant à convaincre qu'à se convaincre elle-même.

## **b) La loyauté ou la soumission à l'autorité ?**

Plusieurs internes, malgré le fait que les évènements leur donnent raison, expriment une loyauté sans faille et placent la parole du maître de stage au-dessus de tout selon les principes du serment d'Hippocrate « *Je témoignerai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus* »<sup>22</sup>. Cette loyauté est frappante dans le désaccord **G5E25D35**. L'interne est en

conflit avec le cancérologue qui a administré une chimiothérapie à un patient en soins palliatifs alors qu'il y avait eu accord préalable multidisciplinaire de ne pas réaliser ce traitement. S'ensuit une dispute entre le cancérologue et l'interne, puis l'interne se retrouve seul face à la famille qui trouve le patient très affaibli et s'interroge. «*E25: Ils ne savaient pas (...) du coup, je n'ai pas dit : « non en fait il a eu une chimiothérapie et je pense qu'il n'était pas en état d'en avoir une », j'ai donc couvert. »*

Le lien hiérarchique existant entre un interne et son senior a de multiples composantes<sup>23</sup> :

- \* le rapport à un senior spécialiste dans les stages hospitaliers tandis que l'interne effectue un DES de médecine générale qui n'est pas reconnu comme une spécialisation par la majorité des médecins hospitaliers.
- \* le possible rapport avec un senior universitaire (praticien en ville ou médecin hospitalier) qui confère au maître de stage une influence supérieure sur l'interne.
- \* le rôle du donneur principal de soins. En effet, pendant le stage chez le praticien en ville, le senior est le médecin traitant et possède par ce biais un rapport hiérarchique supplémentaire vis-à-vis de l'interne.
- \* le rapport de compagnonnage : le senior thésé transmet son savoir à l'interne en formation.
- \* le rapport juridique et réglementaire.

Il est intéressant aussi de constater que l'âge du senior a probablement un rôle dans l'affirmation de l'autorité. Lors des focus groupes, l'argument de la hiérarchie est utilisé par des seniors jeunes ou en milieu de carrière pour convaincre leurs internes, tandis que les internes appliquant les consignes de leurs seniors sans y adhérer justifient leurs prises en charge par la soumission à une hiérarchie uniquement lorsque leur senior est plutôt en fin de carrière (sans que les seniors aient eu besoin de rappeler cette hiérarchie à l'interne).

Dans le récit **G3E13D19**, la situation clinique a été vécue de façon douloureuse par l'interne et a donné lieu à une polémique sur les soins dans le contexte de la fin de vie. Nous avons tenté de comprendre pendant la réunion, pour quelle raison l'interne avait parlé de sa suspicion de phlébite à sa senior. En effet, la patiente est en fin de vie, l'équipe de soins palliatifs a interrompu tous les traitements (diabète, anticoagulation pour ACFA, traitement de l'insuffisance cardiaque...). L'interne a une suspicion de phlébite mais la patiente n'est pas algique. L'interne parle de sa suspicion à sa senior et fait part de son souhait de ne rien faire pour explorer/traiter. Après plusieurs hésitations, la senior décide finalement d'explorer et de traiter. L'interne obéit mais a l'impression, que les soins engendrent un inconfort pour sa patiente et ne le ressent pas bien. Elle en parle plusieurs fois à sa senior y compris lors du décès de la patiente, et la senior admet que l'interne avait raison : « **RM** : « *Si tu en as parlé à ta Chef c'est parce que tu estimais qu'il fallait faire quelque chose ?* **E13** : *Euh non ! Ce n'était pas pour aller dans la cascade d'examens complémentaires. Je voulais avoir un avis par rapport à ça (...) Mais (elle cherche ses mots), c'était juste parce qu'on les voit tout le temps, la Chef les voit à peu près une fois par semaine, elle prend des nouvelles, quand il y a un nouvel événement on lui dit mais ce n'était pas pour aller dans la cascade... (...) J'en parlerai quand-même parce que c'est quand-même se dire "j'ai vu quelque chose, j'en ai fait part", marqué sur le dossier au nez de mon supérieur "à ne pas explorer", les soins palliatifs, c'est multidisciplinaire, toutes les décisions doivent être discutées et prises en groupe, les infirmières doivent être présentes, tout ce tralala a été décidé en groupe (...) Elle m'a demandé si je voulais faire un échodoppler, je lui ai dit "non je n'en ferais pas, on va la faire bouger de son lit, elle va être douloureuse, attendre deux heures sur son brancard en radiologie, elle est en soins palliatifs, elle ne mange plus, on ne peut pas la mettre sous AVK... (...) on est sous la responsabilité de quelqu'un, on essaie d'en discuter et après la personne fait ce qu'elle veut mais on en discute quand-même, on dit ses arguments et pourquoi on n'est pas d'accord mais elle peut faire ce qu'elle veut»*

Ou dans le récit : **G1E5D8 (œdème de Quincke)**, l'interne insiste à plusieurs reprises auprès de son senior pour faire appel à un réanimateur devant un patient présentant un œdème de Quincke résistant au traitement mis en place aux urgences « *Lorsque je reviens le lendemain. J'apprends que le patient a fait par la suite un arrêt cardio respiratoire et qu'il n'a pas pu être réanimé (...) RM : Donc, finalement, si tu te retrouvais dans la même situation... E5 : Et bien peut être que j'insisterais plus pour que le chef vienne rapidement (...) si je demande un*

*avis réa seul, en dehors d'un arrêt cardio respiratoire, le chef ne serait pas ... (...) on pourrait me reprocher...»*

Ce type de situation peut faire évoquer les travaux de Milgram Stanley<sup>24</sup> sur la soumission à l'autorité. L'interne a de forts doutes sur l'intérêt de sa prise en charge pour le patient mais il obéit quand même à son senior qui représente l'autorité. Le cercle vicieux de la responsabilité s'installe alors, c'est-à-dire que l'interne qui a commencé à obéir alors qu'il pense ne pas être bénéfique pour le patient risque de persister dans cette obéissance car désobéir serait admettre qu'il a eu tort d'agir comme il l'a fait précédemment. L'argument systématiquement avancé est alors « *il est le chef, il a la responsabilité* » avec mise en place de stratégies pour se désengager de toutes responsabilités comme, par exemple, la signature de la prescription avec le nom du senior.

Le fait que l'interne soit très respectueux de l'avis de son senior et privilégie des stratégies d'évitement du conflit, ne veut pas forcément dire qu'il n'ait pas d'autonomisation pendant son internat.

**G2E9** : « *C'est-à-dire que je ne suis pas heu...je suis pas d'un tempérament à ... (...) c'est... l'avis de mon chef qui prime parce que... Moi je prescris par délégation, et si heu... si ...Au final... Enfin, au final, c'est heu... c'est son avis qui prime et donc du coup, j'ai jamais eu à le regretter, enfin... La seule chose qui change c'est de demander plus ou moins spontanément l'avis et maintenant je le fais moins, c'est tout, et heu... les désaccords, c'est des désaccords bateau sur des prises en charges. (...)Après ça te permet à toi de chercher pourquoi lui pense ça. Est-ce que j'ai raison ? Est-ce que quelqu'un a raison ? Ca fait poser plus de questions sur soi et sa prise en charge et peut être progresser. »*

Contrairement aux résultats d'une étude portant sur les conflits éthiques entre médecins et membres du personnel d'une maison médicale<sup>25</sup>, le lien hiérarchique entre interne et maître de stage n'aggrave pas le conflit mais au contraire, peut permettre d'interrompre l'escalade de Northrup si ce lien implique la confiance et la loyauté.

Une exception cependant concernant ce que la littérature anglo saxonne décrit comme «Mean, Abusive and Disruptive («MAD») physician»<sup>26</sup> des médecins aux comportements

perturbateurs, arrogants, parfois colériques et agressifs, contrôlent leurs relations interpersonnelles par le biais d'intimidations, de menaces, d'humiliations, de manipulations et autres stratégies coercitives<sup>27</sup>. Trois récits relevant probablement de ce cas de figure ont été recueillis pendant les focus groupe (**G3E16D23** (PL sans hémotase), **G5E23D33** (conflit pendant une garde au SAMU), **G3E14D21** (annulation de bilans aux urgences). Dans ces 3 situations, l'acquisition d'autonomie semble nulle et le conflit s'envenime.

Pour conclure, soulignons que pour de jeunes médecins en formation, prenant des décisions pouvant avoir un impact vital sur la santé des patients dont ils ont la charge, s'autonomiser, se mettre en première ligne, engager sa responsabilité est un processus important. Il est source de beaucoup de doutes, de questionnements, et devrait bénéficier d'une bienveillance confraternelle de la part des seniors.

**G1E1** « *je fais ce qu'il veut faire, mais c'est pas moi qui le fais (...). Demander un examen, un scanner abdominal par exemple, on peut le faire sans l'avis du senior et lui dire après : » ben tiens, j'ai fait cet examen, lui nous dira qu'on a été con s'il n'y avait rien »*, Il faut un peu s'en foutre de la petite réprimande d'en avoir trop fait et aller plus dans le sens du patient et suivre ses idées. Mais comme on est encore en formation, ce que je retiens, c'est qu'on est toujours dans le doute et même quand on est sûr, vu qu'il y a toujours quelqu'un de plus expérimenté que nous et plus qualifié, et bien, qu'on ai tort ou raison, on va l'écouter. (...) On est obligé de... On ne décide pas tout seul, ou alors, on décide ne pas parler du patient au senior et on décide tout seul, mais si on veut faire les choses correctement, on parle du patient au- senior-, et alors on doit respecter sa décision... quitte à demander un deuxième avis après. »

La prise d'autonomie ne se manifeste pas seulement dans le fait de moins demander son avis au senior mais aussi dans l'affirmation de ses convictions dans la pratique médicale.

**G2E8** : *Ben, je suis toujours très restreinte au niveau réanimation. Oui. Encore plus. Non pas encore plus, mais il faut beaucoup plus statuer et prévenir les familles, les patients... RM : Ca t'a conforté en fait ? E8 : Ca m'a conforté oui. (Hésitations) Oui, non, parce que c'est vrai, j'avais jamais vraiment été choqué d'une réanimation abusive ou d'une non réanimation mais là je me suis dit quand même...»*

### **C) Améliorer la résolution des désaccords, prévenir la formation d'un conflit insoluble, un lien avec le professionnalisme ?**

Les différents mode de résolution d'un conflit relaté dans les chapitres C et D n'ont pas permis de mettre en évidence une stratégie particulièrement adaptée au cas du désaccord entre interne et maître de stage. Il existe par contre une relation claire entre l'absence d'argumentation du senior et l'escalade vers le conflit insoluble. (G3E14D21, G5E23D33, G3E16D23, G3E11D20...)

#### **a) Sortir du piège de la soumission à l'autorité comme de la déresponsabilisation de l'interne**

Selon le Manuel d'Éthique Médicale, édition 2005 publié par l'AMM<sup>23</sup>, « *Les enseignants ont, pour ce qui les concernent, l'obligation de traiter leurs étudiants avec respect et de servir d'exemple dans leurs relations avec les patients. Le programme caché ou « hidden curriculum » de l'enseignement médical, c'est-à-dire les règles de comportement affichées par les praticiens, exerce une influence plus forte qu'un programme spécifique d'éthique médicale et, en cas de désaccord entre les exigences éthiques et les attitudes et comportements des professeurs, il est fort probable que les étudiants suivront l'exemple de leurs professeurs (...). Etant donné l'inégalité des pouvoirs entre étudiants et professeurs et, en conséquence, une certaine répugnance des étudiants à contester ou refuser de tels ordres, les professeurs doivent veiller à ne pas demander à leurs étudiants d'agir contrairement aux principes éthiques. Quant aux étudiants en médecine, on attend d'eux qu'ils représentent, en leur qualité de futurs médecins, des règles élevées de comportement éthique. Il est important qu'ils considèrent les autres étudiants comme des collègues et qu'ils soient prêts à apporter de l'aide en cas de besoin, y compris de donner des conseils pour corriger des comportements non professionnels.* »

Toujours selon le manuel d'éthique médicale de l'AMM<sup>23</sup>, « *les conflits doivent être résolus de manière aussi informelle que possible, par exemple, par une négociation directe entre les*

*personnes en désaccord et le recours à des moyens plus formels ne doit être envisagé que lorsque les méthodes informelles se sont avérées infructueuses.*

- les opinions de toutes les parties directement concernées doivent être exprimées et faire l'objet d'une attention particulière;*
- le choix éclairé du patient ou de son représentant légal concernant le traitement doit être la préoccupation première de toute recherche de solution de conflits;*
- lorsque le désaccord concerne les options de traitement proposées au patient, il est généralement préférable d'élargir le choix plutôt que de le resserrer. Si l'un des traitements retenus n'est pas disponible à cause de la limitation des ressources, le patient doit être normalement informé.*
- si, au terme d'efforts raisonnables, un accord ou un compromis ne peut être obtenu, le choix de la personne investie du droit ou de la responsabilité de prendre la décision doit être accepté. En cas de confusion ou de contestation au sujet de la légitimité de cette personne, le recours à une médiation, un arbitrage ou un jugement doit être recherché.*
- La dénonciation d'un collègue aux pouvoirs disciplinaires ne doit normalement être utilisée qu'en dernier ressort, après que toutes les autres solutions aient été essayées en vain dans le cas de médecin dont « la pratique n'est pas éthique ou caractérisée par l'incompétence ou qui ont recours à la fraude et à la tromperie »*

**E8 :** *« On nous considère beaucoup comme interne alors que finalement on est quand même médecin, en première ligne. Ils déchargent une grande partie du travail sur nous et après en retour, ils ne considèrent pas toujours nos décisions, nos examens complémentaires. (...) Nos orientations, nos sorties, nos prises en charge. Donc quand on a un doute, qu'on sait que de toute façon que le chef soit ou pas d'accord, c'est notre chef qui aura entre guillemet le dernier mot, dans le sens où c'est notre chef qui va décider de ce que va devenir le patient et moi ça m'est arrivé de me dire « j'aurais pas fait comme ça mais ok, c'est ta responsabilité, c'est ton nom qui sera affiché dans le dossier. » »*

L'article 56 du Code de déontologie médicale prévoit quant à lui que: *« Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre ».*<sup>28</sup>

Ainsi, il nous semble primordial que dans une situation où l'interne ne peut approuver la décision qui s'impose pour des questions de jugement professionnel ou de moralité personnelle, il puisse interrompre sa participation à la décision, après s'être assuré que la personne qui reçoit les soins n'est l'objet d'aucun préjudice ou abandon.(article 64 du Code de déontologie médicale)<sup>28</sup>. Ceci afin d'éviter qu'une situation comme celle relatée dans le récit **G5E23D33** ne se produise.

A l'inverse, cette décision d'exclusion exceptionnelle des soins par l'interne ne doit pas être prise unilatéralement par les seniors. Elle ne peut en effet avoir aucun effet positif sur la professionnalisation de l'interne, sur la qualité des soins et nie le rôle d'un futur médecin généraliste qui est d'accompagner en toutes circonstances son patient tout au long de sa vie (**G4E20D27, G1E1D7**).

### **b) Réflexions sur l'échange de savoir**

Plusieurs témoignages d'internes, notamment lors de l'évocation de conflits liés à la conviction de l'interne du « non-respect des recommandations de bonne pratique » de son senior, ont mis en évidence une volonté de transmettre des connaissances aux seniors. Ce cas de figure est plus fréquent lors des stages chez le praticien en ville, tandis que lors des stages hospitaliers, les internes ont l'occasion de réaliser des topos devant l'ensemble du service.

**E25** « *Je pense quand-même qu'il y a des praticiens qui en faisant maître de stage veulent être toujours dans le coup, et c'est appréciable* »

La situation est beaucoup plus conflictuelle lorsque le maître de stage considère que l'interne est en contact avec lui uniquement pour se former et que la transmission de savoir ne doit se faire que dans un sens (**G5E21D29, G5E22D30, G5E23D33**).

Le fait que l'interne regrette de ne pas pouvoir apporter sa contribution à l'harmonisation des pratiques est palpable.

« **E7** : *Oui, c'est sûr que ça dépend complètement de ton interlocuteur. Tu vois bien qu'il y a des chefs qui sont très ouverts à la discussion, qui t'écoutent et qui ont limite presque plus confiance en toi en te disant « Toi tu viens de passer l'internat, tu connais plein de chose etc, comment tu ferais ? » et d'autres, heu, d'autres, qui, effectivement, quoi que tu leurs dises, heu, ils ne changeront pas leur- pratique* **E8** : *Moi, mes praticiens connaissaient les*

recommandations pour beaucoup de pathologies mais ils ne les appliquaient pas. **E10** : Pourquoi ? **E8** : Mais ils les connaissaient, ce n'était pas un défaut de connaissance. Parce que, parce que, ce n'est pas dans leur pratique. Ils te disent : « Quand tu consulteras, tu feras ce que tu veux (...) **E1** : Mais moi j'avoue, j'ai du mal à leur dire que c'est pas bien. Enfin, d'essayer de les faire changer d'avis **E10** : Mais ça c'est les habitudes, c'est des gens qui font ça depuis 30 ans. C'est plus difficile de les faire changer d'avis. Nous on est là 6 mois. (...) Bon après, je pense qu'il faut le dire au moins une fois comme ça tu l'as dit. Il écoute, il écoute, enfin il entend ou il ne l'entend pas. Peut-être qu'il peut l'entendre et ça fera « tilt » plus tard dans leur comportement, mais moi je pense qu'il faut le dire. Il faut le dire, même si il n'y a pas de résultat, tant pis. Mais c'est vrai que, après, moi par exemple quand je suis en consult' avec mon prat' qui est un peu vieux (rire), et qui prescrit plein de trucs genre, les gens viennent faire leurs marché, genre une rhinopharyngite, il prescrit plein de trucs : les gouttes dans le nez, le sirop... Au début je disais « Mais pourquoi ? » Et puis finalement je le laisse faire parce que voilà, il est comme ça, il ne m'écoute pas, je l'ai dit une fois, je ne le redis pas à chaque consult', c'est pas possible. »

Il nous semblerait donc judicieux de mettre en place lors du stage chez le praticien, des réunions mensuelles conviant un petit nombre d'internes et leurs maitres de stages respectifs dans un même secteur géographique, pendant lesquelles les internes présenteraient un topo afin de prendre part à la formation médicale continue ainsi qu'à l'harmonisation des pratiques. Il semble par contre important de fournir aux internes qui seraient d'accord pour se prêter à une telle expérience, une information sous la forme d'atelier court, concernant la gestion des conflits dans le milieu médical. C'est du moins ce qui ressort de l'étude « *Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts* » (Marshall, Mannion, Nelson)<sup>29</sup> concernant la diffusion des recommandations de bonnes pratiques dans les centres médicaux de santé au Royaume Uni.

### **c) D'autres outils utiles pour prévenir la formation d'un conflit insoluble**

Selon De Dreu<sup>11</sup>, le conflit relationnel a bien plus de retentissement sur les performances et la satisfaction de l'équipe qu'un désaccord concernant une tâche « task conflict ». Un conflit de tâche isolé, s'il est géré dans un climat de confiance mutuelle, peut même avoir des conséquences positives sur les performances de l'équipe. La baisse de la satisfaction est elle-même en corrélation avec un absentéisme plus important et une diminution des prises d'initiative.

Il est donc nécessaire d'agir :

- Sur la « cascade de Northrup » en limitant le passage de la phase 2 de « distorsion » à la phase 3 de « rigidification ». Selon Jameson<sup>18</sup>, il faut, dans la mesure du possible, prendre le temps de discuter une décision médicale en tête à tête dans un lieu calme où chacun peut poser ses questions, s'exprimer... Définir les points de désaccords, les émotions ressenties et les propositions de compromis en vue d'une collaboration efficace (Cohn)<sup>30</sup>, respecter certaines règles de communication entre les membres de l'équipe (pas de tutoiement d'un côté et de vouvoiement de l'autre, gestuelle, posture, calme...), toujours définir les tâches et rôles de chacun en début de stage. Pendant le stage, il doit être organisé des activités auxquelles l'ensemble des parties doit se rendre sans pouvoir se dérober : staff, déjeuner, revue d'article, participation à des ateliers de gestion de conflits afin de développer les comportements de collaboration qui favoriseront la confiance et de bonnes relations professionnelles en évitant les comportements renforçant les stéréotypes. Une étude aux Etats-Unis («Join the club»)<sup>31</sup> réalisée en 2012 sur la satisfaction des internes de chirurgie en fonction des interactions sociales entre internes et chefs montre que les internes qui ne se « socialisent » pas avec leur chef éprouvent 3 fois plus d'insatisfaction que ceux qui se « socialisent », et que ceux qui ne peuvent pas faire appel à leur chefs éprouvent 5 fois plus d'insatisfaction. Il est enfin très probable que le contexte de fatigue<sup>32</sup> intervienne sur la cascade d'aggravation du conflit, les conflits les plus violents évoqués pendant les focus groupes étant des conflits survenus pendant des gardes de nuit ou dans des services où l'interne notait une charge de travail très importante (**G3E12D18, G3E14D21, G5E23D33**).

- Sur la part relationnelle des conflits entre internes et seniors, en informant les maîtres de stages par des formations spécifiques sur les facteurs que nous avons identifiés comme étant susceptibles d'être perçus par les internes comme une menace à leurs identité.

#### **d) Evaluation des différents types de réponse face au conflit**

Selon Gibson C, Cohen B<sup>33</sup>, les éléments les plus souvent reprochés aux internes par les maîtres de stage sont : la transmission d'informations erronées sur le patient, des défauts d'organisation (tenue du dossier médical...), des défauts de répartition des tâches entre internes et des défauts de communication. Il s'agit avant tout de désaccords sur les rôles et tâches de chacun.

Cependant, il a été constaté pendant les focus groupes une tendance à la négation de la part relationnelle des conflits par les maîtres de stage (cf p 68) Selon les auteurs Studdert<sup>12</sup> et Skjorshammer<sup>13</sup>, la perception même de l'existence d'un conflit dans l'équipe de soins varie considérablement entre personnel infirmier et médecins. Ces derniers sous estiment, en effet, largement les conflits intra équipe en importance et en fréquence par rapport aux infirmières.

Il existe différents types de réponse au conflit<sup>14,27</sup> : La stratégie de l'évitement (le conflit est nié), l'accommodation (on s'adapte aux décisions de l'autre), la compétition et la collaboration (préserver les intérêts des deux parties en trouvant des compromis). (cf annexe 2).

L'évitement a pour avantage de faire diminuer rapidement la tension au stade initial du conflit mais est néfaste à long terme.

Tandis que dans les conflits relatés par les internes, la réaction prédominante des seniors est l'évitement, on retrouve chez les internes les 4 types de réactions possibles de façon équilibrée.

Dans la réaction par compétition, le but de l'interne est d'avoir raison et de sortir gagnant du conflit. Ce type de réaction peut être utile si le but est de défendre à tout pris ses intérêts, mais à terme, ce type de réaction est néfaste pour l'esprit d'équipe et la cohésion du groupe. En pratique, l'interne va très souvent faire appel à un autre senior pour appuyer son point de vue. Ce type de réaction a donné lieu à des débats entre internes pendant les focus groupes.

L'interne **E17**, qui vient d'être nommé senior dans un service d'urgence, réagit par rapport à l'attitude consistant pour un interne à demander un avis à un autre chef pour tenter de trouver une solution au désaccord. Il y a alors déclenchement d'une polémique autour du désaccord **G4E18D26 (consultation de gériatrie à la place du senior)**

**E17** : « au lieu de revenir à la charge auprès de lui, tu es allé dans son dos voir d'autres chefs, le truc qu'il ne faut jamais faire ! Ça arrive souvent en plus, un interne n'est pas d'accord avec un chef, ce qu'il fait c'est d'aller voir un autre chef, il ne faut jamais faire ça, si il l'apprend tu es encore plus embêté. (...) Maintenant que je suis à la place du chef potentiel je sais pourquoi. A l'époque, je me disais simplement que j'allais l'énerver et qu'il allait m'en vouloir. Mais c'est vrai, si MOI, j'étais chef en désaccord avec un interne qui va voir un autre chef, je le prendrais vraiment très mal ! Premièrement, il ne me fait pas confiance, deuxièmement, il fait plus confiance à l'autre à côté donc il mésestime mon travail et mes compétences, et en plus effectivement, il essaye de m'évincer de mon patient parce que c'est quand-même son patient de base. (...) Toi t'étais poussé par un but louable c'est-à-dire "le patient avant tout, avant ma carrière", ce qui est très courageux de ta part mais je pense que la forme n'est pas bonne. (...) Une solution, tu proposes de staffer le patient, et là tu auras plusieurs interlocuteurs. (...) il va écouter tous les arguments de tous les médecins avant de prendre sa décision, il serait peut-être plus réceptif à ce moment. Il dit bien "il n'était pas prêt pour m'écouter, il m'a donné un argument bidon". (...) au moins ça ne se fait pas dans le dos et tu n'as pas l'approche de dire : "je sais mieux que toi" (...) En fait ce qui est important c'est qu'au final il y ait un consensus, on prend la décision ensemble, ce n'est pas un qui impose son avis vis à vis de l'autre. Si un interne va voir un chef, l'autre chef est mal à l'aise même s'il est d'accord, il va être obligé de passer au-dessus du premier chef et ça crée des conflits dans le Service et une mauvaise ambiance, c'est ce qu'il faut éviter à tout prix. (...) Parce que un interne va voir un deuxième chef en disant "tu as vu ça ? je ne suis pas d'accord, qu'est-ce que t'en penses ?" L'autre est mal à l'aise, se dit "l'interne à raison, je vais m'approprier le patient de mon confrère, je vais lui dire qu'il a tort". (...) Souvent on est motivé par le fait qu'on est sûr d'avoir raison sur la bonne prise en charge du patient, et ce sont de bonnes intentions, ça part toujours de bonnes intentions mais je trouve ça très compliqué. »

Ce qui a été répondu à **E17** : 3 objections principales :

La première concernant le fait que la démarche est justifiée lorsque le senior n'est pas au courant que l'interne a demandé un deuxième avis.

**E18** : « je l'avais appelé en premier car c'était son patient et sur sa consultation. En fait, il ne fait jamais de visite, il ne fait jamais rien, il n'est pas du tout présent. En fait c'est un chef de pôle, mais c'est son Service, c'est le Professeur du Service mais il ne sait pas du tout ce qu'il s'y passe. Il ne s'occupe pas des entrées, il ne sait pas du tout. (...) Il n'est pas au courant de ses patients »

La seconde est un certain pragmatisme, concernant le rôle de l'interne :

**E19**: « dans l'unité du troisième chef, il y avait finalement de la place et il a été d'accord pour le prendre dans son unité. Finalement, on pourrait dire qu'**E18** a fait son travail d'interne et qu'il a débloqué une situation d'organisation. »

Enfin la troisième justifie cette attitude si elle est réalisée avec tact :

**E18** : « je pense qu'il est possible de demander un deuxième avis mais il ne faut pas dire que l'autre chef a dit ça, il faut le présenter différemment, il faut dire "je pense qu'il faut plutôt faire comme ça "qu'en penses-tu ? J'ai eu d'autres avis, mais je ne sais pas trop". Enfin je pense que c'est faisable. »

La présentation du désaccord en staff médical peut être une tentative de sortie du conflit par la voie de la « collaboration ».

Dans le focus groupe 4, l'interne **E17** défend cette attitude mais n'a pas l'adhésion de tous les internes : « Essayer de ramener le débat sur la table. Faire que ce soit un débat et pas un médecin contre un autre. **E18** : Ça peut être dangereux lors d'un staff de dire devant tout le monde (...) **E17** : Il faut que ce soit diplomatique, il faut qu'il y ait un débat. Cela dépend aussi des gens, si tu sens que les deux s'aiment bien, qu'elles ne vont pas rentrer en conflit, tu peux en parler. Je veux dire que cela ne doit pas se faire dans le dos. **E18** : Pas dans le dos ! Mais le problème est que quand on en a déjà parlé une fois et qu'il y a eu un blocage sur la situation, que l'on a posé la question au chef et qu'il a dit non, on ne peut pas la reposer en staff même si c'est un staff parce que cela veut dire je désavoue mon chef et je veux l'avis de tout le monde. Par contre si on sent que cela va être litigieux, mais ça c'est un peu à l'expérience, on peut s'en passer (...). **E20** : Alors ne pas poser la question au chef avant mais directement à l'Equipe. **E19** : Ne pas poser la question au chef et se dire "tiens j'ai pensé à ça" et passer directement en staff, c'est moins vécu comme "je ne suis pas d'accord avec toi, je

*te contredis et je veux l'avis de l'Equipe". E17 : Il faut dire enfin je pense : "mon avis est" (...) Il ne faut pas dire "lui a dit ça, je ne suis pas d'accord "...(...) C'est là que c'est difficile et qu'il faut avoir l'expérience pour s'affirmer, quand on est interne, on ne sait pas faire ça. Il n'aura pas l'impression d'être attaqué si tu dis "moi je me pose des questions là-dessus". Quand je dis, il faut essayer d'être sournois, si on est direct, si on est brutal ça ne passe pas. Alors que si tu avances ton idée personnelle, que tu la mets en staff ou sur la table en demandant ce que l'on en pense, il ne pourra pas dire que tu l'as désavoué. Tu avances ce que tu penses toi, après les autres réagissent ou non. C'est une façon de faire, je ne dis pas que c'est la bonne, et comme je disais ça dépend de la situation, si c'est une situation aiguë et que tu veux vraiment faire quelque chose tout de suite, tu ne peux pas. (...) Je pense que je le prendrais bien en étant chef ou vous si vous étiez médecin installé, que quelqu'un dise "moi je pense ça" (...) cela fera peut-être débat, il y en aura qui te soutiendront, en tout cas tu auras le sentiment qu'on en reparle et que dans ce cas-là l'autre personne ne le prendra pas si mal (...) moi si on me disait "je ne suis pas d'accord avec ce que tu fais, je vais voir le chef d'à côté", ça clachera (...) j'écouterai tous les arguments. Mais ça dépend des susceptibilités »*

Quoi qu'il en soit, la réponse par la « compétition » est dangereuse car il n'y a pas de limite pour arriver à ses fins : « **E19** : Dans des cas de blocage, il y a une autre solution qui est un petit peu plus risquée pour la crédibilité face au patient et qui marche aussi en ville d'ailleurs où il n'y a pas de staff possible, quand on n'est pas d'accord avec son spécialiste ou avec son chef quand on est niveau 1 ou 2, c'est en fait de laisser la porte ouverte au patient, si j'ose dire lui insinuer un tout petit peu de doute de manière à ce que ce soit lui qui remette la question sur la table. Dans ce cas-là, la démarche est complètement différente, on peut être un grand ponton, si le patient reconsulte, revient à la charge et repose l'interrogation, le deuxième passage n'a pas le même effet. Ce sera vrai aussi pour l'avis d'un spécialiste ou pour l'avis d'un chef quand on est niveau 1 ou 2.»(...) on peut perdre à ce moment-là la crédibilité ou la confiance du patient vis à vis d'un spécialiste ou vis à vis de soi-même.

## **D) Prendre en charge le « malaise » qui peut survenir à l'issue de ces conflits**

Il est clair que nous avons recueilli, au cours de ces 5 focus groupes, bien plus de conflits que de simples désaccords. La charge émotionnelle véhiculée par ces conflits aidant au souvenir des internes. Ces désaccords n'auront sans doute pas été anodins dans la carrière des futurs médecins. Il y a ainsi plusieurs cas d'orientation professionnelle consécutive au désaccord. Ceci dans un contexte, où la présentation du sujet du focus groupe laissait une grande liberté aux internes dans le choix du désaccord relaté pendant la réunion. Il a été en effet précisé que la situation de désaccord pouvait même être un désaccord ressenti mais non exprimé par l'interne à son senior

Merton<sup>34</sup> a décrit ainsi l'apprentissage de la médecine " *permettre aux étudiants d'apprendre comment gérer des normes et des valeurs incompatibles ou potentiellement incompatibles en un ensemble cohérent et fonctionnel*". Il définit ces normes et valeurs comme les exigences concernant le rôle de médecin en termes d'image de soi (par exemple, les médecins doivent avoir un sens de l'autonomie et prendre le fardeau de la responsabilité, mais l'autonomie doit être couplée avec un sens de l'humilité et ne pas donner lieu à une quelconque complaisance), en termes de relations avec les patients (par exemple, ils ne doivent pas trop s'identifier aux patients, mais doivent néanmoins éviter de devenir insensibles), et en termes de relations avec les confrères (par exemple, ils doivent collaborer avec une équipe multidisciplinaire, et pourtant prendre la responsabilité finale des décisions prises concernant leurs patients)

Cet apprentissage est informel voire implicite et se fait dans le cadre du « hidden curriculum »

Selon Baldwin<sup>32</sup>, lors d'une étude portant sur 6.106 internes américains, toutes spécialités confondues, il y a clairement association entre les conflits au sein de l'équipe soignante (maître de stage, autres médecins associés aux soins, infirmières, paramédicaux) et erreurs médicales.

De même, dans son étude portant sur la qualité de vie des internes, Randall<sup>35</sup>, retrouve une corrélation forte entre conflits dans l'équipe de soins et insatisfaction professionnelle.

Nous avons vu que les désaccords internes/maîtres de stage sont une étape obligatoire du cursus caché de l'interne. Nous avons déterminé quelques hypothèses qui pourraient permettre de diminuer la charge émotionnelle véhiculée par ces épisodes afin de réduire l'insatisfaction des internes :

- L'argumentation, la discussion doivent être utilisées prioritairement par chacune des parties afin de convaincre l'autre. En effet, le maître de stage, souhaitant non seulement assurer des soins de qualité à ses patients, mais également partager davantage son savoir et son expérience à son interne, doit être conscient que la soumission à une hiérarchie est un très mauvais moyen de diffusion des connaissances et des pratiques dans le milieu médical<sup>29</sup>. Ainsi, l'effet peut être satisfaisant pour le maître de stage sur le conflit à court terme, on l'a vu, avec une interruption de la cascade de Northrup, mais le résultat à long terme, sur l'autonomisation et la formation de l'interne risque fort, d'être décevant.
- La transformation d'un désaccord simple en conflit est très souvent l'expression d'un mode de supervision inadapté de l'interne<sup>36</sup>. Si les conflits se répètent il peut être utile de modifier certains éléments de l'organisation du cabinet/service hospitalier.
- Encourager les comportements de l'interne traduisant une responsabilisation. Eviter les discours-type « *plus tard, tu feras comme tu veux, mais ici tu fais comme je te dis* » qui déresponsabilisent l'interne sur le court terme puisqu'il devient simple exécutant d'un ordre, sans lui apporter de réponses concernant sa pratique future.
- il est bien connu que les médecins en formation acquièrent leur savoir-être et calquent leurs comportements sur ceux de leurs aînés<sup>37</sup>. Ces derniers, étant donné leur statut de modèle, ont donc une responsabilité et un rôle clé dans l'acquisition du professionnalisme<sup>38</sup>

Le but reste d'inciter l'interne à exprimer ses désaccords sans pour autant que ceux-ci ne se transforment en conflits.

Dans cette perspective, nous proposons un sujet de thèse complémentaire afin de déterminer l'intérêt d'une formation à la gestion des conflits à destination des internes et maîtres de stage.

Il s'agirait d'une étude quantitative, comparative au sein de 2 groupes de 2 services hospitaliers (1 service urgence, 1 service de médecine polyvalente) et 5 internes en stages chez le praticien en ville ainsi que leurs maîtres de stage.

Il serait remis, en début de stage, aux internes et maîtres de stage inclus dans l'étude, des questionnaires type intitulés « *survenue d'un désaccord entre interne et senior* ».

Ces questionnaires devraient être remplis au fur et à mesure par les internes et seniors et collectés régulièrement.

Dans l'un des groupes, les membres bénéficieraient de 20 min de formation chaque mois sur la gestion de désaccords dans des situations bien précises et des objectifs clairement établis, selon les recommandations de Kaufman<sup>39</sup> L'autre groupe serait un groupe témoin.

Les critères d'évaluation principaux seraient la satisfaction des internes et maîtres de stage ainsi que l'acquisition du professionnalisme des internes qu'il s'agirait de définir préalablement et en fin de travail.

## CONCLUSION

Le conflit dans le milieu professionnel a fait l'objet de nombreuses études. Il existe un consensus affirmant que ces conflits, quelles que soient leurs causes, ont un impact négatif sur la satisfaction et les performances des membres d'une équipe de travail. Dans cette optique, de nombreux outils (formations, technique comportementales...) ont été mis au point afin de diminuer la fréquence et les conséquences de ces conflits.

Notre travail démontre que ces outils doivent être adaptés à la relation interne-maître de stage, afin que l'expression réfléchie et constructive d'un désaccord par un interne soit un élément positif dans son hidden curriculum<sup>33,40</sup>. En effet, ces désaccords, voire ces conflits, jouent un rôle dans l'autonomisation des internes et leur acquisition d'une sensibilité, d'une éthique nécessaire à leur professionnalisme.

La relation maître de stage-interne est une relation complexe qui, par certains aspects, relève d'un véritable compagnonnage. Le senior transmet à son « disciple » la maîtrise d'une technique ainsi que des valeurs, voire des vertus<sup>41</sup>, il s'agit bien plus de la transmission d'un art que d'une science. Chez Aristote, cela correspondait à deux enseignements : l'enseignement exotérique, qui est celui de la pratique, et l'enseignement ésotérique, celui de la pratique en vue des fins. Cette tradition de l'enseignement de la médecine ne doit pas souffrir de la technicisation à outrance, et un maître de stage n'en est véritablement un que dans la mesure où il contribue à libérer son interne de sa tutelle. C'est cette technicisation qui peut inciter un maître de stage à vouloir former un interne le plus performant possible en oubliant que l'interne ne sera pas interne toute sa vie. *“The goal of residency training should not be only to develop their competence to care for patients in the hospital today, but to develop the capability to care for their patients of tomorrow.”* (Baldwin, DeWitt, Daugherty)<sup>36</sup>. Cette constatation est particulièrement pertinente dans un internat de médecine générale, l'interne se destinant à devenir un médecin de famille, capable d'apprécier le patient dans sa globalité tout au long de sa vie.

Le conflit peut être considéré comme une sorte de répétition du « mythe freudien » : l'interne doit tuer (symboliquement) son maître, afin d'embrasser pleinement la médecine au risque de demeurer interne.

Notre travail a consisté à appréhender les émotions et surtout, les évolutions des internes lors de ces désaccords/conflits avec leurs maîtres de stage en s'efforçant d'analyser les situations

de la manière la plus objective possible. Il contribuera, nous l'espérons, à élaborer et mettre en œuvre des formations et des dispositifs spécifiques pour les internes comme pour les maîtres de stage, dont le but ne sera pas de prévenir les désaccords ou de les aseptiser, mais d'aider les maître de stage dans leur travail d'autonomisation des internes.

Ces formations sont d'autant plus nécessaires que le maître de stage, lors d'un désaccord avec son interne, doit trouver un équilibre entre la sécurité des patients, l'affirmation de son autorité, l'autonomisation de son interne, et, à terme, son émancipation. Notre travail a permis de démontrer que de telles formations n'auront un intérêt que si elles abordent de manière spécifique des thèmes tels que : la fin de vie, l'aspect économique à l'hôpital et chez le praticien en ville, les modes de résolution d'un conflit entre interne et senior, la redéfinition du rôle de l'interne aux urgences et chez le praticien en ville ainsi que l'harmonisation des pratiques ville-hôpital.

*« J'ai l'impression qu'avec le temps, c'est plus une série d'évènements, de conflits, de discordances qui font que... Eux, ils ont leurs pratiques, ils ont leurs vécus, qu'on ne pourra pas remplacer. Toi t'arrives avec ta petite jeunesse, tes petites théories, t'acquiert une petite pratique, une petite expérience, et finalement après tu te dis, après des évènements où t'a été en discordance : « et bien finalement je me fie à ce que je sais, à ce que je pense, à mon intuition » et là, tu feras tes propres prises en charge... »*

## BIBLIOGRAPHIE

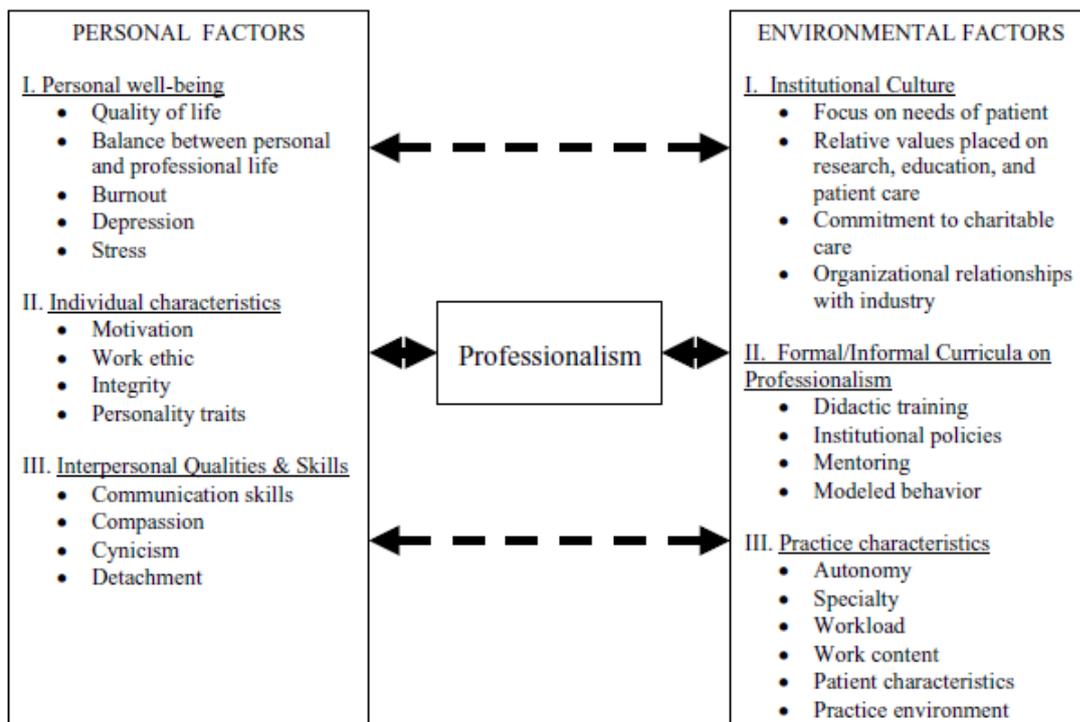
1. Dorotta I, Staszak J, Takla A, Tetzlaff JE. *Teaching and evaluating professionalism for anesthesiology residents*. J Clin Anesth 2006;18:148-60
2. Baldwin D C, Jr, Daugherty S R, Rowley B D. *Unethical and unprofessional conduct observed by residents during their first year of training*. Acad Med 1998. 73:1195–1200.
3. Colin P West\* and Tait D Shanafelt. *The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education* BMC Medical Education 2007, 7:29 doi:10.1186/1472-6920-7-29
4. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RW: *Young doctors' health – I: How do working conditions affect attitudes, health, and performance?* Soc Sci Med 1997, 45:35-40.
5. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, Magee M: *An empirical study of decline in empathy in medical school*. Med Educ 2004, 38:934-941.
6. Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L: *Stress in medical residency: status quo after a decade of reform?* Ann Intern Med 2002, 136:384-390.
7. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, Sloan J: *Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents*. J Gen Intern Med 2005, 20:559-564.
8. Bellini LM, Baime M, Shea JA: *Variation of mood and empathy during internship*. JAMA 2002, 287:3143-3146.
9. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cook EF, Brennan TA: *Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction?* J Gen Intern Med 2000, 15:122-128.
10. Swick HM: *Toward a normative definition of medical professionalism*. Acad Med 2000, 75:612-616.
11. De Dreu CK, Weingart LR. *Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: a meta-analysis*. J Appl Psychol 2003;88:741-9
12. Studdert DM, Mello MM, Burns JP et al. *Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors*. Intensive Care Med 2003;29:1489-97
13. Skjorshammer M. *Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts*. J Interprof Care 2001;15:7-18

14. Saltman DC, O'Dea NA, Kidd MR. *Conflict management: a primer for doctors in training*. Postgrad Med J 2006;82:9-12
15. **Picker B. American Bar Association. Section of dispute resolution mediation practice guide: a handbook for resolving business disputes. 2nd ed. Washington, DC: American Bar Association Section of Dispute Resolution, 2003.**
16. Galam E. *Assumer une critique pour mieux la surmonter*. Rev du Prat Med Gen, 2006 oct 10, Numéro 744-745
17. Northrup, T. A. *The dynamic of identity in personal and social conflict*. In L. Kriesberg, T. A. Northrup, and S. J. Thorson (Eds.), *Intractable conflicts and their transformation* (p55-82). Syracuse, NY: Syracuse University Press. 1989.
18. Jameson JK. *Transcending intractable conflict in health care: an exploratory study of communication and conflict management among anesthesia providers*. J Health Commun 2003;8:563-81
19. Marcus, L. J. *Renegotiating health care: Resolving conflict to build collaboration*. San Francisco: Jossey Bass. (1995).
20. Paul J Kim, *The Attending-Resident Relationship*, Guest Editorial, Residency Insight (RI 47), 05/14/2009
21. Philippe d'Iribarne « *Médecin, un métier entièrement à part* » 2013 (en ligne) [http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/divers\\_institutions/medecin\\_mettier.html](http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/divers_institutions/medecin_mettier.html) Panorama du médecin n°5021 (2006)
22. *Le Serment d'Hippocrate* (en ligne) <http://www.chu-rouen.fr/ssf/art/sermenthippocrate.html> (2013)
23. *Manuel d'éthique médicale*, chapitre 4. Edition 2005, World Medical Association
24. Milgram Stanley. *Soumission à l'autorité*. Source wikipedia 2013 (en ligne) [http://fr.wikipedia.org/wiki/Stanley\\_Milgram](http://fr.wikipedia.org/wiki/Stanley_Milgram)
25. Rosenbaum J R, Bradley E H, Holmboe E S. et al *Sources of ethical conflict in medical house staff training: a qualitative study*. Am J Med 2004. 116:402–407.
26. Piper LE. *Addressing the phenomenon of disruptive physician behavior*. Health Care Manag (Frederick) 2003;22:335-9
27. Georges L. Savoldelli. *Résolution de conflits au bloc opératoire*, MAPAR 2008 494-500
28. *Code de déontologie médicale* (en ligne). 2013. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915>

29. Martin N Marshall, Russell Mannion, Elizabeth Nelson, Huw T O Davies. *Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts*. BMJ. 2003 September 13; 327(7415): 599–602. doi: 10.1136/bmj.327.7415.5992003
30. Kenneth H. Cohn *A Practicing Surgeon Dissects Issues in Physician-Hospital Relations* Journal of Health care Management 54 : 1 January /February 2009
31. Michael C. Sullivan, MD; Emily M. Bucholz, MPH; Heather Yeo, MD; “Join the Club” *Effect of Resident and Attending Social Interactions on Overall Satisfaction Among 4390 General Surgery Residents*, Archives of Surgery. May 2012 (Arch Surg. 2012 May;147(5):408-14. doi: 10.1001/archsurg.2012.27.)
32. Baldwin DC Jr, Daugherty SR. *Interprofessional conflict and medical errors: results of a national multi-specialty survey of hospital residents in the US*. Source, Accreditation Council for Graduate Medical Education, Chicago, IL 60610, USA. PMID:19012138 [PubMed - indexed for MEDLINE] J Interprof Care. 2008 Dec;22(6):573-86.
33. Gibson C, Cohen B. *Virtual teams that work creating conditions for virtual team effectiveness*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.
34. Merton RK. *Sociological Ambivalence and Other Essays*. New-York: Free Press, 1976.
35. Randall C S, Bergus G R, Schlechte J A. et al *Factors associated with primary care residents' satisfaction with their training*. Fam Med 1997. 29:730–735.735.
36. DeWitt C. Baldwin Jr., MD Steven R. Daugherty, PhD Patrick M. Ryan, MD *How Residents View Their Clinical Supervision: A Reanalysis of Classic National Survey Data* Journal of graduate medical education 03/2010; 2(1):37-45. DOI:10.4300/JGME-D-09-00081.1
37. D'Eon M, Lear N, Turner M, Jones C. *Perils of the hidden curriculum revisited*. Med Teach 2007;29:295-6
38. Goldstein EA, Maestas RR, Fryer-Edwards K et al. *Professionalism in medical education: an institutional challenge*. Acad Med 2006;81:871-6
39. Jeffery Kaufman. *Conflict Management Education in Medicine: Considerations for Curriculum Designers* Online Journal of Workforce Education and Development Volume V, Issue 1 – Spring 2011
40. Lempp H, Seale C. *The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching*. BMJ. 2004;329:770–3
41. Compagnonnage et médecine Pierre Opinel DU « Ethique et pratiques médicales » 2003 Faculté de Marseille. Resp. : Pr Rauch Carmen

# ANNEXE

## ANNEXE 1 (référence 3)



## ANNEXE 2 (référence 27)

### Différents types de réponse aux conflits

Type de réponse	Description	Avantages	Inconvénients
Évitement	L'existence même du conflit est niée, il est esquivé, évité.	Rapide et utile aux stades précoces lors de tensions importantes.	Inutile voir néfaste à long terme, risque de voir le conflit s'enliser.
Accommodation	On s'adapte aux désirs et aux préférences de l'autre.	Rapide et utile aux stades précoces ou lorsque l'enjeu n'est pas important pour soi.	Intérêts propres non satisfaits. Risque de paraître faible ou manipulable.
Compétition	Le but est d'avoir raison et de sortir gagnant du conflit.	Utile si ressources limitées et si le but est de défendre à tout prix ses intérêts.	Néfaste pour l'esprit d'équipe et la cohésion du groupe.
Collaboration	Le but est de préserver les intérêts des deux parties en trouvant des solutions/compromis.	Utile pour satisfaire toutes les parties et renforcer la cohésion du groupe à long terme	Nécessite du temps et des ressources. Utilité limitée si confiance rompue.

# FICHE DE THESE

*Etudiant:* Multon Romain

*Tuteur:* Mazars Thierry

*Directeur de thèse:* Galam

*date de soumission du projet* 31/08/2011

*Date de la décision* **06/10/2011**

*Décision de la commission* **agrée**

*Observations de la commission* **Sujet très original**

**Nous aimons bien ce projet qui vise à aller de la pédagogie par l'humiliation vers la pédagogie par la collaboration et la réflexion.**

*Thème*

Situations de désaccords entre internes de médecine générale et seniors concernant la prise en charge médicale de patient: analyses et enseignements.

*Justification*

Des désaccords voire des conflits peuvent survenir entre acteurs médicaux impliqués dans la prise en charge d'un même patient. Ils peuvent influencer sur la qualité des soins et retentir sur la sérénité des soignants.

La formation de jeunes médecins implique nécessairement un entraînement progressif à la prise de décision autonome et indépendante concernant la stratégie diagnostique ou thérapeutique des patients. Ce début d'autonomisation des jeunes médecins traduit l'entrée dans la profession et se situe entre la conformité aux enseignements et la libre décision. Le « cursus caché », hidden curriculum (1) n'implique-t-il pas aussi la soumission à la hiérarchie ? La recommandation numéro 9 de l'ouvrage de Brami et Amalberti (2) n'incite-t-elle pas à « ne pas hésiter à contredire les affirmations d'un médecin en situation hiérarchique forte » ? Dans le même temps, le fait d'assumer la critique fait partie des compétences du médecin (3) Enfin les conflits interpersonnels entre soignants peuvent retentir sur la qualité des soins (4). Ces éventuels désaccords auront probablement une incidence sur les relations de ces futurs médecins avec leurs confrères. Afin d'en explorer les problématiques et si possible d'en améliorer la résolution, nous étudierons le vécu de plusieurs internes de médecine générale de l'Université Paris 7 et celui de certains de leurs maîtres de stages, dans différentes situations conflictuelles...

*Objectifs Hypothèse Question Méthode*

Réalisation de

1) 4 focus groupes réunissant 4 à 8 internes de médecine générale de l'université Paris 7 sur différents terrains de stage : Internes en stage ambulatoire, internes en première année de DES, internes en dernière année de DES, internes de différents semestres.

2) plusieurs entretiens individuels avec des maîtres de stage hospitaliers ou médecins généralistes.

Enregistrement, transcription et analyse qualitative de ces réunions/entretiens

Guide d'entretien semi directif :

Rapportez une situation précise où vous avez été en désaccord avec l'un de vos médecins référents sur la prise en charge d'un patient : description, vécu, gestion, conséquences...

**Le thésard s'efforcera ensuite de déterminer :**

- Les causes les plus fréquentes de désaccords sur la prise en charge d'un patient entre internes et seniors selon les terrains de stage.
- Le comportement des internes face à ces situations selon l'ancienneté de l'interne : soumission, recours éventuel au « n+2 » dans la hiérarchie, colère, motivations de se lancer dans le conflit, existence de précédents...
- Le comportement des maitres de stage : Colère, projet pédagogique, maintien de la prise en charge dans le cadre d'une hiérarchie hospitalière, anciens conflits...
- Les conséquences sur la prise en charge des patients.
- Avec le recul : « Et finalement, qui avait raison ? »

### *Références*

- Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ*. 2004;329:770-3
- Brami J et Amalberti R Brami J, Amalberti R. La sécurité du patient en médecine générale. Springer 2009.
- Baldwin DC Jr, Daugherty SR . Conflits interprofessionnels et erreurs médicales. *Med Educ*. 2008 May;42(5):449-51
- Galam E. Assumer une critique pour mieux la surmonter. *Rev du Prat Med Gen*, 2006 oct 10, Numéro 744-745