



HAL
open science

Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. Études quantitative et qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris V

Marie Juillard

► To cite this version:

Marie Juillard. Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. Études quantitative et qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris V. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01152535

HAL Id: dumas-01152535

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01152535>

Submitted on 18 May 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N°10

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Savoir dire non à bon escient :
Vécu des internes en Médecine Générale
Etudes quantitative et qualitative auprès des internes
de Médecine Générale de Paris V

Présentée et soutenue publiquement
le 12 février 2015

Par

JUILLARD, Marie

Née le 7 novembre 1985 à Lons-le-Saunier (39)

Dirigée par M. Le Docteur Bloedé, François

Jury :

M. Le Professeur Cornet, Philippe Président

M. Le Docteur Galam, Éric Membre

Mme Le Docteur Zysman, Claire Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

- **Au Président de Jury :**

Monsieur le Professeur Philippe CORNET,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance pour le temps que vous m'accordez.

- **Aux membres du Jury :**

Monsieur le Docteur François BLOEDÉ,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, dont l'idée vous revient. Votre accompagnement dans ce travail a été précieux. Pour le temps que vous m'avez accordé tout au long de ce projet, pour votre disponibilité et vos conseils judicieux, je vous suis profondément reconnaissante. Je suis très honorée que vous acceptiez de juger ce travail.

Monsieur le Docteur Eric GALAM,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et du temps que vous m'accordez. Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Docteur Claire ZYSMAN,

De notre rencontre au séminaire « Savoir dire non à bon escient » est née une collaboration riche en échanges. Pour ta confiance et tes conseils avisés, je te suis très reconnaissante. Sois assurée de mon profond respect. C'est un grand honneur que tu acceptes de juger ce travail.

Un grand merci à **tous les internes** qui ont participé à ce projet !

Aux **internes ayant participé aux focus groups**,

Je vous témoigne ici et à nouveau ma sincère reconnaissance pour le temps que vous m'avez accordé et la richesse de vos échanges.

Ca a été un réel grand plaisir de vous écouter. J'espère avoir réussi à en saisir toute la complexité et la diversité.

Merci aux **enseignants**,

Qui m'ont permis d'intervenir pendant leurs cours pour présenter mon projet.

Il semblerait que vous ayez été sensibles à ce thème.

Je vous suis reconnaissante de votre aide.

A Christophe,

Ce travail n'aurait pas été possible sans ton soutien et ta compréhension. Un grand merci pour ta patience et ton écoute sans faille. J'espère t'accompagner aussi bien lorsqu'à ton tour, tu retourneras à l'école !

Que notre route soit longue et belle, aussi belle qu'elle l'a été jusqu'à ce jour.

A Pauline,

Merci, merci pour tes précieux conseils d'experte !

Ton exigence et ton assurance sont un modèle pour moi.

Qui aurait cru il y a vingt ans que nous nous retrouverions ici aujourd'hui ? Que la vie ne nous éloigne jamais trop longtemps l'une de l'autre.

A Maïa,

Merci pour le temps que tu m'as permis de libérer pour ce travail. Merci pour la joie et l'énergie qui se dégagent à ton contact. Quelle chance nous avons de t'avoir près de nous !

A mes parents,

Un grand merci à vous deux pour votre confiance et vos encouragements depuis toujours.

Votre exigence du bonheur et votre courage sans limite me donnent l'élan pour avancer. Vous êtes mon socle.

J'espère que nos projets respectifs nous rapprocheront bientôt les uns des autres.

A mes anciens co-internes (Antonin, Jean, Victoire, Céline, Stéphanie, Typhaine, Odile, Claire, Charlotte, Adèle, Anne-So, Chantal et Aude)

Un grand merci pour les bons moments (et les galères) partagés ! Comment aurais-je pu tenir sans vous durant ces années ?

A Victoire,

Merci pour ta douceur, tes bons conseils et ton soutien. Quelle chance de t'avoir rencontré ! Que notre amitié se poursuive encore longtemps.

Mon Titouan,

Ce travail a vu le jour et grandi avec toi. Le voilà terminé, me voici tout à toi !

Comment aurait-on pu imaginer que tu transformes notre vie à ce point ? Ta joie de vivre et ta tendresse sont un cadeau que tu renouvelles chaque jour. J'espère que nous saurons t'apporter autant de bonheur que tu le fais.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

EBM : Evidence Based Medecine

HAS : Haute Autorité de la Santé

HTA : HyperTension Artérielle

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

TDR : Test de Diagnostic Rapide

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
TABLE DES MATIÈRES	6
LISTE DES FIGURES	9
INTRODUCTION	11
1. <i>Contexte</i>	12
1.1. Consommation médicamenteuse en France et en Europe	12
1.2. Dépenses de santé et déficit de la Sécurité Sociale	13
1.3. Représentations du médicament et de l'ordonnance	14
1.4. Déterminants de la prescription médicale	15
1.5. Déprescription	17
1.6. Surmédicalisation et prévention quaternaire	17
1.7. Demandes non fondées des patients	18
1.8. Judiciarisation de la médecine et burn-out	19
2. <i>Question de recherche</i>	20
3. <i>Hypothèses de recherche</i>	20
4. <i>Objectifs de l'étude</i>	20
MATÉRIEL ET MÉTHODE	21
1. <i>Recherche bibliographique</i>	21
1.1. Bases de données	21
1.2. Mots clés	21
2. <i>Choix de la méthode</i>	22
2.1. Choix de la population étudiée	22
2.2. Etudes quantitative et qualitative	22
2.3. Méthode du focus group	23
2.3.1. Présentation	23
2.3.2. Avantages et limites	23
2.3.3. Participants	23
2.3.4. Guide d'entretien	23
2.3.5. Déroulement de la séance	24
2.3.6. Analyse des données	24
3. <i>Etude quantitative : les questionnaires</i>	25
3.1. Population étudiée	25
3.2. Elaboration du questionnaire	25
3.3. Déroulement de l'étude	25
3.4. Recueil et analyse des données	26
4. <i>Etude qualitative : les focus groups</i>	26
4.1. Population étudiée	26
4.2. Elaboration du guide d'entretien	27
4.3. Déroulement de l'étude	28
4.4. Recueil, anonymisation et analyse des données	28

RÉSULTATS	29
1. <i>Etude quantitative : les questionnaires</i>	29
1.1. Caractéristiques des participants	29
1.2. Comparaison entre pratiques ambulatoire et hospitalière	30
1.3. Situations et/ou patients plus difficiles	32
1.4. Ressenti des internes face au non	33
1.5. Formation reçue	34
1.6. Comparaison des données en fonction de l'âge et du sexe	35
1.7. Comparaison des données en fonction des stages	35
2. <i>Etude qualitative : les focus groups</i>	36
2.1. Caractéristiques des groupes	36
2.1.1. Focus Group n°1 [A, B, C, D, E, F].....	36
2.1.2. Focus Group n°2 [G, H, I, J, K, L]	37
2.1.3. Focus Group n°3 [N, O, P, Q, R]	37
2.1.4. Focus Group n°4 [S, T, U, V, X, Y].....	38
2.2. Analyse qualitative	39
2.2.1. Dans quelles situations est-on amené à dire non au patient ?	39
2.2.2. Les difficultés face au non	50
2.2.3. Ressenti face au non	60
2.2.4. Avantages et inconvénients	65
• Avantages à dire oui.....	65
• Inconvénients à dire oui.....	67
• Inconvénients à dire non.....	69
• Avantages à dire non	73
2.2.5. Différences entre pratiques hospitalière et ambulatoire.....	78
2.2.6. Solutions envisagées pour dire non sereinement	84
2.2.7. Formation reçue et améliorations envisagées	97
DISCUSSION	106
1. <i>Le travail de thèse réalisé</i>	106
1.1. Forces	106
1.2. Limites et biais.....	107
1.2.1. Biais de recrutement et de sélection.....	107
1.2.2. Biais du modérateur et de l'observateur	107
1.2.3. Biais de recueil	108
1.2.4. Biais d'analyse et de reproductibilité	108
2. <i>Le médecin généraliste et le non</i>	109
2.1. Comparaison entre études quantitative et qualitative	109
2.2. Comparaison entre les groupes de notre étude.....	109
2.3. Quand dire non ?.....	110
2.3.1. La demande d'antibiotique	110
2.3.2. La demande d'examen complémentaire.....	111
2.3.3. La demande de certificat médical	112
2.3.4. La demande d'arrêt de travail	114
2.3.5. Le caractère « injustifié » d'une demande	115
2.4. Pourquoi dire non ?.....	115
2.4.1. Pour le patient.....	115
2.4.2. Pour soi	116
2.4.3. Pour la société.....	117
2.5. Les difficultés de dire non	117
2.5.1. La relation médecin-patient	117
2.5.2. La relation conflictuelle	119
2.5.3. Le patient agressif	120

2.6. Comment dire non ?.....	121
2.6.1. Communication.....	121
2.6.2. Poser des « règles » ?.....	122
2.7. Le patient face au refus du médecin.....	123
2.8. Le médecin face au non du patient.....	123
2.9. Apprendre à dire non à bon escient.....	124
CONCLUSION.....	125
ANNEXES.....	127
<i>ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE.....</i>	<i>127</i>
<i>ANNEXE 2 : Guide d'entretien FOCUS GROUPS.....</i>	<i>128</i>
<i>ANNEXE 3 : Résultats de l'étude quantitative.....</i>	<i>130</i>
BIBLIOGRAPHIE.....	142
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	152

LISTE DES FIGURES

Graphique n°1 : Stages ambulatoires réalisés (p.28)

Graphique n°2 : Sexe des participants (p.28)

Graphique n°3 : Difficultés des internes à dire non (p.29)

Graphique n°4 : Comparaison des difficultés des internes à dire non en ambulatoire versus à l'hôpital (p.29)

Graphique n°5 : Raisons, selon les internes, des difficultés plus importantes à dire non en ambulatoire (p.30)

Graphique n°6 : Y a-t-il des situations ou des patients pour lequel(s) les internes ont plus de difficultés à dire non ? (p.31)

Graphique n°7 : Situations ou patients où il est plus difficile de dire non, selon les internes (p.31)

Graphique n°8 : Les internes ont-ils peur de la réaction du patient lorsqu'ils souhaitent dire non ? (p.32)

Graphique n°9 : Les internes ont-ils la sensation d'être utilisés par les patients ? (p.32)

Graphique n°10 : Les internes ont-ils tendance à se mettre en colère et à refuser d'emblée la demande du patient ? (p.33)

Graphique n°11 : Les internes pensent-ils que la formation reçue les aide à dire non ? (p.33)

Graphique n°12 : Eléments de la formation reçue aidant les internes à dire non (p.34)

INTRODUCTION

La confiance et le respect mutuels sont au centre de la relation unissant le médecin et le patient.

Le médecin généraliste, acteur de premier recours, reçoit la ou les plaintes du patient. On attend de lui qu'il soit compétent, empathique et à l'écoute de ses patients.

De plus en plus souvent, il est confronté à des demandes de patients, plus ou moins justifiées sur le plan médical. Il doit parfois refuser ces demandes, jugées incongrues ou abusives. Dire non sereinement n'est pas toujours aisé mais est très certainement une barrière contre l'agacement, l'agressivité voire le burn-out.

Par notre travail, nous nous sommes intéressés plus particulièrement au vécu des internes en Médecine Générale face à ces situations de refus.

Au cours de leur formation, ils apprennent à allier connaissances scientifiques et aptitudes relationnelles afin d'aboutir à la prise en charge la plus appropriée possible pour le patient, et pour eux-mêmes.

De part leur exercice mixte, hospitalier et ambulatoire, ils sont confrontés à des demandes variées des patients, auxquelles ils sont plus ou moins préparés.

Dire non peut alors être ressenti comme une difficulté, une entrave dans la relation médecin-patient.

Apprendre à dire non fait donc partie de la compétence de relation et communication du médecin généraliste.

Son objectif est une pratique sereine, satisfaisante pour le médecin et pour le patient.

1. CONTEXTE

1.1. CONSOMMATION MÉDICAMENTEUSE EN FRANCE ET EN EUROPE

La France est le premier pays consommateur de médicaments en Europe.

C'est ce que montre une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2004. En effet, la France enregistrait la dépense de médicament par habitant et par an la plus élevée, avec 284€ par habitant (244€ en Allemagne, environ 200€ pour le Royaume-Uni, l'Italie et l'Espagne) ^[1]. Le prix moyen par unité standard étant par ailleurs plutôt faible (0,18€, Allemagne 0,23€ et Italie 0,27€), ces dépenses importantes s'expliquent donc par des ventes moyennes en officine élevées.

Une étude du LEEM (Organisation syndicale des Entreprises du Médicament) de 2007 nuancait cependant ces résultats ^[2]. Bien que la France soit encore le premier pays consommateur en Europe, l'ampleur des écarts de consommation était moindre et variait en fonction des classes thérapeutiques considérées.

Nous savons aujourd'hui que ce phénomène ne s'explique pas par des différences sanitaires. Cette consommation semble donc être due à un nombre de prescriptions plus important en France. C'est ce que révélait une enquête de 2005 de l'IPSOS pour la CNAMTS ^[3]. En France, 90% des consultations se terminaient par une prescription, contre 43,2% aux Pays-Bas (83,1% en Espagne, 72,3% en Allemagne).

Le nombre de médicaments prescrits par le médecin était de 1,6 en France contre 0,9 aux Pays-Bas. Les patients français déclaraient avoir pris en moyenne 1,9 médicament dans les sept derniers jours, contre 1,3 pour les hollandais.

Une étude française de la DREES de 2004 ^[4] confirmait cette tendance : 73% des consultations de médecine générale aboutissaient à une prescription médicamenteuse. Les consultations pour contrôle ou suivi d'une affection chronique donnaient plus souvent lieu à la prescription d'au moins 5 ou 6 médicaments. La prescription de 2 à 4 médicaments était liée dans 50% des cas à une consultation pour une affection aiguë.

Comment expliquer que la prescription médicamenteuse soit plus importante en France ?

Existe-t-il un « modèle français » de prescription ?

Quelle relation singulière existe-t-il entre le médecin, le patient et le médicament ?

1.2. DÉPENSES DE SANTÉ ET DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Une des conséquences de cette consommation importante de médicaments est le coût qu'elle représente pour l'Assurance Maladie.

Selon les comptes de la santé ^[5], la dépense de l'Assurance Maladie en 2013 pour le remboursement des médicaments est estimée à 33,5 milliards d'euros. Cette dépense représente 17,9% de la CSBM (Consommation de Soins et de Biens Médicaux). Elle recule de 1,3% par rapport à 2012.

A titre de comparaison, la dépense pour le transport des malades s'élève à 4,3 milliards d'euros, avec une croissance de 5,8% par rapport à 2012. Celle des soins de médecine de ville est évaluée à 20,5 milliards d'euros. Les analyses de laboratoires ont coûté 4,3 milliards d'euros.

Le montant versé au titre des indemnités journalières toutes causes comprises (maladie, accident du travail et maladie professionnelle), s'élève à 12,8 milliards d'euros ^[5], dont 70,9% pour le risque maladie.

En termes d'évolution, après une baisse de 1992 à 1997, les indemnités journalières (IJ) ont connu pendant quelques années une période de forte progression. Entre 1997 et 2002, le nombre d'IJ maladie a augmenté de 34%, dont 10% pour la seule année 2002. Selon l'article d'Odile Kusnik-Joinville de 2006 ^[6], cette tendance ne pouvait s'expliquer uniquement par l'évolution démographique de la population active.

Puis à partir de 2003, on a assisté à une diminution des IJ dont l'élément explicatif majeur serait la politique volontariste de maîtrise des dépenses de santé (renforcement des contrôles et objectifs fixés dans la Convention Médicale).

Dans le rapport du HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie), en 2005, 76% des IJ étaient prescrites par les médecins généralistes ^[7]. Cependant ils ne prescrivaient que 53% des IJ de plus de 15 jours. Cela correspondait à 2 700 journées indemnisées par les régimes de base. Un médecin généraliste délivrait en moyenne 560 IJ pour 1 000 consultations et visites.

Parallèlement, une étude de 2004 montrait que 8% des consultations de médecine générale aboutissaient à la prescription d'un arrêt de travail ^[8].

Pour 2013, le déficit de la Sécurité Sociale était estimé à 14,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base. Bien qu'on constate une réduction de 2 milliards d'euros par rapport à 2012 ^[9], le déficit reste majeur et la maîtrise des dépenses de santé doit être l'affaire de tous, médecins et patients.

Acteur de premiers recours, le médecin généraliste a donc un rôle capital à jouer en termes de prescription et d'éducation des patients.

1.3. REPRÉSENTATIONS DU MÉDICAMENT ET DE L'ORDONNANCE

La sociologue canadienne Collin résume ^[10] :

« Dans le cadre de la relation thérapeutique, le médicament peut s'inscrire dans une fonction métaphorique en ce sens qu'il incarne un objet concret de soulagement ou encore la preuve tangible d'un état de maladie. Mais par ailleurs, il peut également assumer une fonction métonymique lorsqu'il est perçu comme incorporant en lui-même l'expertise du médecin et sa capacité de soigner. »

Comme nous l'avons vu précédemment, il semble exister une spécificité française autour du médicament. Les français semblent conscients d'une consommation excessive par rapport à leurs homologues européens.

Ainsi, dans le rapport de l'Observatoire Sociétal du Médicament (LEEM 2013), 1002 patients français ont été interrogés sur leur rapport au médicament ^[11].

87% des patients interrogés considéraient qu'« en France, on consomme trop de médicaments ». Pour 61%, « beaucoup de médicaments ne servent à rien » et pour 60% « les médecins prescrivent trop de médicaments ».

Malgré ce regard critique, ils avaient une vision plutôt positive du médicament, puisque 87% des patients faisaient confiance aux médicaments, 45% parce qu'ils les considéraient efficaces, 55% parce que, selon eux, « ils sont produits et prescrits par des professionnels compétents » et parce qu'« ils sont testés et contrôlés ».

Notons que 13% des français ont déclaré ne pas avoir confiance dans les médicaments, pour 8% à cause de leurs effets secondaires.

Ainsi il existe une perception ambivalente du médicament par le patient, à la fois synonyme de confiance et d'expertise mais également d'excès et d'inutilité.

Qu'en est-il du point de vue du médecin ?

L'ethnologue Anne Véga s'est intéressée aux représentations du médicament et de l'ordonnance ^[12], à travers des entretiens et l'observation de la pratique de 28 médecins généralistes.

La majorité avait une représentation optimiste du médicament et croyait en son effet bénéfique. Ils avaient tendance à sous-estimer leurs effets secondaires et informaient peu les patients à ce sujet, invoquant la crainte d'une mauvaise observance et un recul suffisant sur ces effets iatrogènes.

Les médecins les plus prescripteurs reconnaissaient manquer de temps pour se former et de ce fait, jugeaient favorablement l'intervention des visiteurs médicaux. Ils déniaient être influencés par les stratégies commerciales des firmes pharmaceutiques.

Ces médecins étaient convaincus de l'importance de médicaliser les maux courants tels que les affections bénignes transitoires, les troubles anxieux ou dépressifs et n'y voyaient peu d'alternatives non médicamenteuses.

La majorité des médecins reconnaissent renouveler des prescriptions dont la motivation initiale avait été oubliée. Par ailleurs, les enquêtés soulignent ne pas intervenir dans les ordonnances de leurs confrères spécialistes, jugés comme plus compétents.

Le médicament semble être un enjeu important de la relation thérapeutique, objet de confiance réciproque entre le patient et le prescripteur.

Dans une étude de 2012 sur la prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale ^[13], Bedoin et al. attribuaient cette consommation importante du médicament à une moindre tolérance aux symptômes, dans une société où le concept de santé s'est étendu à celui de bien-être. Par ailleurs, pour lui, la médiatisation et la publicité médicale seraient à l'origine d'une croyance collective de toute-puissance de la médecine. En découle une attente forte du patient concernant une prescription médicamenteuse, y compris en cas de pathologie bénigne.

C'est ce que montre le Dr Flouret-Guyot dans sa thèse en 2011 ^[14]. En effet, en cas de pathologie bénigne, type rhinopharyngite ou gastro-entérite, les patients étaient dans l'attente d'une prescription médicamenteuse dans 70% des cas. Pour la majorité des patients interrogés, le médicament avait une représentation très positive : pouvoir de guérison, soulagement, sécurité, confirmation du statut de malade.

Ainsi, la prescription médicamenteuse n'est pas seulement perçue par le patient comme le résultat potentiel d'une expertise médicale mais comme un droit et une monnaie d'échange contre le paiement de la consultation.

Cette perception de la prescription semble partagée par les médecins. En effet, dans l'enquête de l'IPSOS ^[3], 46% des médecins français déclaraient ressentir une pression de prescription de la part des patients (20% aux Pays-Bas). Dans 10,2% des cas, ils disaient rédiger la prescription contre leur gré (5,6% aux Pays-Bas).

1.4. DÉTERMINANTS DE LA PRESCRIPTION MÉDICALE

Selon Parish ^[15], la prescription médicale devrait être « *appropriée, efficace, sûre et économique* ».

Elle est par ailleurs le résultat d'un ensemble complexe de facteurs extrinsèques et intrinsèques, qui se traduit par d'importantes variations selon le patient, mais aussi selon le médecin prescripteur.

Dans une étude du CREDES de 2003 ^[16], 50,8% des consultations pour rhinopharyngite aiguë se terminaient par une prescription d'antibiothérapie. Les recommandations en vigueur étant

sans ambiguïté, il s'agissait d'une prescription inappropriée. Il existait par ailleurs une grande hétérogénéité dans les pratiques, avec des variations inter-individuelles mais aussi intra-individuelles importantes.

Ainsi, les patients jeunes, les femmes, les inactifs recevaient moins souvent un antibiotique. Les patients présentant une comorbidité ORL ou respiratoire en recevaient plus. Cette prescription variait également en fonction des caractéristiques du médecin : ceux ayant une charge de travail élevée et recevant un nombre important de visiteurs médicaux prescrivaient plus fréquemment un antibiotique. Plus ils participaient à des Formations Médicales Continues (FMC), moins ils en prescrivaient.

En 2005, Amar et al. ^[17] se sont également intéressés aux déterminants des prescriptions médicales. Lorsque le patient consultait pour la première fois ou occasionnellement, lorsqu'il avait moins de 25 ans, lorsque le médecin était une femme de moins de 45 ans, lorsqu'il exerçait en milieu rural ou en secteur II, la probabilité que le patient ait une prescription médicamenteuse était plus faible. Lorsque le patient avait plus de 55 ans, que le diagnostic était incertain, la prescription était plus fréquente.

Outre des caractéristiques propres au patient, au médecin et à son mode d'exercice, d'autres facteurs entrent certainement en compte dans la décision médicale de prescription, notamment la représentation du médicament et celle du rôle du médecin.

Pour Bedoin et al. ^[13], la prescription des médecins généralistes oscille entre deux stratégies. Pour certains médecins, la thérapeutique est nécessairement médicamenteuse. Le médicament répond à la plainte du patient, il matérialise le soin et répare. La prescription permet de maintenir ou d'augmenter la confiance du patient, avec toujours la crainte qu'il ne soit pas satisfait.

Pour les autres, il existe une logique plus restrictive envers le médicament, jugé parfois inutile, inefficace voire dangereux. Les recommandations scientifiques et le déremboursement viennent appuyer cette opinion. Le soin n'est pas absent de la relation mais se matérialise par une information, des conseils, une éducation. Le médecin perd en pouvoir mais gagne en respect et en confiance si le patient s'est senti entendu et compris.

Cette logique de réduction de la prescription est par ailleurs encouragée par des recommandations récentes de l'HAS sur le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses ^[18], telles que les règles d'hygiène alimentaire, l'activité physique, le soutien psychologique.

Elles insistent sur l'intérêt de *« promouvoir une conception plus globale de la notion de « traitement » dans laquelle les prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses apparaissent comme complémentaires dans un objectif à la fois curatif et préventif. »*

Le réflexe « consultation = ordonnance = médicaments » semble donc se modifier. Le médecin n'est pas seulement un prescripteur mais un expert du soin, au sens large.

Par ailleurs, une évolution des comportements des patients semble se profiler. Dans l'étude de l'IPSOS ^[3], 8 patients sur 10 déclaraient avoir confiance en un médecin sachant remplacer certains médicaments par des conseils utiles.

1.5. DÉPRESCRIPTION

Cette tendance de réduction des prescriptions amène à se poser la question de la déprescription.

Cette notion nouvelle est définie par l'action d'arrêter de manière intentionnelle un traitement jugé inutile, inapproprié ou dangereux.

Elle concerne principalement les patients « polymédiqués », notamment les personnes âgées.

Ses avantages sont multiples : limiter les effets indésirables des médicaments, réduire les coûts de santé, améliorer l'observance des patients.

Même si une majorité de médecins semble accorder une grande importance à cette pratique, il semble exister de nombreux obstacles, la rendant difficile à concrétiser.

Les principaux obstacles à la déprescription semblent être le temps nécessaire, la peur de perdre sa patientèle, le souci déontologique envers les autres prescripteurs et la pression exercée par le patient lui-même ^[19]. En effet, dans 44% des cas, la cause d'échec à la déprescription était le refus du patient.

1.6. SURMÉDICALISATION ET PRÉVENTION QUATERNAIRE

Un autre concept émergent est celui de la surmédicalisation.

Elle est définie par une prescription et une consommation excessives de soins médicaux.

Elle comprend le surdiagnostic et le surtraitement.

Le surdiagnostic a fréquemment été évoqué, notamment concernant le dépistage du cancer du sein et de la prostate. Il concerne également les dyslipidémies et l'HTA, dont les normes sont sans cesse revues à la baisse. Le développement de l'imagerie médicale est, lui aussi, à l'origine de nombreux incidentalomes.

Ainsi un patient en bonne santé, sans plainte particulière, passe à l'état de malade, porteur d'une maladie chronique, souvent anxigène.

Le surtraitement découle de ce surdiagnostic, mais aussi de la médicalisation de problèmes sociaux, voire sociétaux. La performance étant au centre de notre mode de vie, tout écart est perçu comme anormal, voire pathologique. Ainsi la vieillesse elle-même devient une maladie.

Il s'agit d'une opportunité considérable pour l'industrie pharmaceutique. La mise sur le marché de « nouvelles molécules » est ainsi fortement relayée par les médias, nous faisant osciller sans cesse entre peur de la maladie et espoir de guérison.

Mais déjà en 1986, le docteur Marc Jamouille ^[20] décrivait une nouvelle dimension dans la relation médecin-patient : la prévention quaternaire ou la prévention de la médecine non nécessaire. La WONCA ^[21] la définit d'ailleurs comme l' « action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. »

1.7. DEMANDES NON FONDÉES DES PATIENTS

Dans le contexte actuel de médiatisation importante de la santé, le patient a accès à des sources d'informations plus étendues, souvent approximatives. Il se veut acteur de sa santé et est parfois demandeur, notamment de prescription.

Ainsi dans une enquête de la Fédération Hospitalière de France ^[22], 78% des médecins généralistes interrogés estimaient que les demandes des patients avaient augmenté, surtout en matière d'information, depuis le début de leur installation. 60% d'entre eux reconnaissaient que le risque de mise en cause judiciaire les incitait à la réalisation d'exams supplémentaires.

Pour eux, seulement 68 actes réalisés sur 100 étaient pleinement justifiés. Dans 93% des cas de prescriptions non pleinement justifiées, la demande du patient en était la raison.

Le docteur Levasseur s'est elle aussi intéressée aux demandes des patients jugées non fondées ^[23].

Dans son étude, les prescriptions illégitimes représentaient 52% des demandes. Les autres demandes concernaient l'anticipation, l'exigence (certificat illégitime, déplacement du médecin inapproprié, etc.) et la régularisation (prescription à posteriori).

Dans 63% des cas, la réponse du médecin était favorable à la demande. Dans trois cas sur dix, le médecin acceptait la demande dans le cadre d'une pratique commerciale (client control).

Dans cette étude, on observait qu'il était plus simple de refuser en s'appuyant sur un argument juridique que sur sa volonté personnelle. Ainsi les demandes étaient refusées dans 83% des cas dans le cadre d'une règle professionnelle ou juridique.

Le médecin est donc régulièrement amené à refuser des demandes qu'il juge inadaptées, abusives voire dangereuses. Le refus n'est pas sans impact sur la relation médecin-malade.

Dans la thèse du docteur Arzur ^[24], 58% des patients ayant été confrontés à un refus médical ont demandé un deuxième avis et 20% déclaraient avoir changé de médecin. Une majorité (65%) déclarait cependant que cette expérience n'avait pas modifié la confiance en leur médecin.

1.8. JUDICIARISATION DE LA MÉDECINE ET BURN-OUT

Comme nous l'avons évoqué précédemment, face à des demandes du patient qu'il souhaiterait refuser, le médecin redoute parfois une mise en cause judiciaire.

La forte médiatisation d'affaires sanitaires récentes et l'accroissement du nombre de recours et de condamnations de soignants sont à l'origine d'une pression supplémentaire sur les professionnels de santé.

La peur de l'erreur médicale est aujourd'hui omniprésente dans notre pratique, en dépit de la relation médecin-patient.

Dans ce contexte d'une exigence croissante de la société envers les médecins et de la judiciarisation de la médecine, on parle de plus en plus d'épuisement professionnel ou burn-out.

Dans une étude de 2007, menée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Île-de-France ^[25], 53% des médecins répondants se sentaient menacés par le syndrome de burn-out. Ce taux montait à 60,8% pour les médecins généralistes.

Parallèlement, une étude de 2003 menée par le Dr Léopold ^[26] s'intéressait au suicide des médecins libéraux. L'incidence était de 14% dans la population des médecins, contre 5,4% en population générale, soit un risque relatif de 2,37.

L'exercice de la médecine générale et les contentieux ordinaires, administratifs ou judiciaires étaient, entre autres, des facteurs de risque de suicide.

Une des causes évoquées par l'auteur est le dilemme éthique vécu quotidiennement par les médecins, entre exigences du patient et réglementation, entre idéal et contraintes.

« Savoir dire non » apparaît donc comme une compétence à part entière du médecin, dont l'intérêt est double : la maîtrise de la consommation des biens de santé et une pratique professionnelle sereine.

2. QUESTION DE RECHERCHE

- Les internes en Médecine Générale ont-ils des difficultés à dire non au patient ?

3. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

- Les internes en Médecine Générale ont des difficultés à dire non au patient
- Un certain nombre de situations confrontent les internes au non
- Certains patients ou certaines demandes mettent plus en difficultés les internes pour dire non

4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

- Identifier les situations où l'on dit non et les difficultés rencontrées
- Lister les avantages à savoir dire non à bon escient
- Envisager des solutions pour dire non sereinement
- Confirmer l'intérêt de la formation à la relation
- Proposer aux internes en stage chez le praticien une réflexion, ou une formation pour apprendre à dire non à bon escient

1. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

1.1. BASES DE DONNÉES

La recherche des références bibliographiques a été réalisée grâce à :

- Des bases de données sur internet :
 - Medline pour PubMed
 - Le Cismef : catalogue et index des sites médicaux francophones
 - The Cochrane Library
 - Le SUDOC (Système Universitaire de Documentation)
 - Cairn.info (base de données en sciences humaines et sociales)
- Les sites officiels :
 - Assurance Maladie
 - Conseil National de l'Ordre des Médecins
 - Société Française de Médecine Générale

1.2. MOTS CLÉS

Les mots-clés utilisés étaient :

- En anglais : « Patient expectations » « Physician-patient relations » « Drug prescription » « Inappropriate prescribing » « Patient satisfaction » « Decision making » « Deprescribing » « Over-medicalisation »
- En français : « Attentes des patients » « Relation médecin-patient » « Prescription médicamenteuse » « Prescription inappropriée » « Satisfaction du patient » « Aide à la décision » « Déprescription » « Surmédicalisation »

Une recherche méthodologique a également été réalisée concernant la méthode du focus group.

2. CHOIX DE LA MÉTHODE

Avant tout, le choix de la méthode s'est appuyé sur l'expérience de mon directeur de thèse, François Bloedé. En effet, il anime depuis plusieurs années une session de Formation Médicale Continue (FMC), proposée par la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) aux médecins généralistes installés, intitulée « Savoir dire non à bon escient ». J'ai moi-même assisté à cette formation les 13 juin et 26 septembre 2013. L'observation et l'analyse de cette formation ont été une base pour la rédaction des questionnaires et du guide d'entretien des focus groups, adaptée bien sûr à la pratique des internes en Médecine Générale.

2.1. CHOIX DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Nous avons fait le choix de nous intéresser aux internes en Médecine Générale pour deux raisons.

Premièrement, ils représentent une population plus accessible et disponible que les médecins généralistes installés pour la réalisation de questionnaires et de groupes de discussion.

Deuxièmement, nous avons voulu savoir si la formation reçue au cours du troisième cycle des études médicales apportait les ressources nécessaires pour savoir dire non, et s'il y avait, éventuellement, des améliorations à apporter en la matière.

2.2. ÉTUDES QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

Pour répondre à la question « les internes en Médecine Générale ont-ils des difficultés à dire non ? », il nous a semblé important d'associer une part quantitative et une part qualitative.

D'une part, la réalisation d'une enquête par questionnaire nous a semblé importante afin de déterminer si, globalement, les internes ressentaient des difficultés à dire non. En ciblant un échantillon représentatif d'internes, l'objectif était de décrire les situations où ils se sentaient en difficultés, leur ressenti dans ces situations et leur opinion par rapport à l'aide que leur formation leur apportait sur ce thème.

D'autre part, nous avons choisi de réaliser dans un second temps une étude qualitative par focus groups afin de comprendre les enjeux et les mécanismes du non, ainsi que les solutions à envisager.

2.3. MÉTHODE DU FOCUS GROUP ^[27, 28, 29]

2.3.1. Présentation

La méthode du focus group, ou groupe focalisé, a été mise au point aux Etats-Unis dans les années 1940 et était initialement utilisée à visée marketing afin de déterminer les attentes des consommateurs.

Elle a commencé à être utilisée en tant que méthode d'évaluation qualitative dans le domaine de la recherche à partir des années 1980, notamment en sociologie. Elle est encore actuellement peu exploitée en France.

2.3.2. Avantages et limites

Il s'agit d'une technique d'entretien de groupe semi-structuré, qui permet de collecter des informations sur un thème donné. Elle repose sur la dynamique de groupe, elle permet de laisser s'exprimer différents points de vue, et elle favorise l'émergence d'opinions et d'expériences. L'objectif n'est pas d'aboutir à un consensus, mais au contraire d'étudier un thème dans sa diversité. Cette méthode permet également d'explorer des domaines complexes (représentations, comportements).

Ses limites sont également liées à la discussion de groupe : réticence de certains à exprimer une opinion en public, présence d'un leader entravant la libre discussion, discours « socio-culturellement correct ».

2.3.3. Participants

Le focus group est donc un groupe de discussion, comprenant de 6 à 12 participants, volontaires, ayant une expérience vécue du thème étudié, sans en être des experts professionnels. Ils ne sont pas informés en détail du thème abordé afin de préserver la spontanéité de la discussion. Il est préférable qu'ils ne se connaissent pas entre eux, afin d'éviter la constitution de sous-groupes. Il s'agit d'un échantillon théorique, non nécessairement représentatif de la population source mais il est intéressant de varier les profils afin de recueillir des opinions différentes.

Les participants sont informés de la méthode d'entretien et notamment du caractère anonyme de la retranscription des données.

2.3.4. Guide d'entretien

Il permet de définir précisément le déroulement de la séance. Il est reproductible entre les séances mais peut être modifié selon l'évolution des besoins.

Il comporte une présentation de l'étude et du thème abordé, une description du déroulement de la séance, en rappelant le caractère anonyme du recueil de données.

Une série de 6 à 10 questions ouvertes est élaborée, permettant de guider la discussion. La première question est générale et doit permettre une prise de parole facile. Les questions suivantes peuvent ensuite être plus précises. Elles ne doivent pas être connotées positivement ou négativement.

Une synthèse finale des questions peut être réalisée en fin de séance afin de vérifier que rien n'a été oublié.

2.3.5. Déroulement de la séance

La séance se déroule dans un lieu accessible à tous géographiquement, dans un local adapté permettant un climat agréable et convivial. Les participants sont de préférence disposés en cercle afin de favoriser le dialogue. La durée du focus group est de une à trois heures.

Le matériel d'enregistrement est placé au centre de la table, accessible à toutes les voix.

L'animation du groupe se partage entre le modérateur et l'observateur. Le modérateur est chargé de gérer la dynamique de groupe : il guide la discussion à travers les questions choisies, sans influencer les réponses, il recentre le débat, il distribue la parole au sein du groupe, il reformule les idées et intervient de façon neutre, tout en montrant son intérêt pour la discussion.

L'observateur est responsable du bon fonctionnement du matériel d'enregistrement. Il s'installe en retrait du groupe afin de noter les prises de parole et le non-verbal.

En fin de séance, le modérateur et l'observateur procèdent au débriefing afin d'évaluer les difficultés rencontrées et d'adapter les focus groups suivants si nécessaire.

2.3.6. Analyse des données

Les enregistrements audios sont intégralement retranscrits par écrit.

L'analyse doit être rigoureuse et systématique, reproductible et focalisée sur les objectifs de l'étude. Elle peut débiter dès la réalisation du premier groupe afin d'adapter le déroulement des suivants. Les données doivent toujours être resituées dans le contexte de la discussion de groupe. Elles sont codées en verbatim ou idée, ensuite regroupés en catégories ou occurrences puis en thèmes plus généraux.

3. ÉTUDE QUANTITATIVE : LES QUESTIONNAIRES

3.1. POPULATION ETUDIÉE

Le recrutement a eu lieu auprès des internes inscrits en TCEM2 (2^{ème} année du Troisième Cycle des Etudes Médicales) du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale, à la Faculté de Médecine de Paris Descartes, pour l'année scolaire 2012-2013.

3.2. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le recueil d'informations a été réalisé à l'aide d'un questionnaire.

Ce questionnaire a été élaboré dans le but de définir si les internes présentaient des difficultés à dire non au patient, sur la base de l'expérience de mon directeur de thèse et moi-même, les données bibliographiques étant pauvres à ce sujet.

Après une brève présentation du projet de thèse et le rappel du caractère anonyme du questionnaire, une première partie s'intéressait aux caractéristiques démographiques des internes ainsi qu'à la réalisation des stages, en particulier ambulatoires.

Il comprenait ensuite 9 questions pouvant être regroupées en 3 catégories : les difficultés des internes à dire non en ambulatoire et à l'hôpital (questions 1 à 4), leur ressenti face au non (questions 5 à 7) et l'impact de la formation reçue (questions 8 et 9).

Six questions attendaient une réponse fermée, sous forme d'une échelle visuelle analogique allant de 1 (pas du tout) à 6 (énormément). Nous avons choisi de proposer six modalités de réponse. Un nombre moyen de modalités permet de ne pas disperser les réponses, notamment lorsque la taille de l'échantillon est moyenne. Un nombre pair de modalités permet d'éviter les réponses neutres et invite les répondants à prendre parti.

Le questionnaire comportait également 3 questions ouvertes dont l'objectif était de lister les situations ou les patients qui mettaient les internes en difficulté ainsi que les éléments de leur formation qui les avaient aidés à dire non.

Pour finir, il était proposé aux internes le souhaitant de participer à un focus group sur le même thème en me contactant par courriel.

Cf. Annexe 1

3.3. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Les questionnaires ont été distribués au cours de séances obligatoires de tutorat, organisées par la faculté de médecine. Le responsable de l'enseignement était préalablement contacté par courriel, afin d'obtenir son accord et de définir le moment adéquat de l'intervention en cours de séance. Tous les enseignants ont donné leur accord. Le questionnaire a été distribué soit en début, soit en milieu, soit en fin de séance, et récupéré immédiatement après avoir été rempli.

Une deuxième collecte de questionnaires s'est déroulée au cours de séances de Groupe d'Echanges de Pratiques, séances obligatoires pour les internes en stage chez le praticien de niveau I, sur le même mode que pour les séances de tutorat.

3.4. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES

J'ai moi-même réalisé la saisie des données à l'aide du logiciel informatique Microsoft Excel®. Une analyse descriptive de la population et des items du questionnaire a été effectuée (nombre d'identifications, moyennes et pourcentages).

La comparaison des proportions et des pourcentages avec les covariables (données sociodémographiques de la population d'étude) s'est faite au moyen du test du Chi², ou du test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à cinq, avec un risque d'erreur de première espèce alpha à 5%. J'ai été conseillée par des biostatisticiens de l'INSERM pour le choix des tests et leur réalisation.

4. ÉTUDE QUALITATIVE : LES FOCUS GROUPS

4.1. POPULATION ÉTUDIÉE

Nous avons recruté un échantillon d'internes volontaires pour participer aux groupes de discussion.

D'une part, certains étaient contactés par le biais des adresses mails qu'ils m'avaient laissées suite à mon intervention lors du tutorat ou des groupes d'échanges de pratiques pour la distribution des questionnaires.

D'autre part, après accord de l'enseignant responsable, je suis également intervenue dans le groupe de SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) afin de leur proposer de réaliser un focus group spécifique.

Des internes ont également été recrutés parmi les connaissances de mon directeur de thèse, ainsi que parmi mes contacts (listes de diffusion d'internes).

Les internes volontaires étaient ensuite contactés à plusieurs reprises par courriel afin de définir les modalités de réalisation des groupes de discussion.

Les critères d'exclusion étaient l'absence d'expérience ambulatoire et l'inscription dans une autre faculté que celle de Paris Descartes.

4.2. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien a été rédigé après recueil et analyse des données de l'étude quantitative, afin de l'adapter à ces premiers résultats.

Il comportait une première partie sur l'accueil des participants, dont le but était de présenter le projet de thèse, la méthode du focus group, les animateurs ainsi que le déroulement de la séance.

Une deuxième partie comportait 7 questions ouvertes destinées à guider la discussion autour du thème. Les thèmes abordés et les questions posées étaient les suivants :

1) Les situations où l'on peut être amené à dire non.

Dans quelles situations avez-vous été amené à dire non à un patient ou vouliez-vous dire non à un patient mais vous n'avez pas pu ?

2) Est-ce difficile de dire non ?

Ressentez-vous des difficultés à dire non aux patients ? Quelles situations sont plus difficiles pour vous ? Pour quel patient est-ce plus difficile pour vous ? En fonction de son âge, de son sexe, de sa catégorie socioprofessionnelle ?

3) Le ressenti face au non.

Qu'avez-vous ressenti dans les situations où vous vouliez dire non, si vous avez réussi à dire non, si vous avez finalement accepté ?

4) Avantages et inconvénients du non.

Quels sont les inconvénients à dire non ? À ne pas dire non ? Quels sont les avantages à dire non ? À ne pas dire non ?

5) Différences entre pratique hospitalière et ambulatoire.

Y a-t-il une différence entre la pratique hospitalière et la pratique ambulatoire ? Selon vous, pourquoi est-ce plus difficile en ville ? A l'hôpital ? Qu'est-ce qui est différent ?

6) Les solutions envisagées.

Quelles sont les solutions qu'on peut envisager pour dire non plus sereinement ? Peut-on modifier notre comportement ?

7) La formation.

Votre formation actuelle vous aide-t-elle lorsque vous voulez dire non ? Quels aspects de la formation en particulier ? Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

Enfin la dernière partie concernait le débriefing entre le modérateur et l'observateur, réalisé en fin de séance, afin de cerner les difficultés et de proposer des améliorations pour les groupes suivants.

Cf. Annexe 2

4.3. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Les focus groups se sont déroulés jusqu'à saturation des données.

J'ai été le modérateur lors de chaque groupe. Lors du premier groupe, mon directeur de thèse a été l'observateur. Après débriefing, nous avons eu le sentiment que le fait que certains internes le connaissent en tant qu'enseignant à la faculté et maître de stage pouvait potentiellement influencer leur discours. Nous avons donc choisi qu'il ne participerait pas aux groupes suivants.

Le guide d'entretien n'a pas été modifié au cours de l'étude.

4.4. RECUEIL, ANONYMISATION ET ANALYSE DES DONNÉES

Le caractère anonyme du recueil des données était rappelé à chaque début de séance.

Chaque participant était identifié en début de séance par une lettre.

L'enregistrement audio a été réalisé à l'aide d'un dictaphone numérique PHILIPS DVT 1200®.

Les données audios ainsi que les aspects non verbaux ont été intégralement retranscrits sur des fichiers Word®. Deux écoutes au minimum ont été nécessaires afin d'éviter toute erreur de retranscription.

L'analyse des données a comporté une première phase de segmentation, ou analyse horizontale, au cours de laquelle les paroles des participants ont été découpées en unités de sens ou *verbatim*. Ces *verbatim* ont ensuite été regroupés en sous-thèmes ou *occurrences*. L'analyse verticale a consisté ensuite à regrouper ces occurrences en thèmes généraux.

J'ai moi-même réalisé la retranscription et l'analyse des données audios.

La retranscription des fichiers audios des quatre focus-groups est disponible dans son intégralité sur le CD ci-joint.

1. ÉTUDE QUANTITATIVE : LES QUESTIONNAIRES

121 questionnaires ont été recueillis.

Une première collecte a eu lieu entre le 19 et le 26 septembre 2013 lors des groupes de tutorat à la faculté de médecine Paris Descartes. 97 questionnaires ont été recueillis.

Une deuxième collecte a eu lieu le 19 décembre 2013 durant des groupes d'échanges de pratique pour les internes en stage chez le praticien de niveau I, à la faculté de médecine Paris Descartes. Les internes qui avaient déjà rempli le questionnaire ne répondaient pas une nouvelle fois. 24 questionnaires ont été recueillis.

6 questionnaires étaient incomplets (1 pour l'âge, le sexe et le statut par rapport au stage chez le praticien de niveau I, 1 pour le sexe, 3 pour la question 4, 1 pour la question 5).

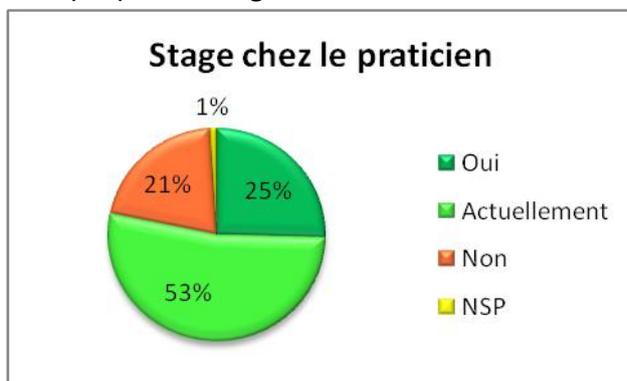
Les résultats détaillés sont présentés en **annexe 3**.

1.1. CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

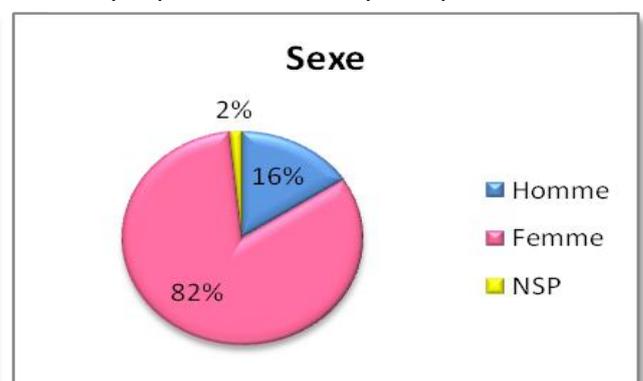
La moyenne d'âge des internes interrogés était de 26,5 ans (minimum 24 ans, maximum 31 ans). On comptait 82% de femmes pour 16% d'hommes soit un sex-ratio de 5,2.

78% des internes avaient réalisé leur stage chez le praticien de niveau I. 53% étaient actuellement dans ce stage. 21% des internes n'avaient donc pas d'expérience ambulatoire. 2% des internes avaient réalisé un SASPAS (stage chez le praticien de niveau II). Aucun n'y était actuellement.

Graphique n°1 : Stages ambulatoires réalisés



Graphique n°2 : Sexe des participants



NSP : Ne Se Prononcent pas

1.2. COMPARAISON ENTRE PRATIQUES AMBULATOIRE ET HOSPITALIÈRE

A la question « dans votre **pratique ambulatoire**, avez-vous des difficultés à dire non au patient ? », les internes ont en majorité donné la réponse **4** (31%) sur une échelle visuelle analogique allant de 1 (pas du tout) à 6 (énormément).

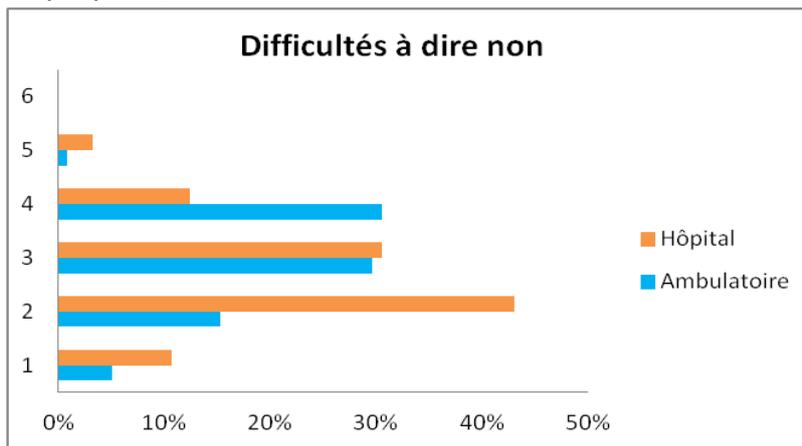
A la question « avez-vous eu des difficultés à dire non lors de vos **stages hospitaliers** ? », les internes ont majoritairement répondu **2** (43%) sur la même échelle.

4 questionnaires ont été exclus pour la question 1 (pratique ambulatoire), car les internes avaient répondu ne pas avoir fait de stage chez le praticien (réponse incohérente) ou n'avaient pas renseigné l'item (réponse incomplète).

5% des internes déclaraient n'avoir **aucune difficulté à dire non** dans leur pratique **ambulatoire** et **11%** dans leur pratique **hospitalière**.

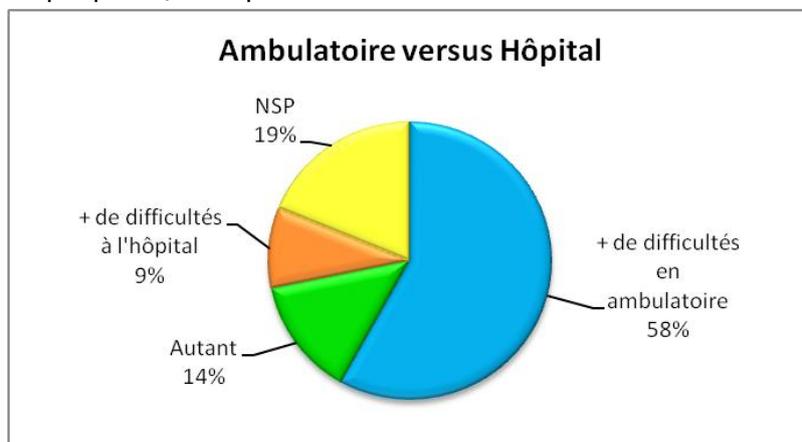
58% des internes avaient **plus de difficultés à dire non en ambulatoire** qu'à l'hôpital, et **14% autant**.

Graphique n°3: Difficultés des internes à dire non



(1 = Pas du tout, 6 = Enormément)

Graphique n°4 : Comparaison des difficultés des internes à dire non en **ambulatoire** versus à l'**hôpital**



NSP : Ne Se Prononcent pas

A la question « Si vous éprouvez plus de difficultés à dire non en ambulatoire qu'en stage hospitalier, quelles en sont les raisons, selon vous ? », 75 internes ont donné au moins une raison, 67 ayant répondu avoir plus de difficultés en ambulatoire, 4 ayant répondu avoir autant de difficultés en ambulatoire qu'à l'hôpital.

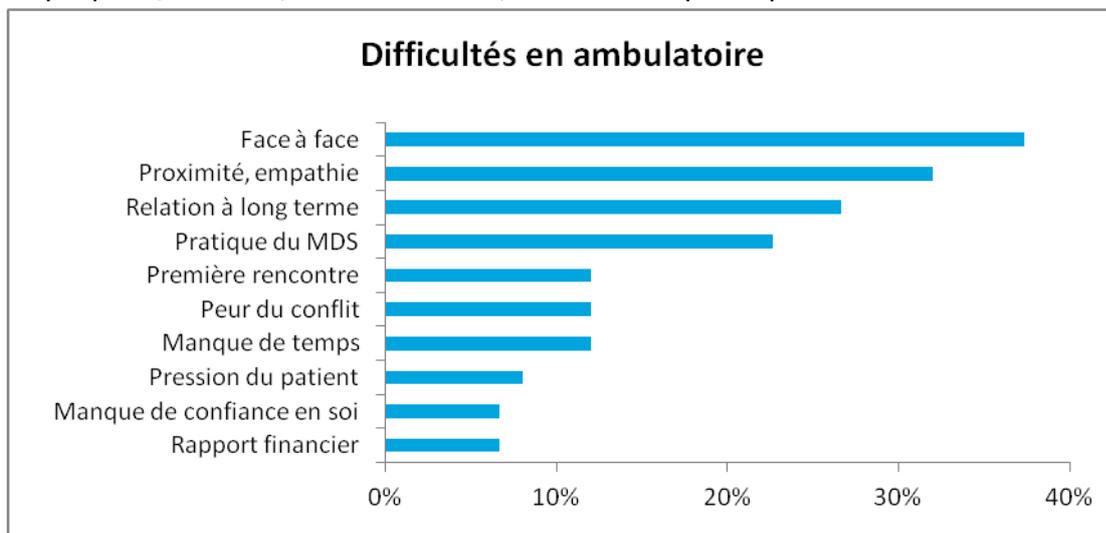
4 questionnaires ont été exclus pour cette réponse, les internes ayant répondu avoir plus de difficultés à l'hôpital.

Parmi les 71 répondants inclus, la première raison invoquée était le **face à face** (37% des réponses), le fait d'être seul face au patient, sans l'équipe hospitalière derrière soi.

Les internes citaient ensuite :

- La **relation de proximité et d'empathie** avec le patient (32%), la relation de confiance plus importante entre le médecin et le patient par rapport à l'hôpital.
- La relation à **long terme** avec le patient (27%), le fait de connaître le patient, de savoir qu'on le reverra ensuite, le fait de ne pas vouloir détériorer une relation « longue durée ».
- La **pratique du maître de stage** (23%), se conformer aux habitudes du praticien, ne pas être en désaccord avec lui, le fait que le patient est habitué à une certaine pratique.
- La **première rencontre** avec le patient (12%), on ne connaît pas bien le patient, il n'y a pas encore de suivi.
- La **peur du conflit** (12%) avec le patient, ne pas le contrarier, ne pas lui déplaire, la peur qu'il ne revienne pas.
- Le facteur **temps** (12%), le cadre de la consultation limité en temps, la négociation et les explications qui prennent du temps, l'emploi du temps chargé.
- La **pression du patient** (8%) qui vient pour une demande particulière et qui attend une réponse immédiate, le patient demandeur.
- Le **manque de confiance** (7%) en soi, en ses connaissances.
- Le **rapport financier** (7%), le patient qui paie, le patient-client.

Graphique n°5 : Raisons, selon les internes, des difficultés plus importantes à dire non en ambulatoire



MDS : Maître De Stage

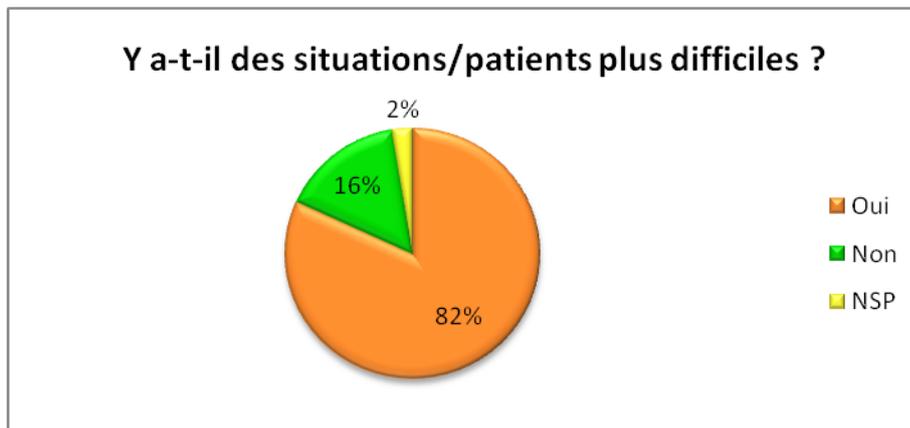
1.3. SITUATIONS ET/OU PATIENTS PLUS DIFFICILES

82% des internes ont répondu qu'il y avait des situations et/ou des patients pour lequel(le)s il était plus difficile de dire non.

Parmi ces 99 internes, 97 citaient au moins une situation ou un type de patient leur posant plus problème.

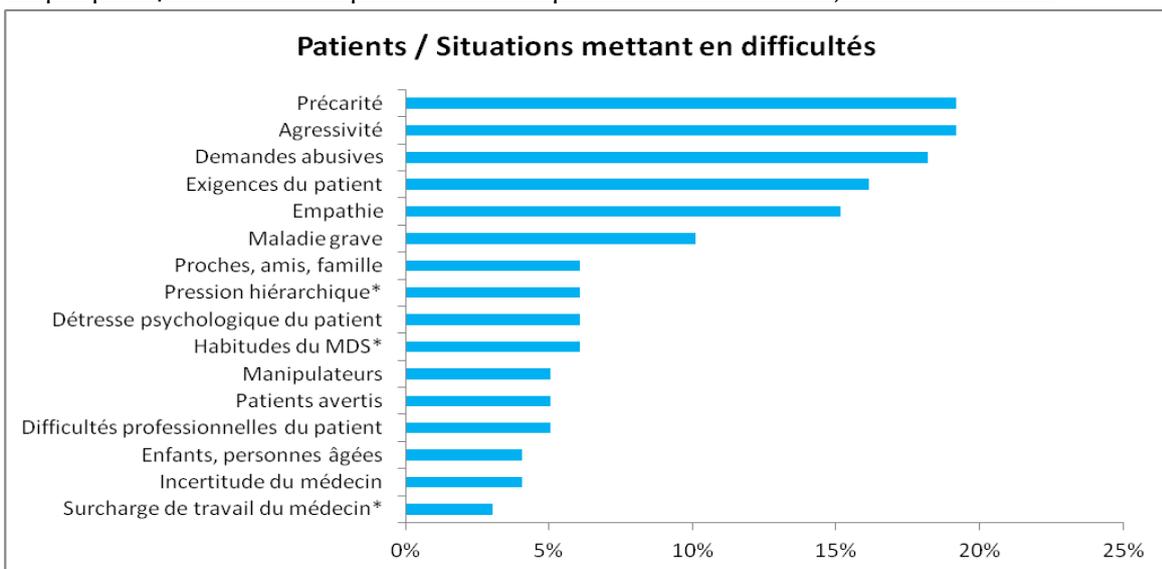
Les internes ont le plus souvent cité la situation de **précarité** du patient (19% des réponses), le **patient agressif** (19%), puis viennent les **demandes abusives** (18%) telles que les demandes d'arrêt de travail, d'examens complémentaires, de certificats, jugés injustifiés, les patients **exigeants** (16%) et insistants, les patients sympathiques ou pour lesquels ils avaient de **l'empathie** (15%).

Graphique n°6 : Y a-t-il des situations et/ou des patients pour lequel(s) les internes ont plus de difficultés à dire non ?



NSP : Ne Se Prononcent pas

Graphique n°7 : Situations ou patients où il est plus difficile de dire non, selon les internes



* Situations liées au médecin lui-même ou à son environnement

MDS : Maître de stage

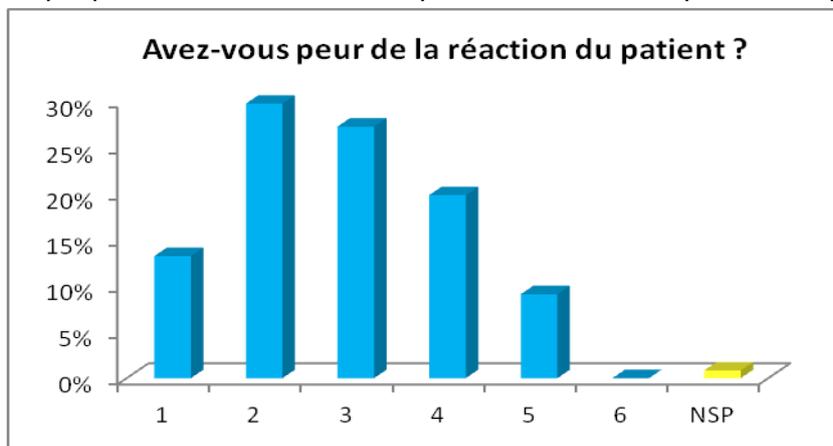
1.4. RESSENTI DES INTERNES FACE AU NON

A la question « *lorsque vous souhaitez dire non à un patient, avez-vous **peur de sa réaction** ?* », les internes ont majoritairement donné la réponse 2 (30%) sur une échelle visuelle analogique allant de 1 (pas du tout) à 6 (énormément).

Concernant leur sentiment d'être « *utilisé(e) par le patient* », la réponse majoritaire était 3 (38%) sur la même échelle.

Ils n'avaient plutôt pas tendance à « *se mettre en colère et à refuser d'emblée la demande du patient* » puisque que 26% répondaient 1 (pas du tout) et 42% répondaient 2 (sur l'échelle visuelle analogique de 1 à 6).

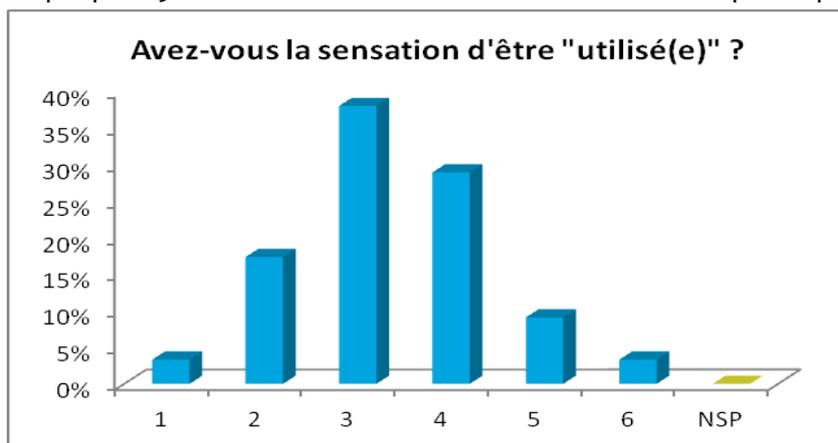
Graphique n°8 : Les internes ont-ils peur de la réaction du patient lorsqu'ils souhaitent dire non ?



(1 = Pas du tout, 6 = Enormément)

NSP : Ne Se Prononcent pas

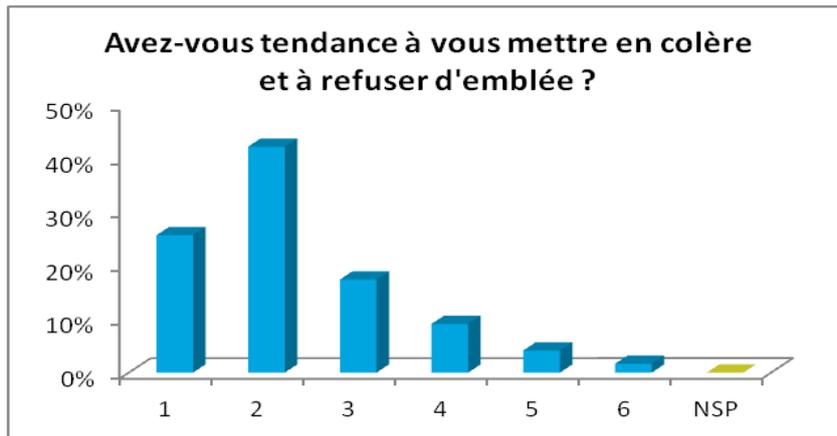
Graphique n°9 : Les internes ont-ils la sensation d'être utilisés par les patients ?



(1 = Pas du tout, 6 = Enormément)

NSP : Ne Se Prononcent pas

Graphique n°10 : Les internes ont-ils tendance à se mettre en colère et à refuser d'emblée la demande du patient ?



(1 = Pas du tout, 6 = Enormément)
NSP : Ne Se Prononcent pas

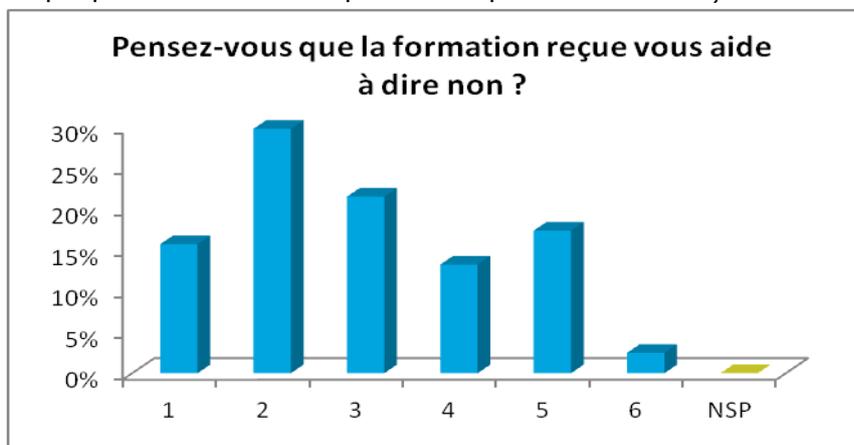
1.5. FORMATION REÇUE

A la question, « pensez-vous que la formation reçue vous aide à dire non ? », les internes ont le plus souvent donné la réponse **2 (30%)** sur une échelle visuelle analogique allant de 1 (pas du tout) à 6 (énormément).

Ils étaient 67, soit **55%**, à citer au moins un élément de la formation reçue les aidant à dire non. 3 questionnaires ont été exclus pour cette réponse car les internes avaient répondu 1, c'est-à-dire pas du tout, à la question 8.

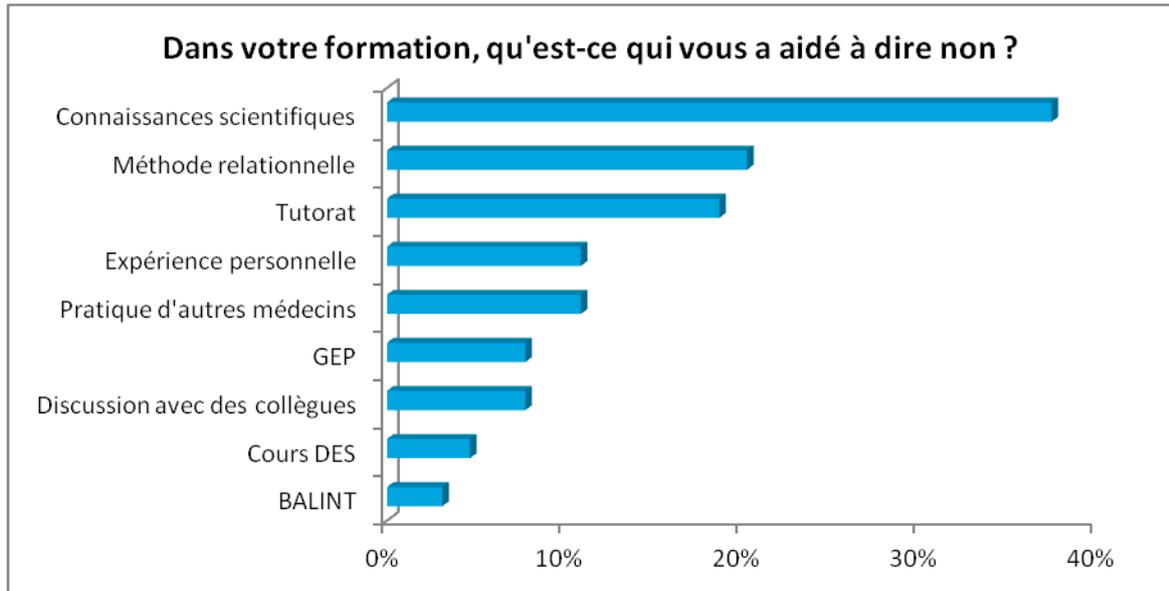
Les **connaissances scientifiques** étaient citées par **38%** des internes, la formation à la **méthode relationnelle** par **20%**, les séances de **tutorat** par **19%** puis venaient **l'expérience personnelle** (**11%**), l'observation de la **pratique d'autres médecins** (**11%**), les **discussions entre collègues** (**8%**), les **groupes d'échange de pratiques** (**8%**), les **cours du DES** (**5%**) et les groupes **Balint** (**3%**).

Graphique n°11 : Les internes pensent-ils que la formation reçue les aide à dire non ?



(1 = Pas du tout, 6 = Enormément)
NSP : Ne Se Prononcent pas

Graphique n°12 : Eléments de la formation reçue aidant à dire non selon les internes



GEP : Groupe d'Echange de Pratiques

1.6. COMPARAISON DES DONNÉES EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU SEXE

Les difficultés à dire non des internes ne variaient pas en fonction de l'âge et du sexe de manière statistiquement significative ($p > 0,05$), pour les questions 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8.

1.7. COMPARAISON DES DONNÉES EN FONCTION DES STAGES

Les difficultés à dire non des internes ne variaient pas en fonction de la réalisation ou non de stages ambulatoires ($p > 0,05$) pour les questions 2, 4, 5, 6, 7 et 8.

2. ÉTUDE QUALITATIVE : LES FOCUS GROUPS

Nous avons réalisé quatre focus groups, qui se sont déroulés du 19 décembre 2013 au 18 février 2014. Au total, 4h55 d'enregistrements ont été analysées.

Nous avons recruté 23 internes inscrits en DES de Médecine Générale à la Faculté de médecine de Paris Descartes.

La moyenne d'âge des participants était de 26,9 ans (minimum 25 ans, maximum 29 ans).

Ils étaient 1 homme pour 22 femmes, soit un sex-ratio de 22.

2.1. CARACTÉRISTIQUES DES GROUPES

2.1.1. Focus Group n°1 [A, B, C, D, E, F]

Le focus group n°1 s'est déroulé le jeudi 19 décembre 2013 à partir de 19h, à mon domicile (Paris).

J'étais le modérateur [M] et mon directeur de thèse était l'observateur.

Six internes ont participé à ce groupe. Une interne invitée s'est décommandée le jour même pour des raisons personnelles.

Dans le cadre du respect de l'anonymat, les participants ont été identifiés par des lettres.

A est une femme de 27 ans, interne en TCEM3, actuellement en SASPAS à Pantin dans un Centre Municipal de Santé et en PMI dans le 18^{ème}.

B est une femme de 27 ans, interne en TCEM3, actuellement en stage aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil. Elle a fait un stage chez le praticien de niveau I.

C est une femme de 28 ans, elle a fini son internat et effectue actuellement des remplacements. Durant son internat, elle avait fait un stage chez le praticien de niveau I et un SASPAS.

D est une femme de 27 ans, elle a fini son internat en novembre 2013 et effectue actuellement des remplacements à mi-temps dans un centre de santé. Elle avait fait un stage chez le praticien de niveau I et un SASPAS durant son internat.

E est un homme de 28 ans, actuellement en TCEM3. Il effectue un stage hospitalier et a déjà fait un stage chez le praticien de niveau I.

F est une femme de 28 ans, actuellement Faisant Fonction d'Interne (FFI) en post-internat. Elle réalise un stage à l'Equipe Mobile de la Douleur et Soins Palliatifs de l'Hôpital Lariboisière dans le cadre d'un DESC de douleurs et soins palliatifs.

Le débriefing concluait à un groupe homogène, sans leader ni sous-groupe. La discussion s'est déroulée dans une ambiance calme et conviviale. Les participants étaient plutôt en fin d'internat ou en post-internat (remplacements).

Les interventions du modérateur ont été considérées comme pertinentes mais peut-être trop rapides. Lors d'un prochain groupe, il serait intéressant de respecter d'avantage les silences. Nous avons considéré la présence de l'observateur, enseignant à la faculté et maître de stage comme pouvant potentiellement influencer le discours de certains. Nous avons donc décidé qu'il ne participerait pas aux groupes suivants.

2.1.2. Focus Group n°2 [G, H, I, J, K, L]

Le focus group n°2 s'est déroulé le jeudi 23 janvier 2014 sur le site Cochin de la Faculté de Médecine Paris Descartes entre 12h30 et 14h.

J'étais le modérateur [M] et il n'y avait pas d'observateur.

Six internes étaient présentes. Elles avaient été recrutées lors des interventions au cours des séances de groupes d'échange de pratiques. Elles étaient donc toutes en milieu de leur stage chez le praticien de niveau I.

G est une femme de 29 ans, actuellement en 3^{ème} semestre d'internat (2 semestres de disposition).

H est une femme de 25 ans, actuellement en 3^{ème} semestre d'internat.

I est une femme de 25 ans, actuellement en 3^{ème} semestre d'internat. Elle hésite à faire le DESC d'urgences.

J est une femme de 25 ans, actuellement en 3^{ème} semestre d'internat.

K est une femme de 27 ans, actuellement en 3^{ème} semestre d'internat.

L est une femme de 25 ans, actuellement en 3^{ème} semestre d'internat.

Le groupe était homogène, sans leader ni sous-groupe. Toutefois, une participante [I] était plus en retrait et est moins intervenue.

L'ambiance était calme et détendue. La discussion a toutefois été perturbée à quelques reprises par un employé de la faculté et finalement interrompue à 14h pour libérer la salle.

2.1.3. Focus Group n°3 [N, O, P, Q, R]

Le focus group n°3 s'est déroulé le vendredi 24 janvier 2014 à mon domicile (Paris) à partir de 19h30.

J'étais le modérateur [M] et mon compagnon était l'observateur (activité professionnelle non médicale).

2 internes ont annulé au dernier moment pour raisons personnelles. Cinq internes ont finalement participé à ce groupe.

N est une femme de 27 ans. Elle a terminé son internat en novembre 2013 et effectue depuis trois mois des remplacements dans le cabinet où elle a fait son SASPAS, à Paris.

O est une femme de 28 ans, remplaçante depuis novembre 2012 dans les deux cabinets où elle a réalisé son SASPAS.

P est une femme de 28 ans, qui a terminé son internat en novembre 2013. Elle est remplaçante depuis trois mois à Poissy dans un cabinet de groupe. Elle avait réalisé un SASPAS durant son internat.

Q est une femme de 27 ans, actuellement en TCEM₃. Elle effectue un SASPAS dans un cabinet de groupe à Paris.

R est une femme de 27 ans, elle a fini son internat en novembre 2013 et est remplaçante depuis trois mois. Elle avait réalisé un SASPAS durant son internat.

Le groupe était homogène, sans leader ni sous-groupe. Une participante est moins intervenue [P].

Les participantes sont plutôt en fin voire en post-internat.

[R] est arrivée au cours de la discussion mais s'est bien intégrée dans le groupe.

L'observateur était neutre, non connu des participants et n'avait pas de connaissance du milieu médical.

2.1.4. Focus Group n°4 [S, T, U, V, X, Y]

Le focus group n°4 s'est déroulé le mardi 18 février 2014 au site Cochin de la Faculté de Médecine Paris Descartes entre 12h30 et 14h.

J'étais le modérateur [M] et il n'y avait pas d'observateur.

6 internes étaient présentes. Elles avaient été recrutées lors des interventions au cours des séances de groupes d'échange de pratiques. Elles étaient donc toutes en SASPAS.

S est une femme de 26 ans, actuellement en SASPAS à Paris, chez deux praticiens et en tiers-temps en PMI/planning familial.

T est une femme de 26 ans, en SASPAS à plein temps, à Paris dans un cabinet de groupe.

U est une femme de 27 ans, en SASPAS à Paris chez un praticien exerçant seul, dans un cabinet de groupe et en tiers-temps dans un centre d'orthogénie.

V est une femme de 26 ans, actuellement en SASPAS en Seine-Saint-Denis, chez trois praticiens en cabinet de groupe.

X est une femme de 27 ans, en SASPAS à Paris, chez trois praticiens en cabinet de groupe.

Y est une femme de 28 ans, en SASPAS à Paris dans deux cabinets de groupe et en tiers-temps dans un centre d'orthogénie.

Ce groupe était homogène, sans leader ni sous-groupe. L'ambiance était calme et conviviale.

Une participante est moins intervenue [Y].

La durée de la discussion a dû être limitée à 1 heure en raison d'obligations professionnelles des participantes.

2.2. ANALYSE QUALITATIVE

Les réponses des participants sont classées par ordre de fréquence, des items les plus souvent cités au moins cités.

2.2.1. Dans quelles situations est-on amené à dire non au patient ?

Au début de chaque groupe, les participants étaient invités à citer ou décrire les différentes situations ou demandes des patients pour lesquelles ils étaient fréquemment amenés à dire non.

La demande la plus fréquemment citée par les internes était celle de la **prescription d'antibiotique**. En effet 15 internes [A, F, C, B, D, E, J, P, Q, R, T, S, U, Y, V] sur 23 racontaient des cas de consultations où le patient demandait explicitement une prescription d'antibiotique ou faisait ressentir son souhait d'une telle prescription au médecin.

Le plus souvent, le patient présentait une infection des voies respiratoires hautes type rhinopharyngite ou bronchite, et l'interne ne jugeait donc pas la prescription adaptée. Les internes étaient sûrs d'eux quant au refus mais pouvaient parfois ressentir une forte pression de la part du patient.

- | | |
|-----|--|
| [P] | « (...) quand j'étais en SASPAS, y avait une patiente qui venait pour une rhinopharyngite, et elle voulait absolument des antibiotiques, elle ne voulait pas partir tant qu'elle n'avait pas eu ses antibiotiques. » |
| [Q] | « (...) initialement je me battais comme vous, c'est-à-dire en permanence dire : non une rhinopharyngite, c'est pas sous antibiotique (...) » |
| [F] | « (...) c'était une personne en activité qu'avait pareil un tableau viral (...) mais l'argument c'était mais moi je peux pas louper mon travail, donnez-moi un antibiotique (...) » |
| [J] | « (...) c'était un patient noir, qui venait parce qu'il avait une bronchite qui trainait depuis cinq jours, donc il était plutôt sur la fin. Et lui il voulait une radio et des antibiotiques. » |
| [S] | « Quand par exemple, il y a un rhume qui traîne déjà depuis deux semaines et où ils ont, par exemple, leur mari qui a vu un autre médecin, qui les a mis sous antibiotiques et pourquoi nous on ne les mettrait pas sous antibiotiques (...) » |
| [Y] | « Une fois j'ai eu un patient qui venait vraiment pour... avec une demande d'antibiotique vraiment forte. » |
| [V] | « (...) j'ai toujours mal à la gorge donc je viens chercher, vous me posez... vous me posez une ordonnance d'antibiotique à l'accueil. » |

9 internes [C, A, G, K, J, N, S, V, T] disaient être fréquemment confrontés à la demande de **prescription d'examen complémentaire**.

Il pouvait s'agir de demande qualifiée de « check-up » par les internes [A, J], c'est-à-dire d'un bilan général sans plainte somatique associée.

- | | |
|-----|---|
| [A] | <i>« Sur la demande d'examens complémentaires... C'est quelque chose sur lequel je me suis un peu sensibilisée (...) j'ai des demandes tous les jours, de bilan check-up pour vérifier que tout va bien (...) »</i> |
| [J] | <i>« (...) je pense notamment aux bilans lipidiques, il y a des tas de patients, alors bon outre le fait qu'ils ont leur bilan tous les ans, qui reviennent en disant mon cholestérol machin (...) »</i> |

Mais plus fréquemment, le patient se présentait en consultation avec une demande précise de prescription d'imagerie. Il s'était souvent documenté sur internet ou avait été conseillé par des proches. La demande était souvent liée à une angoisse sous-jacente importante.

Pour les internes [N, S, V, Q, T], au vu de la symptomatologie, la prescription n'était pas indiquée selon les recommandations. Mais à l'inverse de la demande d'antibiotique, ils se sentaient plus en difficultés, invoquant notamment la peur de passer à côté d'un diagnostic.

- | | |
|-----|--|
| [N] | <i>« (...) il y a quand même deux demandes qui reviennent régulièrement, la demande d'examens complémentaires, c'est des patients qui cherchent beaucoup d'infos par eux-mêmes, alors qu'est-ce que vous penseriez de me prescrire une IRM, j'ai lu et je pense que ça (...) »</i> |
| [S] | <i>« Pour des demandes d'examens complémentaires aussi. Qui ne sont pas justifiés. (...) J'ai eu le cas d'une patiente la semaine dernière qui est venue me voir parce qu'elle avait mal à la tête et elle voulait faire une IRM cérébrale, parce que, elle a... une de ses amies qui est morte il y a trois mois d'un anévrisme... et donc du coup, ben moi je lui ai dit que, pour moi il n'y avait pas d'indication là, parce que pour moi ses maux de tête ça ne m'inquiétait pas, mais bon elle, elle était toujours là en train de me dire mais s'il y a vraiment un anévrisme, on sera passé à côté, alors du coup ça nous met un peu en... »</i> |
| [V] | <i>« Mais après sur les examens complémentaires, des fois ils nous... ils nous poussent un peu sur les examens complémentaires et des fois c'est dur de se sentir assez confiant (...) si je passe à côté d'un truc alors que je suis en train de lui expliquer très clairement que non, non, non, il n'y a pas du tout besoin de faire d'écho ou d'IRM (...) »</i> |
| [K] | <i>« (...) parce que c'est un peu... le lumbago et les entorses de cheville (acquiescement général), c'est souvent les trucs où les patients veulent des radios et où effectivement c'est pas recommandé en première intention. »</i> |

[T] « J'ai un patient hier qui me dit, oui j'ai des douleurs dans le pouce et j'ai une amie qui a une arthrose du pouce et du coup je pense que c'est ça (...) Mais il a beaucoup insisté pour avoir une radio, j'ai dit bon je pense qu'on ne verra rien du tout sur la radio mais bon (...) Donc je lui ai fait quand même mais c'est bête quoi. »

Pour 7 internes [C, D, E, A, P, S, V], les demandes d'**arrêt de travail** pouvaient être problématiques, notamment quand elles étaient jugées abusives. Ils décrivaient le sentiment d'être utilisé. Le non était alors plus catégorique.

[E] « (...) quand il y a une demande qui est énorme, enfin typiquement un patient qui demande 5 jours d'arrêt de travail pour une rhinite (...) qu'on a vraiment l'impression qu'il y a une personnalité qui se joue de nous en face, c'est compliqué. »

[A] « (...) je suis pas allé bosser j'ai besoin d'un arrêt de travail, c'était limite un sketch (...) »

[P] « Moi dernièrement c'est les arrêts de travail. Je trouve que je suis fréquemment amenée à dire non, je ne pense pas que je dise non abusivement mais c'est surtout des patients qui demandent abusivement je trouve donc... les arrêts de travail pour des rhinopharyngites, pour des gastros (...) et les mal de dos aussi. »

[S] « Pareil, les arrêts de travail. C'est très, très fréquent. Ou alors même les mots d'excuse pour les écoles ou pour les crèches, c'est très fréquent. »

[V] « Après par exemple pour un arrêt de travail (...) il venait très clairement en me disant oui samedi je fais la colo avec les enfants donc là, jeudi, vendredi... je voudrais me reposer. »

Venait ensuite la demande de prescription de **psychotropes**, qu'il s'agisse d'un renouvellement ou d'une nouvelle prescription.

Les internes [F, H, O, U, N, S] exprimaient vouloir dire non à ces demandes afin d'éviter des effets secondaires potentiels, notamment en terme d'accoutumance ou de dépendance. La pression du patient était souvent décrite comme importante, surtout lors d'un renouvellement, et les internes se sentaient « piégés » par l'absence d'alternative thérapeutique à proposer au patient.

[F] « (...) ça me fait penser aux personnes âgées enfin... ou pas d'ailleurs... qui ont leur petit somnifère (...) c'est vrai qu'on sait tous hein que franchement les benzos le soir, au long cours, bien sûr tout le monde est au courant que c'est pas bon. (...) bref ça, c'est assez compliqué de dire non parce que... quand on dit non, on n'a pas les moyens après de forcément, de prendre en charge de manière différente leurs insomnies. »

[H] « (...) sur les benzos, le mésusage des benzos quoi, ah vous me remettrez mon Seresta® docteur alors que ça fait en fait un an qu'elle en a et que... elle le prend pour dormir tous les soirs (...) »

- [O] « (...) alors ils sont là, ça fait cinq ans qu'ils ont leur benzodiazépine, ils veulent absolument que tu triches parce que le médecin d'avant l'a fait, sur l'ordonnance (...) et en plus ils en ont besoin, c'est ça qui est difficile. »
- [U] « Alors dans le cas d'une nouvelle prescription, c'est sûr que c'est toujours plus facile, mais c'est vrai que dans le renouvellement, quand c'est des gens qui ont du Stilnox® ou de l'Imovane® depuis des années, j'essaie toujours d'en reparler parce que voilà, je leur dis que ce n'est pas normal, c'est pas les recommandations, et pourquoi on en est arrivé là et... alors c'est sûr que, y a beaucoup de gens où ça fait vingt ans, c'est pas vous docteur qui allez changer les choses mais... »
- [N] « Et l'autre demande récurrente, c'est les psychotropes. »
- [S] « Les demandes d'anxiolytiques, de somnifères... ben moi j'en ai beaucoup. »

Les demandes de prescriptions pouvaient également concerner d'autres classes médicamenteuses, dont les internes se méfiaient des effets secondaires potentiels, notamment les **Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)**.

- [X] « Ça peut être les anti-inflammatoires ou certains antalgiques (...) »
- [U] « Mais je leur dis, ANTI-inflammatoires. (...) parfois il y a des complications, parce que vraiment je n'ai pas du tout envie d'en prescrire et j'ai envie de leur dire, non quoi. »

Les internes [V, T, E, D] se trouvaient également régulièrement confrontés à des demandes de **certificats médicaux** qu'ils souhaitaient refuser. Les raisons du refus étaient qu'ils étaient jugés comme injustifiés ou que l'interne exprimait ne pas avoir les compétences suffisantes pour établir un tel certificat. Ne sachant pas exactement les tenants et aboutissants de ces certificats, ils redoutaient surtout des conséquences judiciaires.

- [V] « (...) moi je pense aux certificats. On dit non sur pleins de certificats qui sont soient injustifiés, soit c'est pas de notre ressort, soit c'est... soit on ne veut pas les faire parce que ça peut mettre le patient dans l'embarras ou pour pleins de raisons différentes, on a à dire non à des certificats. »
- [T] « Autant les certificats, (...) alors que c'est ça qui peut nous créer le plus d'ennuis et de procès, finalement en termes de fréquence (...) »
- [E] « (...) ben des demandes, de la même manière si un soignant demande une... un certificat médical, ça arrive souvent à l'hôpital (...) »

[D] « J'avais par exemple, c'était quelqu'un comme ça qui venait, une consultation pour un certificat de sport, il venait pour deux motifs, le certificat de sport et une douleur thoracique (sourires) chez un monsieur qui fumait et qui avait donc zéro activité et cetera. Et donc j'ai tout de suite dit qu'il y allait avoir un problème... pour répondre positivement aux deux. »

Ces refus de certificats concernaient également souvent des **demandes pour une personne absente de la consultation** [A, E, D, F, K, H, N, P, S]. La majorité des internes exprimait être tout à fait opposés à de telles prescriptions.

[A] « (...) certains en me demandant d'écrire des ordonnances pour des gens qui n'étaient pas physiquement présents. »
[E] « (...) c'est sûr que je vais toujours refuser de faire un certificat sur le comptoir de la secrétaire alors que j'ai pas vu l'enfant (...) »
[D] « (...) pas de certificat si je vous vois pas... »
[F] « Par exemple, faire une ordonnance pour quelqu'un d'absent ou quelqu'un au pays par exemple (...) »
[K] « (...) est-ce que vous pourriez faire une ordonnance de metformine pour ma mère qui est au pays ou j'en sais rien, ou un certificat de sport pour ma fille, enfin nous c'est vraiment dix consultations par jour, au moins quoi ! »
[H] « Moi je sais que chez le prat... pour plusieurs choses voilà, par exemple, un médicament pour ma sœur, qu'il connaît parce qu'il suit toute la famille (...) »
[N] « Ou "et vous pouvez me prescrire quelque chose pour" ... »
[P] « Mais ça, c'est pareil quand j'étais en SASPAS, j'arrivais pas à dire non mais maintenant, pas de remords. »
[S] « (...) par exemple, moi quelqu'un qui vient me voir et qui me demande, oui donc et puis ma fille elle voudrait faire de la gym, est-ce que vous pouvez faire un certificat (...) »

Les internes [A, B, Q, O] racontaient également être souvent confrontés à des **demandes qualifiées de « liste de courses »**. Le refus était alors motivé par la sensation d'être utilisé comme un prescripteur et non en tant qu'expert médical.

[A] « (...) c'était que ça, avec des post-it posés sur la table avec la liste des courses euh... avec et vous me mettez 3 boîtes de ça, avec... je suis pas allé bosser j'ai besoin d'un arrêt de travail, c'était limite un sketch (...) Les demandes d'exams complémentaires injustifiées, les arrêts de travail injustifiés, les médicaments façon liste de course (...) »
[Q] « Parce que c'est pareil le nombre de demandes dans une consultation, je viens avec ma liste de quatre choses. (...) Comme le paracétamol, c'est pareil. Ils font un peu leurs courses, ils sont venus pour autre chose mais si on pouvait rajouter deux boîtes de Doliprane®. »

- [O] « Et quand dans le 14^{ème} ils n'ont pas conscience que cinq motifs... alors est-ce que c'est, alors peut-être que j'arriverais à les gérer si c'est rien en vingt-cinq minutes, mais c'est plus parce que finalement, on n'accepte pas qu'ils aient cinq motifs je pense, plus que... »
- [B] « (...) c'était souvent des demandes post-it (...) »

Une des demandes récurrentes concernait le **Dexeryl®**, une crème émolliente et hydratante indiquée comme traitement d'appoint des sécheresses cutanées et des brûlures superficielles et pris en charge à 15% par la sécurité sociale.

Cette demande de prescription a suscité de nombreuses interrogations dans chaque groupe. La population demandeuse de ce type de prescription était décrite comme plutôt en situation de précarité, issue de l'immigration et bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Les avis étaient partagés. Une interne [D] expliquait refuser catégoriquement ce type de demandes, car elle considérait la prescription injustifiée au niveau dermatologique et abusive. Deux internes [B et E] considéraient cette demande comme un droit du patient qu'on ne pouvait lui refuser, patient qui, selon eux, avait déjà peu de droits.

Les autres internes [V, O, R, T] avouaient ne pas savoir comment répondre à ces demandes, fréquentes par ailleurs, partagées entre le détournement cosmétique d'une prescription médicale et le souhait de ne pas porter de jugement sur des patients en situation précaire. Dans le doute, ils refusaient rarement.

- [D] « (...) je mets un point d'honneur à dire non au Dexeryl® en fin de consultation euh... qu'a pas lieu d'être parce que voilà il consulte pas pour une pathologie dermato donc c'est bon (...) »
- [B] « (...) j'ai plus de difficultés à dire non à quelqu'un qui a déjà tellement entendu de non, tout le temps. Enfin c'est vrai que j'ai plus de facilités à rajouter le Dexeryl®, à me dire ben au moins... il aura la peau douce (rires). »
- [E] « Pour moi le fait d'accéder à ce genre de demande, c'est au contraire le fait de rétablir une forme d'égalité c'est-à-dire que le patient qui demande du Dexeryl® c'est pas tout le monde... enfin c'est plutôt des couches un peu populaires, pas que mais... et donc le fait d'accéder à leur demande pour moi c'est reconnaître qu'ils peuvent avoir une demande et que je l'entends. C'est comme si je légitimais leur parole en fait. »
- [V] « (...) nous c'est un peu la culture du cabinet où tout africain qui veut repartir avec son Dexeryl® et son Doliprane® aura ses trois, quatre boîtes de... enfin je ne sais pas, après c'est une culture de cabinet (...) »
- [O] « C'est ce que j'allais dire, reste le problème du Dexeryl®. Moi, sincèrement, j'ai complètement lâché, je m'en rends compte mais de toute façon, ils l'ont tous donc (...) Parce qu'il y a un jugement de revenus, qui ne rentre plus en compte dans la relation médecin-malade, de dire ah bon mais vous ne pouvez pas vous acheter votre... je ne sais pas quoi, Nivea crème® ? »

- [R] « J'ai du mal moi avec le Dexeryl® (rire), je suis d'accord. C'est la fin de la consult (...) le Dexeryl®, il est souvent utilisé comme de la cosmétique, comme une crème d'hydratation donc chez Monoprix®, il y a Nivea® qui doit pas coûter hyper cher et là je me dis, j'ai pas trouvé la clé pour le Dexeryl®, mais je ne suis pas satisfaite quoi. »
- [T] « (...) un jour j'avais un patient qui partait en Afrique et qui m'a demandé du Dexeryl® et du Doliprane® pour trois mois s'il vous plaît (sourires). »

Les demandes concernant la **prescription de médicament princeps** plutôt que du générique était également vécues comme complexes.

Pour les internes [D, F, K, L], elles avaient reçu un enseignement où le générique et le princeps étaient équivalents en terme d'efficacité thérapeutique. Mais le discours des patients, notamment au niveau des intolérances, les mettait en difficultés et elles avaient du mal à leur faire accepter leur point de vue. Il était souvent difficile de refuser.

- [D] « Moi j'ai une situation où c'est difficile de dire non c'est quand quelqu'un me demande de prescrire le médicament princeps et non le générique et alors là c'est extrêmement difficile, parce que... parce que je ne sais pas. Parce qu'il y a des médicaments où on m'a toujours dit, faut jamais prescrire le générique, type le Levothyrox®, y a des médicaments où j'en sais rien... y a quand même, on ne sait pas quoi, il paraît que le médicament il peut varier (...) »
- [F] « Pour les génériques moi je sais qu'au début, on nous avait tellement bien dit, prescrit en générique machin, je disais non sans scrupule. Puis après, des études... enfin y a eu un peu des polémiques et du coup là ben... après tout pourquoi pas allez hop non substituable... c'est pareil, quand on est dans le flou. »
- [K] « Je trouve ça compliqué, c'est un détail mais l'histoire du non substituable sur les ordonnances (acquiescement général), je trouve ça très compliqué. Parce que les patients ils... y en a beaucoup qui réclament, quasiment toute l'ordonnance, en non substituable... Et ils ont tous une bonne raison... Et du coup je le fais, mais vraiment je ne suis pas du tout à l'aise quoi. »
- [L] « Quand par exemple c'est toute l'ordonnance, bon ben docteur vous me ferez tout ça en non substituable, enfin vraiment (...) Quand il n'y en a qu'un seul à la limite tu peux dire ouais... t'as envie d'y croire mais après quand c'est beaucoup trop. »

Les internes [B, F, J, Q, R, D] exprimaient être en difficultés face aux demandes du patient amenées en **fin de consultation**. Le manque de temps pouvait conduire à l'acceptation d'une prescription non satisfaisante pour eux.

- [B] « On met un petit traitement, en fin de consultation, une fois qu'on a pris du temps pour les choses qui nous paraissent plus aiguës, plus urgentes (...) et on dit oui généralement en soufflant... et hop c'est fait (acquiescement général). »

- [F] « (...) parce que juste au moment par exemple où ils nous demandent la benzo pendant la consult au bout d'une demi-heure de conversation (...) »
- [J] « Alors que le patient, la petite mamie, toute gentille, qu'on connaît bien, qui nous complimente, qui nous caresse dans le sens du poil, c'est vachement plus difficile de lui dire ben non... je ne vais pas vous faire ça, surtout quand ça arrive un peu en fin de consultation et au fait machin... »
- [Q] « Et au moment où ils partent, ils disent, ah au fait, j'ai du sang dans les selles, ouh (rires) on est reparti. »
- [R] « J'ai du mal moi avec le Dexeryl® (rire), je suis d'accord. C'est la fin de la consult... »
- [D] « (...) je mets un point d'honneur à dire non au Dexeryl® en fin de consultation (...) »

La **demande de rendez-vous en urgence** était perçue comme délicate par 4 internes [C, N, O, Q]. Ce type de demande combinait un planning souvent chargé à l'exigence du patient d'être vu rapidement et à une notion d'urgence, toutefois relative. Lorsqu'ils ne réussissaient pas à dire non, le mécontentement était important.

- [C] « Moi j'ai beaucoup de mal à dire non (...) sur les rendez-vous. Souvent mon déjeuner saute, mon dernier rendez-vous du soir est finalement trois heures après le dernier rendez-vous que j'avais prévu (...). Je trouve ça encore difficile de dire non et là je lâche assez vite, s'ils me disent mais si, là c'est urgent, après je les vois et c'était pas du tout urgent, mais c'est trop tard j'ai pas réussi à dire non et ça c'est un truc... c'est un truc j'aimerais pouvoir (...) et j'y arrive pas. »
- [N] « Savoir dire non c'est aussi dans la gestion de l'agenda quoi. Si le planning est plein... »
- [O] « Alors que le patient, au téléphone, il faut que je vienne, je ne peux pas autrement, je pars demain à 7H, ok, venez. Ça c'est compliqué. »
- [Q] « Justement j'avais une dame comme ça qui était venue en urgence (...) là je gère l'urgence, je ne vais pas prendre non plus quarante minutes pour une gastro. Et finalement elle est revenue en urgence, de nouveau, un soir à 18h30 en disant, le médecin doit me recevoir (...) »

Par ailleurs, ce type de demande se faisait souvent **par téléphone**, ce qui, selon les internes [Q, N, O], les mettaient plus en difficultés que les demandes en face à face.

- [Q] « Moi c'est le téléphone. (...) Et le côté "mais vous m'avez vu hier, est-ce que vous pourriez me refaire le papier", le côté administratif par téléphone, me pèse. (...) Oui, pour moi c'est plus difficile de dire non au téléphone, qu'en face. »
- [N] « Ou "vous m'avez vu il y a pas très longtemps, vous me faites un certificat de sport". C'est classique. »

[O] « Alors que le patient, au téléphone, "il faut que je vienne, je ne peux pas autrement, je pars demain à 7H", ok, venez. Ça c'est compliqué. »

Pour les internes du focus group n°3 [N, P, Q], une demande fréquente concernait le fait de **voir plusieurs personnes en consultation sur une seule plage de rendez-vous**. Ces demandes étaient vécues comme déplaisantes, mais il était difficile de refuser une fois la personne entrée dans le cabinet.

[N] « Une autre situation aussi c'est quand le rendez-vous il est pour une personne et "mais vous pouvez me voir aussi ?" »

[P] « (...) elle est venue avec deux autres personnes et elle avait pris rendez-vous que pour une personne en fait. »

[Q] « (...) je leur dis, ah mais là je ne vais pas avoir le temps (...) mais je leur demande de regarder si j'ai une place, je les prends, je décale. »

Les internes de ce groupe [N, Q, R, O] avaient également été confrontées à des **demandes d'informations personnelles** les concernant, type numéro de portable ou adresse email. La crainte d'une effraction dans leur vie personnelle était importante et motivait leur refus catégorique.

[N] « C'est aussi une thématique, ça dans le dire non, c'est... est-ce que je file mon numéro ? »

[Q] « Mais j'ai une de mes prat qui le faisait mais qui a compris son erreur quand on a commencé à la harceler la nuit mais... et puis c'est pareil, elle avait un mail professionnel et ça finissait effectivement par envoyer un mail, en disant ma TSH est à tant, j'augmente le Levothyrox® à combien. »

[R] « Moi j'ai fait l'erreur d'appeler un patient avec mon portable. (...) et il m'a envoyé un SMS, je sais pas, deux, trois semaines après (...) il voulait un rendez-vous je crois (...) Et je l'ai appelé en lui disant alors en fait, je suis désolée, je vous ai appelé effectivement de mon numéro personnel la dernière fois mais voilà, c'était une erreur de ma part et voilà si vous appelez c'est au cabinet et hors de question. »

[O] « Oui moi on me l'a déjà demandé, "mais ça va être plus simple, est-ce que je peux pas vous joindre"... »

Les internes du groupe n°2 ont rapporté être en difficulté vis-à-vis des demandes pouvant toucher le **secret médical**. [H] exposait la situation de demande d'information par les parents concernant une consultation avec leur enfant. L'opinion générale était de ne pas divulguer d'information mais leurs connaissances juridiques et déontologiques étant insuffisantes, les arguments en faveur du refus manquaient et il était difficile d'opposer clairement cette décision aux parents.

- [H] « Il y a une autre situation à laquelle je pense, c'est quand on suit une famille, notamment par exemple un ado (...), et puis ben lui il est venu nous voir (...) les parents arrivent une semaine après, et alors ça s'est bien passé avec Jean-Paul? Euh bon ben on peut dire oui, oui ça s'est bien passé... alors qu'est-ce que vous avez dit? Qu'est-ce que vous avez fait? (...) mais en même temps il y a aussi le secret médical (...) »
- [G] « Je ne sais pas pour les enfants enfin à partir de quel âge, mais pour les adultes, il me semble que le secret médical de toute façon prime sur énormément de choses comme la non-assistance à personne en danger (...) »
- [J] « Et je pense notamment au secret médical, enfin, je me souviens d'un cas comme ça où la personne voulait absolument savoir en disant mais si, mais vous devez me dire (...) »

Certaines internes [O, P] avaient été confrontées au **refus de paiement** par le patient. Elles décrivaient avoir été gênées par cette situation et avoir « lâché ». Au-delà du caractère financier, elles se disaient non satisfaites de l'issue de la consultation, le patient ne légitimant pas leur pratique en quelque sorte.

- [O] « Sur le refus de paiement (...) bon je lâche parce que par exemple, le motif de dire, de se battre pour de l'argent ça me saoule, parce que je trouve que c'est un motif voilà, on n'est pas là pour ça. Mais effectivement c'est hyper non satisfaisant quoi. »
- [Q] « Et justement, quarante-cinq minutes, une urgence à gérer, je leur ai demandé vingt-sept. Ben je me suis fait engueuler pendant un quart d'heure comme quoi j'avais demandé un dépassement d'honoraires. J'ai finalement lâché en demandant vingt-trois et ils m'ont jamais payé. (...) c'est vrai que le côté financier même si on n'a pas le problème... derrière ça compte. »

Un interne [J] exposait être souvent confrontée à des **demandes abusives concernant le tiers-payant**.

- [J] « Après, moi j'ai une autre situation de patient que je trouve compliquée, mais vraiment c'est les patients qui sont en 100% ou en CMU et qui disent non mais j'y ai droit, mais j'y ai droit... que ce soient les 100%, les ambulances (...) il y a quand même tous ces patients qui abusent et auxquels on a envie de dire non mais enfin, il n'y a pas de raison pour que vous pesiez comme ça sur... sur la société dans son ensemble alors que vous n'en avez pas besoin (...) »

De manière moins fréquente, les situations où les internes étaient amenés à dire non concernaient également la demande de **prescription de médicament remboursé** [O], des demandes de **visites à domicile non justifiées** [O] et des demandes de **consultation d'un spécialiste** jugées non justifiées [U].

En résumé :

Les demandes des patients que les internes avaient été amenées à refuser ou auraient souhaité refuser concernaient des demandes jugées :

- **Inadaptées** sur le plan médical, au vu des connaissances actuelles et des recommandations (antibiotiques, examens complémentaires, avis spécialisé).
- **Dangereuses** pour le patient en raison d'effets secondaires potentiels (psychotropes, AINS).
- **Abusives par rapport au système de soins** (arrêt de travail, certificat médical, princeps/générique, tiers-payant).
- **Abusives par rapport au cadre de la consultation** (demande pour une personne absente ou pour plusieurs personnes, rendez-vous en urgence, demande "listes de courses", demande par téléphone).

2.2.2. Les difficultés face au non

Il était ensuite demandé aux participants des focus groups de préciser quelles situations ou quels patients les mettaient en difficultés, et pour quelles raisons il était plus difficile de refuser la demande du patient.

La situation la plus fréquemment citée par les internes (12 sur 23) était le fait de prendre en charge la **patientèle d'un praticien installé**, qu'il s'agisse du maître de stage en niveau I et en SASPAS ou du médecin remplacé.

L'interne devait s'adapter à la pratique de ce médecin, à ses habitudes de prescription et à ses relations avec ses patients. Les internes étaient partagés entre des pratiques avec lesquelles ils n'étaient pas toujours en accord et la peur de décevoir le praticien installé et sa patientèle. Cette ambivalence était alors décrite comme un frein dans leur pratique, qu'ils jugeaient alors non pleinement satisfaisante.

- [S] « Après pour le coup, je pense que la difficulté d'être interne aussi, moi j'ai eu ça plutôt en stage de niveau I parce que j'avais un des prat qui était très prescripteur, ben quand je l'appelais pour lui demander son avis, ben il me disait, bon ben écoute... prescri-lui. Alors quand toi t'as passé un quart d'heure à essayer d'expliquer au patient qu'il n'y en a pas besoin(...). Ben en fait, ça dévalorise tout ce que tu as fait avant, et ça c'est... c'est un peu frustrant. »
- [I] « Moi je trouve que c'est difficile parce qu'on est en position d'interne. Tu peux te dire qu'après quand tu seras dans ton cabinet, tu verras avec ta conscience entre guillemets (...) Alors que là tu... ton action elle ne va pas retentir sur toi, toi dans six mois tu t'en fous t'es plus dans le cabinet, mais ça va retentir sur ton prat donc c'est... »
- [U] « Oui ou la position d'interne. On est forcément là pour répéter un modèle que les patients connaissent. Donc c'est vrai que moi, j'en ai quelques-uns aussi comme ça où, carrément quand ils prennent rendez-vous, entre parenthèses elle me met antibiotics quoi (étonnement général). »
- [K] « Et du coup je le fais, mais vraiment je ne suis pas du tout à l'aise quoi. Mais je le fais, parce que ma prat a l'habitude de le faire alors (...) Surtout que je vois que ma prat elle fait attention à ça, elle veut garder ses patients donc moi, il faut pas que je dise un mot de travers quoi. »
- [Y] « Ceux qui arrivent aussi avec ben... la liste, pareil, mais parce que le médecin leur donne habituellement, c'est compliqué de... on ne veut pas dire ben non ça ne sert à rien ce qu'on vous donne habituellement dans le cabinet (...) c'est des habitudes du prat et je trouve ça compliqué. »
- [T] « Mais là comme je me dis, bon c'est une patiente de mon praticien, elle les connaît bien (...) Et du coup je me dis, je ne vais pas me mettre dans la merde non plus quoi. Mais voilà, c'était plus la pression entre guillemets du cabinet et du fait que ce n'était pas mon cabinet et ma patiente. De ne pas être complètement libre. »

- [L] « (...) ben c'est ça, vu qu'on n'est pas encore dans notre propre cabinet, c'est difficile, enfin je pense qu'on ne sait pas comment on va prendre les choses mais ça c'est plus compliqué quoi. »
- [P] « Quand j'étais en SASPAS, y avait une patiente qui venait pour une rhinopharyngite, et elle voulait absolument des antibiotiques (...) parce que son mari avait consulté mon prat deux jours avant et il avait eu des antibiotiques parce qu'il partait au ski. Donc elle était persuadée que d'avoir des antibiotiques ça allait la guérir. Au final, je lui ai prescrit et j'étais pas contente de moi mais... enfin voilà, je trouve que quand on est en SASPAS, on a une position qui est justement différente (...) »
- [R] « (...) parce que c'est vrai que voilà, on en revient au fait de, mais elle [maître de stage] l'a fait donc en tant qu'interne... »
- [V] « (...) après c'est une culture de cabinet, moi je le fais parce que mes prat le font, alors je n'essaie même pas de dire non. »
- [O] « En tant que remplaçante, c'est compliqué, ça c'est sûr. C'est très compliqué. »
- [A] « (...) c'est pas la patientèle d'un prat que je remplace, c'est de la consult d'urgence, donc y a pas aussi le côté... on doit un peu fidéliser la patientèle et pas trop se mettre mal avec eux (...) »

Pour la plupart des internes [A, C, D, E, G, I, Q], il était plus difficile de dire non à un **patient à qui on avait déjà dit oui**. Le patient s'attendait à ce qu'on accède à sa demande, soit parce qu'il s'agissait de la pratique habituelle d'un autre médecin, soit parce qu'on lui avait déjà dit oui soi-même lors d'une précédente consultation.

Le patient se trouvait souvent dans l'incompréhension et avait du mal à entendre le non.

- [M] « Les patients à qui on a dit oui souvent, c'est plus difficile du coup de dire non ? »
- [A] « Ah oui ! (...) de dire non vous n'avez pas besoin de ça enfin... c'était vraiment, je sentais qu'en face il y avait une incompréhension totale (rire)... »
- [I] « (...) une fois qu'on a franchi la barrière de dire... ben je vous ai dit oui pour vous faire plaisir alors que, médicalement je pensais que c'était non, je pense qu'après c'est difficile d'arriver à justifier enfin de dire la prochaine fois..., aujourd'hui, je vous dis oui mais la prochaine fois je vous dirai non. »
- [C] « Une fois qu'on a lâché un petit quelque chose c'est souvent encore plus difficile après de dire euh... non. »
- [E] « (...) si le médecin a fait ça avant, c'est difficile (...) »
- [D] « (...) c'était un papa qui m'appelait et qui me disait : (...) je voudrais que vous me fassiez un certificat, je dis... pas de certificat si je vous vois pas... et oui mais le médecin, il me le fait (...) »
- [G] « Du moment où on dit, après un premier oui, c'est ce que tu disais toute à l'heure, ben du coup on n'est pas satisfait, du coup le patient d'après on va se dire pourquoi j'ai dit oui au premier et que lui, je lui dis pas oui, enfin il n'y a pas de logique (...) »

[Q] « Moi j'ai appris à dire non chez un de mes praticiens, justement il n'avait pas du tout la pratique EBM, faculté, qu'on a pu apprendre ailleurs et en fait initialement je me battais comme vous, c'est-à-dire en permanence dire, non une rhinopharyngite c'est pas sous antibiotique (...) »

Par ailleurs, les participants décrivaient être mis en difficultés par des demandes concernant des **domaines qu'ils maîtrisaient moins** [E, D, H, O, R, T, U].

Lorsqu'ils étaient incertains par rapport à la demande du patient, ils manquaient d'arguments pour refuser, alors qu'ils sentaient que la prescription ne se justifiait pas complètement. Du fait de leur manque de connaissance, ils accédaient plus facilement à ces demandes mais en étaient insatisfaits.

[E] « (...) il y a des situations qui sont particulières pour moi, c'est quand j'ai l'impression que je dis non parce que j'ai la trouille, parce que j'ai peur d'assumer la responsabilité ou parce que (...) j'ai l'impression que je suis réticent à le faire parce que je ne sais pas le faire en fait. »

[D] « Moi j'ai une situation, où c'est difficile de dire non c'est quand quelqu'un me demande de prescrire le médicament princeps et non le générique et alors là c'est extrêmement difficile, parce que... parce que je ne sais pas. »

[H] « Se justifier, ben après faut être sûr de soi, faut être... faut pas que ce soit un sujet sur lequel on ne maîtrise pas parce que sinon, c'est mort (sourire)... impossible. Ça je pense que ça joue aussi beaucoup. »

[R] « Moi j'ai eu le cas, quand j'étais interne en SASPAS d'une patiente qui est venue me demander une cure thermale. Alors déjà j'en avais jamais prescrit de ma vie (...) j'ai eu beaucoup de mal, enfin... d'une, je ne savais même pas si c'était justifié, j'en avais aucune idée, je... vraiment mes connaissances là-dessus, EBM, étaient niveau zéro voire négatif (rire) mais j'ai pas réussi à dire non, je savais pas si j'avais envie de dire non (...) »

[O] « Je pense que c'est sur la justification du non, le problème c'est qu'elle ne savait pas. Donc c'est vachement plus dur de... c'est quasiment impossible d'ailleurs, de finalement lui dire non alors que tu ne sais pas (rires). »

[T] « Je crois qu'on est piégé par notre propre inexpérience et notre propre ignorance aussi. (...) au fond de moi, je me disais mais j'en sais rien. Donc je lui ai fait quand même mais c'est bête quoi. »

[U] « Ça joue beaucoup, comme on disait l'expérience. Le manque, ou au contraire la mauvaise expérience, dans un sens comme dans l'autre quoi. »

Dans le même ordre d'idée, les participants [B, E, F, U, V] décrivaient être en difficulté lorsque **le doute** s'installait en eux.

- | | | | |
|-----|--|-----|----------|
| [M] | « Quand on a le doute et qu'on n'est pas sûr de soi ? » | [B] | « Oui. » |
| [F] | « (...) quand on a les pressions, les doutes qui s'insinuent (...) » | | |
| [E] | « (...) pour moi ces espèces de gestes en aveugle où on fait un truc où on n'a pas toutes les informations euh... tout ça c'est difficile. » | | |
| [U] | « Et puis c'est les plus anxieux. Ceux qui nous font douter. » | | |
| [V] | « (...) souvent on dit non, sans s'en rendre compte en fait. Mais les cas qui nous marquent, c'est ceux où on a du mal à dire non (...) Donc c'est ça qui nous fait encore plus douter, parce que si... c'est pas d'avoir dit non, c'est le patient. C'est lui qui nous fait douter. » | | |

Une situation souvent décrite comme très problématique par les internes [G, H, I, K, O, Q, T] était celle du **patient agressif**, voire menaçant, verbalement et/ou physiquement.

Le contexte était celui d'un patient présentant une addiction (alcool ou drogues) et la demande concernait le plus souvent le renouvellement d'une prescription d'un médicament de substitution aux opiacés, type méthadone ou buprénorphine. Le patient n'était pas suivi dans le cabinet et l'interne n'avait pas accès à la prescription habituelle, ce qui faisait suspecter une consommation détournée. L'interne était une femme et se trouvait seule au cabinet.

Lorsqu'elles avaient été confrontées à cette situation, elles en gardaient un sentiment d'impuissance face à un danger imminent. Même si elles avaient essayé de négocier initialement, elles avaient toujours fini par accéder à la demande du patient par crainte de violences physiques.

- | | | | |
|-----|--|--|--|
| [G] | « Quand le patient est agressif. Clairement. Parce que... ben parce que, il y a un moment où on a peur qu'il devienne violent (...) et s'il se met à vouloir nous taper dessus ben... on ne peut rien faire. Donc moi personnellement, ça me met mal à l'aise... » | | |
| [K] | « Ça nous met mal à l'aise. Sans avoir vraiment peur qu'il nous tape quoi. On n'est pas à l'aise avec un patient agressif et du coup... On n'a moins envie de lui parler, d'écouter la consultation et on va faire ce qu'il veut et puis voilà quoi. » | | |
| [I] | « Quand les gens sont agressifs, enfin je pense, tu te dis, on ne peut pas... de toute façon je ne vais pas arriver à lui faire comprendre pourquoi... pourquoi je lui dis non parce que, il est tellement agressif que de toute façon ça ne sert à rien (...) » | | |
| [H] | « Je pense que ça n'est pas le problème d'être agressé, c'est-à-dire d'avoir quelqu'un d'agressif en face de soi, c'est de se sentir menacé (...) comment faire comprendre à quelqu'un qui est agressif et tu sais que ça peut mal tourner (...) » | | |

- [O] « (...) quand ça m'ait arrivé (...) sur des trucs où je me sentais peut-être menacée (...) le mec qui arrive, des toxicos, où t'es toute seule dans un cabinet, où t'as un peu peur, où t'as pas l'habitude et on te dit faites-moi le renouvellement de ça (...) »
- [Q] « (...) moi pour le coup l'agressivité, je ne me pose pas de question je dis oui. Pour pas me mettre en danger. (...) Et s'il est vraiment complètement toxico et qu'il me demande sa Méthadone® (...) parce que, là pour le coup l'agressivité on m'a toujours dit, tu dis oui, en fait. Et tu ne te poses pas de questions, tu dis oui et tu la fais et puis, on prend les mesures derrière. »
- [T] « Dans le cas d'un patient un peu... alcoolique chronique, un peu violent, un peu... pas très frais quand il est arrivé en consult, et du coup c'était plus pour me protéger aussi, enfin je ne pouvais pas commencer à entrer dans une... j'ai un tout petit peu essayé et puis j'ai très vite compris que fallait pas (rire)... enfin que j'allais faire tout ce qu'il voulait quoi. »

A l'opposé, les internes [F, H, J, K, O, P] éprouvaient des difficultés à refuser une demande provenant d'un **patient sympathique** à leurs yeux.

La crainte sous-jacente était de détériorer la relation avec ce patient, de le décevoir.

Ce sentiment les menait plus souvent à essayer de satisfaire le patient, d'accéder à sa demande, qu'avec les patients qu'ils appréciaient moins.

- [F] « Moi par exemple j'ai des difficultés à dire non (...) par exemple quand on a lié une relation avec un patient (...) qui nous est sympathique on va dire (...) c'est difficile de dire non dans ce cas-là. »
- [H] « (...) c'est plus facile pour moi de dire non je pense parce que, un, il y a moins d'affectif parce que je les connais pas, je me rends déjà compte avec les gens que je commence à connaître, que j'ai vu genre quatre fois, cinq fois depuis le début du stage et que j'aime bien (...) donc ça, l'affectif (...) »
- [J] « Et en même temps, moi j'aurais tendance à dire qu'au contraire c'est plus difficile quand c'est des patients gentils, mignons (...) Alors que le patient, la petite mamie, toute gentille, qu'on connaît bien, qui nous complimente, qui nous caresse dans le sens du poil, c'est vachement plus difficile de lui dire ben non... »
- [K] « Mais si elle te demande un certificat ou une ordonnance pour quelqu'un de sa famille, ben qu'est-ce que tu fais ? Tu l'aimes bien, t'as envie d'être gentille avec elle parce qu'elle est gentille avec toi... et est-ce que tu dis non ? »
- [P] « (...) je trouve qu'on est aussi... on est aussi... enfin un peu empathiques avec les patients, donc quand on les aime bien on va plus facilement dans leur sens (...) »
- [O] « (...) mais effectivement je le fais surtout avec les patients que j'aime, parce qu'avec ceux que j'aime, j'ai plus de mal à dire que je ne les vois pas. Donc je pense qu'il y a aussi vraiment une histoire de relation. (...) C'est pas sympathique. C'est une histoire de connaissance du patient, avec ses difficultés de vie, ou de santé, ou de maladie plus grave, qui fait que voilà, tu peux accepter plus de choses j'ai l'impression. Donc c'est probablement de l'empathie. »

Pour 5 participants [A, C, D, F, O, P], les demandes concernant **les enfants** posaient problème. Leurs difficultés étaient liées d'une part à la crainte de passer à côté d'un diagnostic, et d'autre part à la pression des parents.

- [A] « Et en plus quand l'anxiété porte pas sur eux mais sur leurs enfants, refuser des examens complémentaires ou des choses pour leurs enfants quand même euh... des fois c'est difficile, j'ai du mal. Ouais... c'est genre, vous êtes un mauvais docteur, vous voulez pas soigner mon enfant, et s'il a un truc grave et tout... La pression, attention les épaules (rires) »
- [C] « Alors... des fois. Alors pour les enfants, oui. Pour les enfants, je les vois systématiquement parce qu'effectivement je me dis bon si ça se trouve ils ont un truc... »
- [F] « Ben par exemple euh... chez l'enfant pareil (...) »
- [D] « Alors les enfants je suis d'accord, je ne peux pas... j'ai du mal à refuser. Un enfant, on ne sait jamais, on ne peut pas sentir le critère de gravité, mais sinon j'essaie...»
- [O] « Bon je sais qu'avec les enfants, on essaie de toujours les voir, de faire la part des choses. Bon y a des fois où on ne dit jamais non mais je pense que c'est justifié. »
- [P] « On a tous vus débarquer des familles de cinq, avec un seul rendez-vous de pris quoi. Quand c'est des enfants, t'as du mal à dire non. »

Le fait d'avoir affaire à un **patient stressé** était source de difficultés pour 5 internes [A, E, F, S, X].

Ils avaient le sentiment d'alimenter l'anxiété du patient en cas de refus. Accéder à sa demande permettait de le rassurer et de préserver la relation.

- [E] « (...) ce qui me motive le plus à accepter une demande à laquelle j'avais plutôt envie de dire non. Dit autrement ce qui m'ait le plus difficile de refuser, c'est quand j'ai l'impression que les gens sont en train de monter en stress en face, (...) là ça devient difficile pour moi de dire non enfin, j'ai tendance à céder plus facilement. »
- [A] « Moi je trouve que quand l'anxiété remplit la pièce, qu'on les voit... dans le regard... que vraiment on sent qu'ils vont pas dormir si on leur dit pas oui au bilan, ouais moi je trouve ça super difficile. (...) par exemple l'autre jour c'était un jeune homme et je sentais une grande angoisse. Et en fait c'était parce qu'il venait de perdre son père d'un cancer généralisé et il avait une telle angoisse, ça débordait de partout (...) je sentais que si je le prescrivais pas, il n'allait pas aller bien... »
- [F] « (...) de prescrire la petite benzo de la mamie parce que... elle a l'air tellement angoissée de pas l'avoir et qu'elle pourra plus dormir (...) bref ça, c'est assez compliqué de dire non (...) »

- [S] « (...) j'ai parfois du mal à dire non à des gens... là j'ai eu plusieurs fois le cas de jeunes qui étaient en situation de stress (...). Dans ce cas-là, j'ai un peu de mal à dire non quoi, parce que je me dis que je le laisse quand même dans l'embarras (...) même si, au final, je ne suis pas d'accord avec la prescription que je fais parce que je pense que ce n'est pas la solution, mais je le fais quand même. »
- [X] « Quand t'as une angoisse sous-jacente, je pense que, elle, elle continuera à avoir mal à la tête tant qu'elle n'aura pas son IRM. »

La situation sociale du patient, notamment **la précarité** ou les conditions sociales défavorables, pouvait rendre le non plus difficile pour 5 internes [B, E, F, O, V].

Leur volonté d'aider ces patients et de ne pas porter de jugement sur leur situation les amenait à accéder plus fréquemment à leurs demandes, qui auraient pu être jugées inutiles ou abusives pour d'autres patients.

- [F] « (...) c'est peut-être de l'empathie un peu excessive mais les problèmes sociaux par exemple, ben on se sent un peu démuni, on se dit peut-être que de dire oui ça les aiderait un peu (...) »
- [E] « (...) toutes les situations où on nous demande de faire des certificats, ou de faire quelque chose dont on ne mesure pas clairement... où on n'a pas envisagé clairement les conséquences, donc les problèmes sociaux c'est typiquement ça (...) »
- [B] « (...) et plus de difficultés à dire non à quelqu'un qui a déjà tellement entendu de non, tout le temps. Enfin c'est vrai que j'ai plus de facilités à rajouter le Dexeryl®, à me dire ben au moins... il aura la peau douce (rires). »
- [O] « Non c'est plutôt les patients en situation précaire. (...) Oui c'est ça, exactement. Parce qu'il y a un jugement de revenus, qui ne rentre plus en compte dans la relation médecin-malade de dire ah bon mais vous ne pouvez pas vous acheter votre... je ne sais pas quoi, Nivea crème® ? »
- [V] « (...) du fait d'avoir la CMU... (...) mes prat considèrent que eux, niveau financier ne peuvent pas se permettre d'aller en pharmacie et de demander une boîte de Doliprane®, même si donc on ne leur refuse pas l'ordonnance. »

A l'inverse, certains patients pouvaient se montrer très **sûrs d'eux, exigeants voire revendicateurs** dans leur demande auprès du médecin. Ce type de patient était décrit par les internes [O, S, Y, X] comme compliqué à gérer. La crainte de reproches, voire de poursuite judiciaire, en cas d'évolution défavorable pouvait les pousser à dire oui.

- [O] « (...) c'est vrai qu'il y a des patients qui sont plus compliqués que d'autres, butés dans leur "oui mais vous comprenez, moi je sais que c'est grave ce que j'ai", parce que souvent ils sont très aussi... ils savent mieux que nous ce qu'ils ont (...) »

- [S] « Moi ce que je trouve difficile aussi, c'est quand les patients viennent déjà avec des attentes très précises (...) c'est pareil pour les examens complémentaires, soit ils entendent des gens dire que, il faudrait faire une IRM machin, ou alors ils regardent sur internet, après pour les faire démordre de leurs trucs et pour leur dire que finalement ce qu'ils lisent sur internet, c'est pas la vérité, (soupir) des fois c'est pas évident. »
- [Y] « (...) s'ils sont sûrs d'eux et qu'ils disent je veux ça, plus ça, plus ça et... là je trouve ça compliqué pour le coup de dire non. »
- [X] « Mais parce que les patients avec qui on a du mal à dire non, c'est aussi ceux qui pourraient être le plus revendicatif en cas de problème. »

Même s'ils n'étaient pas dans cette situation, les internes [G, H, L, S] considéraient qu'il était plus difficile de dire non à des **patients qu'on connaissait depuis longtemps**, qu'on suivait depuis de nombreuses années. Selon eux, la relation de confiance tissée avec le temps et la connaissance de la vie du patient dans quasiment son intégralité pouvaient être à l'origine d'une plus grande tolérance dans le non.

A l'inverse, ils exprimaient avoir moins de difficultés à dire non à un patient qu'ils voyaient pour la première fois et qu'ils ne seraient certainement pas amenés à revoir.

- [L] « Mais tu vois, ça doit aussi dépendre des patients. Genre les patients que tu suis depuis longtemps, que tu connais mais qui voilà... et le mec qui débarque, que tu ne connais pas... ça doit vachement dépendre... »
- [H] « (...) alors mon prat il tutoie, enfin il en tutoie beaucoup (...) et j'ai vraiment l'impression (...) quand tu les connais depuis longtemps, qu'ils ont confiance en toi et cetera, et cetera, de tout à coup, refuser, c'est plus compliqué, après je lui ai jamais demandé mais... enfin si tu disais non, de quoi t'as peur ? »
- [G] « Moi je suis d'accord avec toi que c'est facile de dire non quand on ne connaît pas la personne (...) »
- [S] « (...) eux ils ont vachement de patients qu'ils suivent depuis très longtemps donc ils connaissent des familles entières (...) voilà y a toute la pression de la famille derrière. »

Les demandes émanant des **proches (famille, amis, collègues)** de type prescription ou certificat faisaient partie des situations plus difficiles à refuser pour 2 internes [E, F].

Lorsqu'elles concernaient les **personnes âgées**, [F] et [U] avaient plus de mal à dire non.

Pour [E] et [V], les **patients manipulateurs** étaient à l'origine d'un sentiment d'être utilisé, même s'ils voulaient initialement croire en la bonne foi du patient.

Pour [F], lorsque la consultation se déroulait en **présence d'un tiers** (membre de la famille ou proche), le non était plus difficile à justifier.

Pour [B], il s'agissait plutôt des situations où le patient avait des **connaissances médicales**, parce qu'il exerçait une profession médicale ou paramédicale ou parce qu'un membre de sa famille l'exerçait.

Enfin, [F] et [E] étaient en difficultés lorsque la demande du patient les prenait au **dépourvu**, qu'il n'y était pas préparé. Ils avaient le sentiment de manquer d'arguments.

- | | |
|-----|---|
| [E] | « (...) y a la demande qui surgit en fait (...) qui peut me prendre vraiment au dépourvu et parfois, ben là c'est difficile de dire non... enfin je vais accéder à des demandes auxquelles j'aurais peut-être pas accédé si jamais j'avais été tout simplement bien droit dans mes bottes, pas en train de faire un truc. » |
| [F] | « (...) après c'est sûr qu'il faut, c'est pareil faut pas être pris au dépourvu pour avoir les outils (...) » |

De la même façon, pour [O] et [X], la **fatigue** personnelle ou le manque de temps pouvaient les mener à accéder à certaines demandes, par lassitude ou manque de motivation.

- | | |
|-----|--|
| [O] | « (...) il y a le contexte que tu disais, le début ou la fin de journée, le nombre de patients que t'as vu, voilà. T'as dit six fois non dans la journée pour le même truc, le septième il arrive bon ben... on va arrêter de se battre (acquiescement général). » |
| [X] | « Quand on a moins le temps c'est sûr que le vendredi soir quand on a un train à prendre, on ne va pas chipoter sur la boîte de Stilnox® en plus quoi. Ou tout simplement parce qu'il y a des patients en salle d'attente et que on n'a moins la patience... » |

En résumé :

Les internes ressentaient des difficultés à dire non lorsqu'il existait :

- Une **incompréhension** venant du patient (patient à qui on a déjà dit oui, patientèle habituée à la pratique du praticien)
- Un risque de **détériorer la relation** (patient sympathique, précarité, patient qu'on connaît depuis longtemps, proches)
- Une **tension** dans la relation (patient stressé, demande des parents pour leurs enfants, patient exigeant)
- Un contexte de **précarité** (volonté de ne pas stigmatiser, droit de demander, exemple du Dexeryl®)
- Des **contraintes pour le médecin** (manque de temps, fatigue personnelle)
- L'**absence d'alternative thérapeutique** (psychotropes)
- Une **incertitude** (domaine que l'on maîtrise moins, doute)
- Un risque de **violence** (patient agressif)

2.2.3. Ressenti face au non

Au cours de la discussion, les participants étaient interrogés sur leur ressenti face au non, selon l'issue de la consultation et la réaction du patient.

Le premier sentiment exprimé par les internes en termes de fréquence (12 sur 23) [A, B, C, F, G, J, O, P, Q, R, S, X] était la **frustration** lorsqu'ils n'avaient pas réussi à faire entendre leur non.

Ils se disaient déçus et se sentaient dévalorisés. Leur pratique ne leur semblait alors pas en accord avec la "bonne médecine" qu'ils aspiraient à exercer.

Le fait d'avoir ressenti cette frustration était, pour certains, un motif pour ne pas renouveler l'expérience et les avait motivés à trouver d'autres solutions, plus satisfaisantes pour eux.

- | | |
|-----|---|
| [A] | « C'est des frustrations... en me disant mais c'est pas possible, y a un truc qui a été raté au départ et maintenant on se retrouve avec des gens qui ne comprennent pas ce que c'est un docteur. » |
| [F] | « Quelque fois on sait dire non à un certain moment parce que avant on a eu trop de déceptions à dire oui, trop de frustrations (...) » |
| [J] | « (...) et je me suis sentie mais nulle, enfin ce jour-là, en me disant mais (...) j'ai pas fait de la bonne médecine (...) parce que quand on dit oui et qu'on est persuadé du contraire... moi je sors de là un peu déprimée en disant... c'est pas de la bonne médecine. » |
| [O] | « (...) j'ai vraiment un monsieur où je m'en suis voulu parce que pendant vingt minutes j'ai dit mais non c'est pas possible et au final, je l'ai fait (...) Et un contexte où malgré tout y a un jugement, où moi je me sentais pas bien, je savais qu'il fallait pas que je le fasse (...) mais c'est vraiment que ça ressort sur nous quoi, j'étais pas contente de ce que j'ai fait quoi. » |
| [Q] | « Et donc, effectivement je dis oui et je me sens mal derrière. » |
| [P] | « Ben t'es frustrée. C'est surtout ça, t'es frustrée, tu te dis... tu cèdes à... enfin tu te sens un peu comme la machine à médicaments quoi. Du coup j'essaie de ne plus reproduire ce schéma-là. » |
| [S] | « Alors quand toi t'as passé un quart d'heure à essayer d'expliquer au patient qu'il n'y en a pas besoin, et que (...) il [le maître de stage] dit bon ben c'est bon, prescrit. Ben en fait, ça dévalorise tout ce que tu as fait avant, et ça c'est... c'est un peu frustrant. » |
| [X] | « Ça m'ait arrivé une fois de voir une patiente à qui j'ai fait un TDR pour une angine, qui était négatif. Et le lendemain je croise ma prat qui me dit, ah j'ai revu madame Machin je l'ai mise sous antibiotique (...) Ah ben je suis dégouttée (rires). » |

Lorsqu'ils avaient réussi à dire non et qu'ils avaient le sentiment que le patient était satisfait à l'issue de la consultation, ils décrivaient un sentiment de **victoire** [B, G, H, J, R, N, O, U, S, X]. Ils avaient alors la sensation d'être un "bon médecin", d'être crédible dans cette fonction auprès du patient et jugeaient cette expérience très valorisante.

- | | |
|-----|---|
| [B] | « Quand je réussis à dire non et que, en face j'ai l'impression que c'est... qu'il a été accepté, qu'il a été entendu et compris, c'est une victoire. C'est vraiment le soulagement, le... je suis un bon docteur. J'ai réussi. » |
| [H] | « (...) là tu t'en rends compte que t'as réussi, c'est bien, t'es satisfaite après (...) c'était comme ça qu'il fallait faire, j'ai bien fait de le faire, je suis fière de moi et il faudra que ça se refasse comme ça. » |
| [J] | « Si ! Justement c'est valorisant. » |
| [R] | « (...) et du coup j'avais l'impression de, d'avoir atteint ce seuil de crédibilité de docteur (rire), il était revenu me voir moi. » |
| [O] | « Mais après quand j'arrive (...) quand je dis non, je suis hyper contente, je rentre et je dis, aujourd'hui j'ai fait un truc bien ! J'ai dit non. » |
| [U] | « (...) ça c'est l'avantage par contre. On est content de nous. Quand le patient est satisfait aussi, ce qui n'est pas toujours le cas mais quand les deux sont contents, ça fait du bien quoi. » |
| [S] | « Moi quand j'arrive à dire non... quand je suis hyper sûre de moi... je me sens bien parce que je me dis finalement c'est la médecine que je veux faire. » |
| [X] | « Mais c'est sûr que quand on arrive à rester bien dans ses bottes et qu'on sait qu'on a bien fait en fait (...) là c'est le bonheur quoi (rire). » |

Les demandes de certains patients pouvaient être vécues par les internes [A, C, D, E, P, Q, O] comme abusives. Ils se sentaient alors **utilisés**. Certains internes exprimaient même ressentir parfois de la **colère**, qu'ils tentaient néanmoins de maîtriser.

Ils se sentaient manipulés et non respectés en tant que médecin, alors qu'ils avaient été conciliants et avaient essayé d'arranger le patient.

- | | |
|-----|---|
| [E] | « (...) y a une colère qui peut monter en moi et euh... c'est juste que je refuse de la laisser péter quoi (...) » |
| [A] | « (...) j'étais au bord des larmes tellement c'était... dur cette journée... avec que des gens qui me prenaient pour un prestataire de services (...) » |
| [D] | « Moi je faisais du sans rendez-vous le samedi et je ne mangeais pas, à 15h30 j'en pouvais plus, et en fait je me suis rendue compte que... oui le médecin passait après. » |
| [C] | « (...) mais t'as envie de leur dire mais quand vous allez à la poste, à la banque, au supermarché, quand c'est fermé, c'est fermé, ils réouvrent pas juste pour vous. Alors que nous quand on est là ben, visiblement on peut rester ouvert toute la nuit. » |
| [P] | « J'ai une patiente, là cette semaine, qui d'entrée de jeu m'a un peu énervé et du coup ben... ça a été un non radical parce que, je trouvais qu'elle abusait (...) » |

- [Q] « (...) j'essaie de les arranger et y a un moment où on se dit que là, c'est nous la poire. »
- [Q] « Plutôt que de regarder la montre en disant j'en peux plus, j'en peux plus... qu'elle me sorte encore un motif et (...) j'ai essayé vaguement de rester calme mais ça ne marchait pas, elle a réussi à me mettre à bout. »
- [O] « Oh ben je ne veux pas venir parce que mon enfant de 6 ans a la gastro et qu'il ne peut pas attendre en salle d'attente... ça c'est bon, je veux dire, ça va, il attendra. (...) là c'est bon. Parce que vraiment sinon... »

Pour 4 internes [E, G, J, Q], le non avait été source d'**hostilité** voire d'**agressivité** de la part du patient. Cette situation était en général vécue comme un échec, quelque soit l'issue du non.

- [E] « (...) le désagrément de... éventuellement de l'hostilité ou de sentir la... je sais pas, la colère ou l'agressivité du patient (...) »
- [G] « Par contre celui qui devient vraiment agressif dans le sens physiquement, moi je finis par craquer je pense, ça m'ait jamais arrivé mais je pense que je finirais par craquer, parce que je suis mère de famille, parce que le soir j'ai envie de rentrer, j'ai envie de voir mes gamins grandir et je ne sais pas ce qui peut passer par la tête du mec, j'en sais rien. »
- [J] « Moi ça m'ait arrivé de me sentir menacée, ou en tout cas de sentir que ça puisse déraiper dans la consultation, tu sens à un moment que effectivement il faut arriver à contenir tout... le patient, parce que sinon (...) mais je trouve que ça arrive même si, physiquement ou verbalement, il y a des petits moments dans les consultations où on sent que ça peut déraiper, on sent. »
- [Q] « C'est tellement monté parce que je lui ai dit non ben que (...) ça a fini par, elle m'a traité de meurtrière dans la salle d'attente, en disant n'aller pas la voir (...) »

Même lorsqu'ils étaient sûrs de leur décision médicale, les internes [A, H, Q] pouvaient ressentir de la **culpabilité** d'avoir dit non.

Le patient déçu les faisait culpabiliser. La pression ressentie était importante. Cette issue de la consultation n'était pas satisfaisante pour eux.

- [A] « (...) vous êtes un mauvais docteur, vous ne voulez pas soigner mon enfant, et s'il a un truc grave et tout... La pression, attention les épaules (rires) ! »
- [H] « (...) tu vas dire, merde, genre t'es un peu embêtée parce que le patient que t'aime bien, il n'est pas content de toi. »
- [Q] « Ils arrivent quand même à nous frustrer, même si on est dans notre droit, ils arrivent à nous faire nous sentir mal. Evidemment ils nous font culpabiliser. »

Pour [E], la demande du patient n'était pas toujours perçue comme une tentative d'abus mais plutôt comme une perception de la relation médecin-malade différente de la sienne. Le non permettait de redéfinir avec le patient les modalités de cette relation.

[E] « (...) je le vis pas forcément comme une agression ou comme... une demande abusive qui serait une tentative de m'arnaquer enfin... je le prends comme des mauvaises habitudes (...) »

En résumé :

Face au non, les internes rapportaient ressentir :

- De la **frustration** lorsque le non n'était pas entendu, un sentiment de déception et de dévalorisation par rapport à leur "idéal" de pratique de la médecine.
- Une **grande satisfaction** lorsque le non était entendu et accepté, un sentiment de réussite et d'accomplissement.
- De la **colère** lorsqu'ils ressentaient une tentative d'abus, le sentiment d'être utilisé par le patient.
- De la **culpabilité** lorsqu'ils percevaient que le patient était déçu, un sentiment d'insatisfaction quant à l'issue de la consultation.

2.2.4. Avantages et inconvénients

Au cours de la discussion, les participants étaient invités à envisager les avantages et les inconvénients liés au fait de refuser une demande ou au contraire d'y accéder.

• **Avantages à dire oui**

Le principal avantage à accéder à une demande qu'on aurait souhaité refuser était, selon les internes [A, E, F, N, R, Y] le fait de **préserver la relation médecin-patient**.

Le oui était alors utilisé pour créer ou protéger le lien avec le patient, gagner sa confiance, dans une situation où le médecin sentait qu'il existait un problème sous-jacent à explorer. Il espérait ainsi revoir le patient et mettre en place un suivi.

Pour [E], le oui permettait également de dire au patient qu'on avait entendu sa demande et de légitimer sa parole.

[F]	« (...) mais que, si on veut garder cette relation de confiance avec le patient ou être sûr d'avoir un suivi après (...) ben on trouve un terrain d'entente. »
[A]	« (...) des fois ça peut être utile aussi d'accéder à la demande du patient même si elle est pour un mauvais motif (...) »
[E]	« (...) quand il y a souvent des demandes abusives, (...) je m'en sers souvent comme un prétexte pour créer le lien (...) »
[E]	« (...) le Dexeryl® (...) pour moi le fait d'accéder à ce genre de demande (...) c'est au contraire le fait de rétablir une forme d'égalité (...) pour moi c'est reconnaître qu'ils peuvent avoir une demande et que je l'entends. C'est comme si je légitimais leur parole en fait. »
[N]	« Dans les peut-être autres avantages à dire oui alors qu'on voudrait dire non je pense que ça peut être aussi de créer une alliance. (...) C'est un peu plus satisfaisant intellectuellement du coup parce que tu ne dis pas oui et on sort de là... Tu dis oui et on construit quelque chose, on a un projet. »
[R]	« Oui c'est vrai, je suis d'accord, c'est parfois un avantage et effectivement voilà, de créer une suite, un contrat... »
[Y]	« (...) j'ai utilisé la prescription d'antibiotique comme moyen pour le garder en fait, et bien l'examiner et (...) c'est vrai que là j'ai vraiment utilisé ça en me disant, je sais très bien que si je ne lui donne pas, lui ira voir quelqu'un d'autre (...) »

Pour les internes [A, C, I, P, R], l'autre avantage majeur du oui était de **gagner du temps**, et parfois de l'énergie.

Cet avantage était par ailleurs critiqué car il engendrait un sentiment d'insatisfaction. Les internes exprimaient que ce n'était sans doute pas un bénéfice à long terme, puisque les patients allaient revenir avec la même demande ou d'autres demandes ultérieurement.

- [A] « Ca va beaucoup plus vite de dire oui... »
- [C] « (...) enfin, c'est plus par facilité, ou des fois ça va plus vite de dire finalement oui que de dire non (...) »
- [I] « Là il y a vraiment je trouve le manque de temps qui rentre en ligne de compte... enfin clairement moi j'en ai accepté, j'ai dit oui parce que je savais que j'avais encore cinq patients aux urgences derrière à m'occuper, (...) on dit oui je pense par... pour gagner du temps, parce que ça va plus vite que de dire non et de justifier pendant un quart d'heure ou plus, de batailler, de s'énerver, de gaspiller du temps et de l'énergie à dire non mais c'est pas très satisfaisant comme médecine. »
- [P] « Un gain de temps sûrement. (Acquiescement général). »
- [R] « C'est le lien direct. Ça fait gagner des minutes. (...) Mais sur le moment, où on n'entre pas dans l'explication, dans la discussion, avec le patient, l'exposition de notre point de vue... Je ne suis pas sûre que ce soit un bon calcul mais ça prend moins de temps. »

Pour 3 internes [U, V, X], dire oui permettait aussi de **se préserver soi-même** par moment. Elles déclaraient ne pas souhaiter se mettre de pression par rapport au non et préféraient "craquer" de temps en temps sur des choses acceptables plutôt que de s'épuiser dans un non ferme et récurrent.

- [U] « Faut pas se flageller. Si on dit oui une fois, c'est pas... (...) Je crois que des fois aussi il faut lâcher du lest, surtout quand on voit que les gens, on n'y arrivera pas, parce que sinon, là c'est le burn-out assuré. En disant non, non, non. »
- [V] « Un de mes prat c'est ce qu'il me dit, mais préserve-toi aussi, préserve-toi. C'est pas grave. Les résistances ok mais toi, t'as qu'un estomac (...) Il veut que je fasse de la bonne médecine mais il veut que je sois consciente ben que des fois on a craqué quoi. Il faut être conscient qu'on a craqué. Et que c'est pas un drame. Et que c'est pas à chaque fois qu'il faut faire ça. »
- [X] « (...) il faut se faire plaisir de temps en temps (rire). Quand c'est un petit truc où on sait que ça n'aura pas trop d'incidence, on se dit bon allez je craque une fois et c'est bon... »

Pour [K] et [P], dire oui permettait également de **faire plaisir au patient**, de faire en sorte qu'il soit satisfait de la consultation et la prise en charge.

- [K] « Parce que rendre service, ça fait plaisir aussi. »
- [P] « Je ne sais pas si c'est un avantage mais de satisfaire le patient. Qu'il ressorte content. »

• **Inconvénients à dire oui**

Concernant les inconvénients à dire oui, les internes [C, I, G, R, V] citaient tout d'abord le fait d'avoir encore **plus de difficultés à dire non ensuite**.

En effet, le patient pour qui on avait accepté la demande à contrecœur pourrait revenir avec la même demande ou un autre type de demande. Le médecin aurait alors à justifier davantage son refus, que le patient pourrait ne pas comprendre.

[V] citait le cas particulier du renouvellement de substitutif aux opiacés, avec le risque de voir se présenter à la consultation d'autres toxicomanes avec le même type de demandes.

- | | |
|-----|--|
| [C] | « Une fois qu'on a lâché un petit quelque chose c'est souvent encore plus difficile après de dire... non. » |
| [I] | « Moi je trouve qu'une fois qu'on a dit oui alors qu'on pensait non... enfin si on dit oui à une petite chose, on ne sait pas après, le patient va revenir avec une autre demande et on ne saura plus comment (...) une fois qu'on a franchi la barrière de dire... ben je vous ai dit oui pour vous faire plaisir alors que, médicalement je pensais que c'était non, je pense qu'après c'est difficile d'arriver à justifier enfin de dire la prochaine fois, aujourd'hui je vous dis oui, mais la prochaine fois je vous dirai non. » |
| [G] | « Donc en fait c'est un cercle vicieux même pour nous. Du moment où on dit un premier oui, c'est ce que tu disais toute à l'heure, ben du coup on n'est pas satisfait, du coup le patient d'après on va se dire pourquoi j'ai dit oui au premier et que lui, je lui dis pas oui (...) » |
| [R] | « (...) parce que sur la deuxième ou troisième consult on n'aura peut-être pas envie de dire oui... mais vous m'avez dit oui ce jour-là... voilà mais du coup on va perdre deux fois plus de temps. » |
| [V] | « Il m'a dit si tu commences à faire des renouvellements ça va se savoir et t'auras tout le quartier qui viendra pour ça (...) » |

Dans un registre semblable, [C] et [N] exposaient le désagrément de **revoir le patient à qui on a dit oui à contrecœur**, la relation n'étant pas satisfaisante de notre point de vue.

- | | |
|-----|--|
| [C] | « (...) et ceux à qui on a dit oui et pour lesquels on avait envie de dire non, en général ils reviennent aussi nous voir et on n'a pas tellement envie de les revoir (...) » |
| [N] | « Ce qu'on a voulu m'apprendre, en SASPAS en tout cas, c'est que dire non c'est aussi préparer la consultation suivante où quand tu le vois revenir, si t'as pas dit non, tu te sentiras un peu accablé. (...) Et après il revient te voir, il est content et toi t'es le docteur qui lui a pas dit non... » |

Un autre inconvénient du oui était pour 4 internes [A, E, J, Q] de **devenir un "prestataire de services"** pour les patients.

Ils redoutaient d'entrer dans une relation de consommation de la prescription médicale, où le patient consulte avec un certain nombre de demandes et où le médecin n'a qu'un rôle de distribution.

- | | |
|-----|---|
| [A] | « (...) j'ai fini une journée... enfin, j'étais au bord des larmes tellement c'était dur cette journée avec que des gens qui me prenaient pour un prestataire de services (...) » |
| [E] | « (...) j'ai envie de dire non parce que j'ai l'impression d'être dans une relation de prestataire, comme on disait tout à l'heure (...) » |
| [J] | « (...) parce que sinon on devient épicier à dire oui tout le temps, enfin c'est... (Acquiescement général) » |
| [Q] | « Le côté... on a l'impression de s'être fait avoir, d'avoir... d'être un distributeur à ordonnances, ou un distributeur de papiers, voilà (acquiescement général). » |

Pour 3 internes [A, F, J], dire oui à mauvais escient, de manière répétée, pouvait aboutir à **avoir une mauvaise estime de soi** et de sa pratique.

- | | |
|-----|---|
| [A] | « J'avais l'impression qu'on me prenait pas pour un médecin (...) » |
| [F] | « (...) de se dire que si je dis oui de toute façon j'aurais la même déception que la fois d'avant (...) dans ma pratique ben je stagne, j'ai l'impression d'être toujours au même niveau (...) » |
| [J] | « (...) de se dire enfin là, arrêtons, enfin arrêtons de... sortons un peu de ce schéma où on ne réfléchit plus à ce qu'on fait, on renouvelle (...) » |

Pour [A], [O] et [Q], les demandes abusives associées à des oui concédés pouvaient exposer le médecin à un **épuisement professionnel**, voire un **burn-out**.

[Q] racontait son expérience au cours d'un stage chez un praticien très prescripteur, où elle s'était sentie utilisée par les patients.

- | | |
|-----|--|
| [A] | « (...) j'ai une patientèle en ville là... d'un médecin qui a passé 30 ans à dire oui. C'est épuisant. » |
| [Q] | « (...) mon stage premier niveau, j'étais comme toi, même dans ma vie de tous les jours, pas pouvoir dire non, et je me faisais bouffer, vraiment. J'étais malade. Je me suis rendue malade. A avoir du mal à me lever le matin, à ne plus pouvoir y aller... j'en étais peut-être pas au stade du burn-out mais je sentais qu'il approchait, de me dire demain je ne pourrai pas aller au boulot, c'est pas possible. » |

[O] « Plus effectivement le fait que pour soi ce ne soit pas une pratique... que ce ne soit pas satisfaisant. Je pense qu'il y a ça, médicalement et sur le côté organisationnel, le fait de se faire un peu bouffer et de risquer de plus avoir de limites quoi. »

Pour [A] et [X], accéder à une demande inadaptée est à **risque de mettre le patient en danger**.

Ces demandes concernaient notamment les prescriptions médicamenteuses telles que les antibiotiques, ou les AINS, le patient n'ayant pas toujours conscience des effets délétères potentiels.

[A] « (...) y a eu des demandes surréalistes quoi, même qui étaient dangereuses et qui sont malheureusement faites... »
[X] « Ben quand on pense que la prescription... enfin dire oui peut présenter un risque quoi. Enfin dire oui à un antibio... une allergie à un antibiotique c'est quand même moche quand ça arrive quoi. Ou même à des traitements symptomatiques quelconques c'est quand même rare mais quand ça arrive. »

Selon [D], dire oui présentait un double risque pour le médecin, celui d'une part d'**engager sa responsabilité** et d'autre part d'**être contrôlé par la sécurité sociale** notamment pour des prescriptions excessives d'arrêt de travail.

[D] « (...) et oui mais le médecin, il me le fait, et je lui dis oui mais aujourd'hui c'est moi qui signe l'ordonnance, c'est ma responsabilité (...) »
[D] « (...) un médecin qui effectivement disait tellement oui à tout qu'il était contrôlé pour ses arrêts de travail, c'est-à-dire que pour que son arrêt de travail soit effectif, il fallait qu'il soit accepté par la sécurité sociale (étonnement général). »

- **Inconvénients à dire non**

L'inconvénient majeur du non, selon les internes [A, C, F, G, J, K, N, U] est **le temps et l'énergie nécessaires**.

En effet, les explications données au patient, voire le processus de négociation qui en découle, étaient décrits comme chronophages et parfois épuisants.

[A] « (...) c'est toujours le temps qui presse et le temps d'expliquer, le temps de dire pourquoi non, de proposer une autre solution... ben ça prend tellement plus de temps que c'est souvent ce qui est squeezé et on dit oui généralement en soufflant... et hop c'est fait (acquiescement général). »
[F] « Mais là voilà, ça s'inscrit aussi c'est sûr dans une pratique de consultation où on a un peu plus de temps que le quart d'heure imparti en ville. »

- [C] « (...) ça me demande déjà tellement d'énergie de répondre au téléphone et de chercher à débrouiller la chose déjà au téléphone que finalement j'ai envie de leur dire bon, ben venez (...) »
- [G] « (...) parfois il faut expliquer aux gens et ça prend du temps (...) soit effectivement on essaie de faire de l'éducation mais l'éducation ça prend du temps (...) »
- [N] « (...) et (soupir) parfois on est un peu... en fin de journée, reprendre et tout réexpliquer, pourquoi non, parce que, et toute la physiopath et tout...parfois il faut de l'énergie pour dire non dans ces situations-là. (...) Et c'est pareil, il faut faire la liste des effets secondaires qui les menacent, pour essayer d'en venir à bout et faut de l'énergie. Et de la conviction. »
- [U] « (...) et du coup ça fait des consultations qui sont plus longues et plus prenantes que si effectivement on disait, bon allez on va prescrire des antibiotiques ça passera bien. (...) Mais c'est vrai que c'est un long travail, ça prend du temps, faut vraiment avoir envie de le faire. »

Pour 5 internes [B, C, S, T, V], le fait de dire non et de ne pas être parfaitement sûr de soi pouvait les mettre mal à l'aise. Elles redoutaient notamment un **erreur médicale**, que le patient leur reprocherait ensuite.

Souvent la demande du patient mettait en doute le médecin et il était difficile ensuite de s'affirmer dans le non. Si elles avaient finalement refusé la demande, la peur d'être passé à côté d'un diagnostic subsistait.

- [C] « (...) c'est toujours un peu ce que j'ai en tête quand les gens me demandent (...) ben j'ai quand même du mal à me dire et si jamais, en fait, il y a quelque chose et que je passe à côté. Mais oui, c'est plus l'inquiétude de faire une faute, de passer à côté de quelque chose. »
- [B] « (...) mais le patient nous le demande et là d'un seul coup, on dit ha si... j'ai sûrement oublié, je suis peut-être passée à côté de quelque chose (...) c'est ce qui est difficile alors que s'il n'avait pas posé la question, c'est facile en fait. »
- [V] « (...) des fois c'est dur de se sentir assez confiant, de dire... on a toujours la petite voix dans la tête qui dit ohlala, si je passe à côté d'un truc (...) parce que sinon il m'en voudra et je m'en voudrai, tout le monde s'en voudra... »
- [T] « Mais effectivement moi je me dis souvent ça aussi, bon là j'ai craqué mais bon je ne suis pas encore non plus hyper expérimentée. Effectivement je ne sais pas trop, plutôt que de passer à côté, bon ben, c'est pas très grave quoi. »
- [S] « Quand je dis non et que je ne suis pas non plus sûre de moi à 100% ben j'ai toujours un doute... bon finalement est-ce que j'ai bien fait, peut-être je vais passer à côté de quelque chose... finalement c'est peut-être le patient qui a raison... Et des fois je me dis, ah mince, j'aurais peut-être quand même dû. »

Pour 5 internes [B, F, K, N, R] la **crainte de déplaire au patient** était décrite comme un inconvénient du non, voire même comme un obstacle.

Elles déclaraient apprécier être aimées par le patient. [R] parlait, elle, plutôt de situations de transfert vis-à-vis du patient, que d'une réelle affection.

Dire non les renvoyait donc à une image négative d'elle-même du point de vue du patient. Elles craignaient de s'exposer à sa critique.

Elles avaient cependant conscience qu'être apprécié par le patient n'était pas le garant d'une relation de qualité.

- | | |
|-----|--|
| [B] | « (...) de dire non en fait, je n'aime pas ce sentiment que le patient ne m'aime pas (...) de sentir dans le regard des gens, de me dire... soit ben elle fait pas bien son travail ou de toute façon elle est trop jeune ou... elle me dit non, elle est raciste... enfin ça c'est un sentiment qu'est désagréable. » |
| [F] | « (...) quand on lie une relation avec un patient, c'est pas évident de dire non à un moment parce que justement on, ben comme tu disais, on a peur de perdre un peu de cette sympathie, de... peur de pas être aimé je sais pas mais. » |
| [K] | « Moi je trouve ça dur de me dire que... enfin moi j'aime être aimée par les gens quoi, en gros. Donc quand tu dis non, ben tu te dis ben... il va moins m'aimer, il va me critiquer (acquiescement général) et ça c'est dur en fait. » |
| [N] | « (...) comme si je cherchais à me faire aimer des patients. Les contenter pour qu'ils reviennent me voir ou quelque chose comme ça et c'est vraiment, ben comme tu disais, à la fin de la journée on n'est pas contents. » |
| [R] | « Oui voilà c'est ça, il y a le côté, évidemment, de vouloir plaire au patient. Quand je dis lui plaire, c'est une façon un peu caricaturale de présenter le transfert. » |

Pour 4 internes [F, O, S, T], un des inconvénients du non était la **peur de décevoir le patient**.

Le fait de ne pas apporter de solution au problème du patient, de ne pas pouvoir l'aider, les mettait dans un sentiment d'échec.

Pour [T], cette crainte était liée à nos représentations du médecin en tant que sauveur et bienfaiteur.

- | | |
|-----|---|
| [F] | « (...) quelque fois de dire non, on a l'impression qu'on leur ferme une porte, enfin qu'on... pas qu'ils sont venus pour rien (...) » |
| [O] | « (...) mais en même temps si tu dis non dans certaines situations, tu sais que c'est compliqué, que tu les arranges pas quand même, enfin bon, je trouve que c'est compliqué à gérer. » |
| [S] | « Et puis c'est difficile aussi au final de ne pas avoir de solution à... (...) c'est pas évident parce qu'au final on a l'impression que les patients sont déçus et ils repartent, pas avec ce qu'ils attendaient et du coup... et ça nous met un peu en échec aussi et ça ne devrait pas en fait. » |
| [T] | « On est piégé par nos propres représentations de médecin qui doivent apporter la solution (...) » |

Pour [D] et [K], la **peur de perdre un patient** peut être un obstacle au non.

- [D] « Quand on est en libéral on... on a cette inquiétude de dire qu'il va aller en voir un autre (...) »
- [K] « (...) et puis t'as pas envie de perdre ton patient quoi. Les patients s'ils ne sont pas contents, ils vont chez le voisin. »

Toutefois, pour les internes, cette préoccupation concernait plutôt les générations antérieures de médecin, pour lesquelles la démographie médicale était moins favorable qu'actuellement.

- [L] « Mais je pense qu'il y a aussi une question de génération parce que nous, on a la chance entre guillemets, enfin j'en sais rien, mais de pouvoir se dire, bon ben c'est pas grave il ira voir ailleurs mais j'aurais quand même un nombre de patients suffisant pour vivre entre guillemets, mais je pense qu'il y a plusieurs années, (...), que pour eux c'était compliqué quand ils s'installaient, enfin ils ont mis plusieurs années avant de faire leur propre patientèle et donc c'est vrai peut-être que là-dedans, au début, ils raisonnaient pas comme nous de se dire tant pis si je ne lui fais pas plaisir. Donc c'est peut-être plus facile pour nous de pouvoir dire non maintenant que ça l'était à l'époque. »

Enfin, le fait de s'exposer au **conflit** était vécu pour certains [G, J, N, P, Q] comme un inconvénient à dire non. La réaction agressive voire violente du patient est redoutée. Cette situation est souvent évitée en acceptant la demande, à contrecœur.

- [G] « (...) donc je lui explique que la radio ça ne sert à rien (...) elle commence à s'énerver, à hausser le ton, à me dire que je suis raciste, que je ne veux pas faire la radio parce qu'elle est d'origine magrébine (...) »
- [J] « Mais là le problème c'est que le patient, quand il veut vraiment un truc et qu'il décide de te foutre le bordel dans ton... alors qu'il y a du monde en salle d'attente et... et qu'il trouve inadmissible ben... »
- [P] « Voilà. D'éviter le conflit. »
- [N] « Moi c'est ce que je redoute en fait. J'ai peur de dire non parce que j'ai peur du conflit, j'ai peur... »
- [Q] « C'est tellement monté parce que je lui ai dit non ben que (...) ça a fini par, elle m'a traité de meurtrière dans la salle d'attente, en disant n'aller pas la voir (...) »

- **Avantages à dire non**

L'avantage le plus fréquemment cité par les internes [G, J, K, O, P, T, U, V] était **l'éducation du patient**, c'est-à-dire lui permettre de comprendre sa prise en charge, les tenants et les aboutissants, et le guider vers plus d'autonomie.

Les internes étaient conscients du temps nécessaire pour expliquer les choses au patient, mais pensaient y gagner ensuite dans la relation et dans les soins futurs. Ils y voyaient également un bénéfice pour le patient qui accédait à des connaissances, dans un climat de confiance et d'honnêteté.

- | | |
|-----|---|
| [G] | « (...) je vais essayer de l'éduquer en fait (...) en me disant comme ça la prochaine fois quand elle vient, alors déjà elle viendra peut-être pas pour rien, et en plus comme j'aurais déjà perdu entre guillemets vingt minutes de mon temps une première fois, c'est du temps gagné finalement pour les prochaines consultations. » |
| [K] | « C'est ça l'avantage du non. L'avantage du non en fait c'est l'éducation (acquiescement général). » |
| [J] | « Oui parce que malgré tout, le patient qui adhère à ce que tu dis et à ce que tu vas faire, ben il va pas... on ne va pas avoir trop besoin de dire non (...) c'est pour ça en fait que prendre du temps malgré tout c'est hyper important, c'est un gain effectivement pour l'avenir. Parce qu'il est en confiance, parce qu'il sait qu'on ne va pas lui raconter des conneries, parce qu'on va rien prendre à la légère non plus, enfin voilà. » |
| [P] | « Mais je pense que c'est bien (...) de se servir justement de ce statut de remplaçante qu'on a, pour éduquer un peu les patients (...) justement de profiter de cette position qu'on a de nouveau médecin entre guillemets. Pour pouvoir casser ce truc de prescription, effectivement, des antibiotiques à tort ou d'arrêts de travail à tort. Et je pense que les patients, enfin, ils t'en seront reconnaissants après... » |
| [O] | « Et s'il revient, ça gagnera pour la relation... donc de toute façon je pense que c'est hyper bénéfique de savoir dire non. » |
| [U] | « Et du coup, ben là par contre, le patient de 50 ans à qui on dit tout d'un coup ben là c'est viral. Waouh, la découverte ! Il est sorti de là en disant c'est incroyable, depuis 30 ans on me dit... » |
| [V] | « Eduquer ses patients finalement, à la pratique qu'on veut faire, qu'on a envie de faire. » |
| [T] | « C'est vrai que le travail du médecin c'est aussi le travail d'éduquer les gens et de les aider à progresser et quand on a réussi à négocier un non, on les a aidé à progresser sur leurs connaissances... » |

Un des bénéfiques décrit par les internes [C, D, H, J, L, O, N, T] était celui d'**orienter sa patientèle** selon sa pratique. En effet, selon eux, le patient mécontent après un refus du médecin irait s'adresser à un autre médecin et les patients satisfaits, ayant compris le sens du non, reviendraient.

- [D] « (...) je me dis ben s'ils en voient un autre ben je vais peut-être plus orienter ma patientèle (...) et je vais peut-être plus éduquer et plus orienter (...) »
- [H] « Tu te fais une patientèle qui te ressemble, donc tu sélectionnes aussi un peu comme ça, alors s'ils sont pas contents, peut-être qu'ils reviendront pas (...) »
- [J] « De plus en plus moi je me dis, de toute façon les patients qui viennent et qui ne supportent pas le non c'est des patients avec qui on va s'engueuler tout le temps, des patients chiants, tant mieux s'ils ne viennent plus quoi. Ça sera des prises de tête en moins. »
- [O] « Dans l'absolu c'est sûr, je pense que de dire non, de toute façon, soit le patient revient pas et c'est pas très grave (...) oui, finalement tu lui as dit non, il n'était pas content, ça veut dire que finalement il n'est pas dans une relation très ouverte (...) si en fait il ne comprend pas ben... il trouvera un médecin peut-être qui lui fera son... oui de toute façon. »
- [N] « C'est comme ça qu'on se crée une patientèle à son image. »
- [T] « Donc j'ai fini par lui faire et en fait, je me suis dit intérieurement que si c'était mon cabinet et que c'était ma patientèle, je lui aurais dit ben écoutez madame, chez moi c'est comme ça donc vous sortez, c'est tout, je ne vous prescrirai pas vos antibiotiques. »

Pour 6 internes [D, E, J, L, O, Q], le non permettait d'**être en paix avec soi-même**, c'est-à-dire en accord avec sa conscience professionnelle, et d'avoir une pratique sereine.

Pour [D] et [Q], le constat de ce bénéfique découlait d'une période de stress et de remise en question. Elles avaient alors tendance à accepter plus de choses, ce qui avait entraîné un état de lassitude voire d'épuisement professionnel et personnel. Dire non leur avait permis de retrouver plus de sérénité.

- [E] « (...) après ça va mieux, on est en paix avec soi-même, on va dire. »
- [D] « Pour me protéger... parce que sinon c'est moi qui fait des nuits blanches, c'est moi qui, après que le patient soit parti, vais me dire... s'il lui arrive un truc et ça c'est pas possible à gérer au quotidien quoi (Acquiescement général). »
- [L] « Et puis même pour toi, ta propre conscience entre guillemets, même professionnelle, enfin c'est quand même beaucoup plus agréable de... d'avoir une pratique où tu dis bon ben je suis en accord avec ce que je pense, plutôt que de faire en fonction du patient (...) »

- [J] « Et puis après, moi je trouve que savoir dire non c'est aussi... ça fait du bien à soi-même (...) même pour notre amour propre à nous et pour notre moral à nous, savoir dire non de temps en temps c'est aussi... quand il faut en fait, c'est être tranquille avec soi-même et avec sa conscience et c'est hyper important pour pouvoir continuer tous les jours (...) »
- [O] « (...) moi je fais ma médecine en fait, pour être bien, avec ce que j'ai fait et donc j'ose dire non (...) »
- [Q] « Voilà j'ai changé, j'ai dit non, j'ai adapté mes horaires et finalement je me suis rendue compte que maintenant que je suis plus disponible et plus calme, je peux apporter plus. (...) ben finalement, oui je suis là pour une personne mais je peux vraiment l'aider. »

Affirmer le rôle du médecin était également un point fort du non pour cinq internes

[A, D, G, H, R]. En effet, ils avaient parfois constaté que l'image du médecin était altérée auprès de certains patients et considéraient devoir réaffirmer leur rôle d'expert. Ils aspiraient à plus de légitimité auprès du patient. Selon eux, le refus de certaines demandes jugées abusives pourrait y concourir.

- [D] « (...) donc j'aurai moins ces gens qui me prennent un peu comme... juste prestataire de services... Moi je trouve que ça renvoie à l'image de... du médecin en fait. Qu'est-ce qu'on est pour les patients ? (...) C'est important de dire que on vient pour d'abord demander un avis (...) voilà je trouve que c'est plutôt dans ce sens-là, plutôt le fait de dire quelle est l'image qu'on renvoie du médecin. (Acquiescement général) »
- [A] « (...) et maintenant on se retrouve avec des gens qui ne comprennent pas ce que c'est un docteur. »
- [H] « Je crois qu'il faut, mais je crois que c'est un exercice, parce que c'est pas facile, je crois qu'il faut essayer de se dire, ok je ne suis pas là pour faire plaisir, c'est-à-dire je suis là pour aider, je suis là pour soigner, je suis là pour guérir, je suis là pour informer, expliquer, mais je ne suis pas là pour te faire plaisir (acquiescement général). Mais c'est dur ! Je suis d'accord, c'est chaud. »
- [R] « (...) mais du coup moi j'étais plus sereine, enfin j'avais effectivement l'impression d'avoir gagné en crédibilité, je me suis dit s'il est revenu alors que j'ai dit non et me voir c'est que finalement, il a considéré que j'étais légitime (...) et du coup j'avais l'impression de, d'avoir atteint ce seuil de crédibilité de docteur (rire), il était revenu me voir moi. »

Un autre avantage décrit par les internes [E, K, S, X, U] était celui de l'expérience positive, c'est-à-dire de **se construire soi en tant que médecin** dans l'idée d'une pratique cohérente et adaptée, conforme aux enseignements de la faculté.

Le fait de dire non les renvoyait à une image positive d'eux-mêmes et de leur pratique et les encourageait à continuer dans cette direction.

- [E] « (...) j'ai plutôt l'impression de me construire moi en disant non quoi finalement. »
- [K] « Et puis pour continuer à être un bon médecin en fait, parce que si on n'est pas bien... »
- [S] « (...) et je pense que quand on arrive à dire non et quand on ne les prescrit pas ben... ça permet de rester droit dans ses bottes quoi, ça permet de sortir de la consultation en étant un peu... finalement... fier parce qu'on a fait ce qu'on avait appris quoi. »
- [X] « Juste l'impression de faire bien son travail. (...) Mais c'est sûr que quand on arrive à rester bien dans ses bottes et qu'on sait qu'on a bien fait en fait, ça c'est sûr que c'est plutôt gratifiant quoi. »
- [U] « Bon ben voilà, l'avantage qu'il y a du coup à dire non c'est que du coup on sort de ces consultations-là, c'est... voilà, c'est... pour l'égo c'est bien, on est content. On se dit bon ben voilà, c'est de la bonne médecine, j'ai pris le temps. »

Pour [C] et [P], le **respect** était une notion importante dans la relation médecin-patient. Ainsi, dire non au patient permettait de replacer les choses dans ce contexte, se respecter soi-même pour être ensuite respecté du patient.

- [C] « (...) qu'on a tout intérêt à se respecter soi-même pour être respecté par le patient (...) »
- [P] « (...) justifier aussi sur le fait que c'est un manque de respect (acquiescement général) par rapport à nous, aux patients qui attendent derrière... c'est sûr que c'est des choses sur lesquelles on doit être assez stricts finalement parce que sinon on s'en sort pas quoi. »

Pour [D], **se protéger juridiquement** était également un avantage important du non. Selon elle, la demande du patient pouvait se retourner contre le médecin, dans le cas notamment de certificats médicaux abusifs ou de prescriptions médicamenteuses inadaptées. Le patient n'avait souvent pas conscience du risque encouru par le médecin.

- [D] « Parce que... bon on entend de plus en plus de médecins mis en cause, que ce soit des prescriptions, des certificats, et je pense que les patients ne prennent pas la mesure de ça. »

Pour [R], le fait de **mettre des limites** dans la relation médecin-patient, d'établir un cadre, était un avantage pour le médecin et parfois même pour le patient qui cernait ainsi mieux les conditions du "contrat" établi entre lui et son médecin.

- [R] « Oui, comme un enfant en fait. Quand il fait un caprice et qu'on lui dit oui, il n'est peut-être pas plus content que quand on a mis une limite. Les patients sont pas forcément tous des enfants, c'est pas ce que je dis mais (rire)... »

En résumé :

BALANCE MOTIVATIONNELLE

	Dire OUI	Dire NON
AVANTAGES	<p>Préserver la relation Gagner du temps Se préserver soi-même Faire plaisir au patient</p>	<p>Eduquer le patient Orienter sa patientèle Etre en paix avec soi-même Affirmer le rôle du médecin Se construire soi en tant que médecin Se respecter pour être respecté Se protéger juridiquement Mettre des limites dans la relation médecin-patient</p>
INCONVENIENTS	<p>Difficultés à dire non ensuite Revoir le patient à contrecœur Devenir "prestataire de services" Avoir une mauvaise estime de soi Risque d'épuisement, de burn-out Mettre en danger le patient Engager sa responsabilité Etre contrôlé par la sécurité sociale</p>	<p>Temps et énergie nécessaires Peur de l'erreur médicale Peur de déplaire Peur de décevoir le patient Peur de perdre sa patientèle Le conflit</p>

2.2.5. Différences entre pratiques hospitalière et ambulatoire

Pendant les focus groups, les internes étaient amenés à discuter des différences qu'ils avaient constatées entre leur pratique à l'hôpital et leur pratique en ville, par rapport au fait de dire non au patient.

Onze internes ont exprimé qu'il était nettement **plus facile de dire non à l'hôpital** qu'en ville. Certains rapportaient même avoir pris conscience de la difficulté de dire non après leur premier stage ambulatoire et ne pas avoir de souvenirs de telle difficulté en stage hospitalier.

[S] « Moi c'est vraiment en stage de niveau I où je me suis rendue compte que voilà, dans certaines situations, j'avais du mal à dire non quoi. Quand t'es tout seul quoi. Je ne me suis jamais posée de questions quoi, je n'y réfléchissais pas. »

Pour la plupart, cette différence était due à la notion de « **toute-puissance** » hospitalière, où le patient était **passif** et acceptait sans discuter sa prise en charge.

[C] « Ben moi l'hôpital, je rejoins plutôt l'idée de toute-puissance et de patient complètement passif (...) j'ai pas l'impression qu'on leur dise non, j'ai l'impression vraiment que parfois on leur dit oui (rire) et puis c'est tout. »

[O] « On n'a pas du tout le même rapport, donc c'est incomparable. C'est justement tellement facile à l'hôpital quoi. A l'hôpital, ils sont... ils subissent quoi. »

[R] « (...) je suis debout, je suis en blouse, le patient, il est allongé, il est dans son lit, il est sous un drap, avec une perfusion (...) Je trouve qu'on travaille les patients au corps quoi, quand le chef il disait bon allez il veut pas là, t'as une heure pour le convaincre (rires). Pour convaincre ! Ouais voilà t'es dans le convaincre. De toute façon, on partait du principe qu'ils n'avaient pas le choix. »

[V] « Quand tu dis, quand les gens que tu vas voir en visite le matin ils te disent, je sors aujourd'hui docteur, je sors aujourd'hui ? Ah ben non, non. Tu dis non. Moi je trouvais qu'on disait non encore plus souvent à l'hôpital (acquiescement général). »

[X] « Oui parce que, à l'hôpital, on a l'habitude de dire non mais on ne prend pas forcément de pincettes parce qu'à l'hôpital, les médecins, ils sont tout-puissants.»

Pour [E] et [D], le médecin parlait du principe que ce qui avait été choisi pour le patient était le meilleur pour lui et que son avis n'avait donc pas besoin d'être consulté.

- [D] « On ne leur demande pas s'ils veulent la faire ou pas la faire la prise de sang, alors qu'en ville s'il a décidé de pas la faire, il la fera pas donc... c'est sûr. »
- [E] « (...) ce que je suis en train de dire c'est qu'à l'hôpital, personne ne dit non (...) parce que personne ne prend la responsabilité de dire non, mais que malgré tout le patient a sa demande qui est tout le temps là... personne n'y répond quoi. »
- [E] « (...) je trouve qu'à l'hôpital y a plein de non qui sont dit parce que le système est organisé de telle manière que la question n'est même pas posée (...) »

Pour [B] [Q] et [K], le patient hospitalisé était moins demandeur ou acceptait plus facilement le non, du fait d'une plus grande confiance dans l'avis du spécialiste.

- [B] « Y a moins de demandes en fait à l'hôpital peut-être aussi (...) ils ne viennent pas avec une demande (...) »
- [Q] « Ils ne sont pas là parce qu'ils l'ont voulu. Et on est une équipe contre un. »
- [K] « (...) j'ai l'exemple des urgences, oui ils étaient demandeurs mais en même temps quand ils sont aux urgences, ils ont aussi, en général, plus confiance. Quand on leur dit, qu'il y a un score, qu'il n'y a pas d'indication parce que c'est pas cassé c'est sûr, ils ont plus confiance. Mais c'est plus facile de dire non aux urgences je trouve. »

Inversement, pour [E], cette notion de « toute-puissance » rendait le non plus difficile car il savait que le patient n'avait pas d'autre recours.

- [E] « (...) y a la toute-puissance qu'on a à l'hôpital et qui peut parfois compliquer le dire non, parce qu'on sait que le patient n'a pas de recours et que si on lui dit ben non c'est pas possible, ce sera définitivement non pour lui quoi (...) pour dire que c'est pas forcément plus facile pour moi de dire non à l'hôpital. »

[F] soulignait que parfois c'était aussi le patient qui disait non à l'hôpital en s'opposant aux soins.

- [F] « Ça dépend aussi des situations. Quelques fois même à l'hôpital (...) les personnes qui refusent les traitements par exemple, être confronté à ce non-là, là c'est plus nous qui disons non, là c'est le patient (...) enfin je nuancerais plus par rapport à la toute-puissance. Quelques fois le patient... à l'hôpital nous rappelle qu'on n'est pas si tout-puissant que ça. »

Une des différences fondamentales entre les pratique hospitalière et ambulatoire reposait, selon 8 internes [A, B, E, K, O, Q, V, X] sur la **relation médecin-patient**.

Pour 5 internes [A, K, O, Q, X] dire non à un patient à l'hôpital n'avait pas le même impact sur la relation qu'en ville. En effet, le patient était vu ponctuellement et elles ne ressentaient pas la peur de décevoir ou de déplaire précédemment évoquée dans la pratique ambulatoire. Elles décrivaient le refus comme un « non » sans conséquences.

En ville, la notion de temps et de suivi au long cours modifiaient la relation.

- | | |
|-----|--|
| [K] | <i>« Mais ce que je trouve plus facile c'est que... t'as pas peur de perdre ton patient quoi, tu t'en fiches en fait. Alors que quand tu es médecin généraliste, t'as de l'affect qui rentre en jeu et puis t'as pas envie de perdre ton patient quoi (...) Pour ça, moi je trouve ça plus difficile à gérer. En fait, moi j'ai pas tellement de... j'ai pas été confronté à l'hôpital à des situations où c'était difficile de dire non parce qu'en vrai... enfin c'est un peu horrible de dire ça mais je m'en fichais quoi, je m'en fichais qu'ils m'aient pas aimé, je m'en fichais qu'ils se soient dit c'est pas un bon médecin... alors qu'en ville je trouve ça beaucoup, beaucoup plus dur. »</i> |
| [A] | <i>« Et puis, il y a l'aspect suivi... bon on les suit des fois à l'hôpital, des fois sur un séjour de dix jours, donc on n'est moins dans cette relation longue durée (...) »</i> |
| [Q] | <i>« On est dans le cadre des urgences, on sait qu'on ne les reverra pas, on ne les reverra pas. »</i> |
| [O] | <i>« On est dans une relation qui est, enfin dans un rôle qui est complètement différent. (...) Et puis il y a une histoire de temporalité. »</i> |
| [X] | <i>« Donc aux urgences, on dit non et puis on s'en fout, on ne reverra jamais les gens. »</i> |

Pour [A] et [E], la relation était différente puisque le patient ne choisissait pas le médecin qui le prenait en charge à l'hôpital, contrairement à son médecin traitant.

- | | |
|-----|--|
| [A] | <i>« (...) à l'hôpital généralement, ils n'ont pas choisi de nous avoir nous, comme médecin, on est leur interne et point, et alors que, en ville, ils ont choisi de venir nous voir (...) c'est eux qui ont la capacité de venir vers nous et pas l'inverse (...) »</i> |
| [E] | <i>« (A l'hôpital) on n'a pas de lien avec les patients qui sont dans les lits, on se retrouve entre guillemets tous les deux là par un concours de circonstances (...) »</i> |

Pour [B] et [V], le médecin généraliste a une relation plus proche, plus au fait du quotidien du patient et donc plus empathique, ce qui lui permet de prendre en compte des aspects plus pratiques dans la prise en charge, que le médecin hospitalier.

- [B] « Je pense que le patient se sent plus proche de son médecin traitant, je trouve, qu'à l'hôpital (...) ils disent bon ben de toute façon je retournerai voir mon médecin traitant (...) »
- [B] « En ville, ils incluent beaucoup leur quotidien aussi et ça a peut-être tendance à nous donner envie de dire oui (...) on a plus d'empathie ou on s'intègre plus dans leur vie (...) Du coup je trouve que c'est plus facile de dire non à l'hôpital parce qu'en fait, on est moins impliqué dans leur vie et accessoirement, la blouse, je trouve que ça aide. »
- [V] « Mais parce que les urgentistes ils considèrent que s'ils ont dit non, le patient, il va faire ce qu'on dit. Mais alors que les médecins, dans la pratique, ils savent qu'ils ne font pas tout ce qu'on dit quoi et qu'il faut leur expliquer pourquoi on dit non et pourquoi il faut que ça soit accepté. C'est ça la différence je pense entre les deux, surtout. Pas forcément que le patient écoute plus le médecin hospitalier mais que l'hospitalier n'imagine même pas que le patient ne fasse pas ce qu'il dit. »

Le fait d'être **seul lors de la pratique ambulatoire versus la prise en charge en équipe à l'hôpital** était une différence notable selon les internes [F, G, O, Q, S, U, X].

En effet, le recours à un sénior était fréquent en cas de conflit. Le non n'était pas assumé par une personne mais par l'équipe, voire l'institution.

Le fait d'être seul face au patient et face à sa demande était plus complexe.

- [F] « Franchement quand on est à l'hôpital (...) on n'est pas tout seul, on a plus d'arguments tout de suite en main, plus de personnes aussi à côté qui peuvent renforcer notre décision. Si on a des chefs (...) c'est rassurant, ça facilite le travail. Alors que quand on se retrouve en ville tout seul, dans des situations un peu inédites (...) c'est beaucoup plus complexe. »
- [G] « Et c'est là où on est content d'être soutenu par les chefs derrière. Quand on refuse, on est que l'interne... »
- [O] « (...) on n'est pas dans une relation duelle [à l'hôpital] que, en fait, en médecine générale, de cette relation de demande. »
- [Q] « Là on est un contre un et ils sont venus nous voir avec une demande. »
- [U] « Mais le non n'est pas vécu du tout de la même façon. Même pour nous, on ne dit pas du tout le même non au patient. Parce que c'est un non d'équipe quoi. C'est pas moi contre toi, c'est... »
- [X] « C'est non, c'est l'institution, l'hôpital. C'est pas moi, c'est pas toi... c'est nous on a décidé que. »

[S] « Moi c'est vraiment en stage de niveau I où je me suis rendue compte que voilà, dans certaines situations, j'avais du mal à dire non quoi. Quand t'es tout seul quoi. »

Selon [T] et [X], certaines demandes n'étaient pas refusées à l'hôpital du fait d'une **obligation de moyens** et de la crainte d'une erreur médicale.

[X] « (...) je trouve que pour le côté médico-légal, à l'hôpital on fait des trucs débiles. On ne dit pas non (...) c'est juste pour se couvrir et comme on peut le faire... Y a une obligation de moyens. »

[T] « Je pense plus à des situations aux urgences où on aurait envie de dire non, par exemple, aux urgences ped, quand c'est la maman romanichelle qui nous amène ses cinq gosses (...) mais non ils sont tous inscrits donc il faut tous les voir et c'est débile quoi. On perd du temps, on perd de l'énergie... »

[L] décrivait un **rapport à l'argent différent** à l'hôpital et en ville. En effet, le patient n'avançant pas les frais pour les soins hospitaliers, son comportement et la prescription médicale pouvaient être différents.

[L] « Je sais pas mais, aux urgences j'ai l'impression qu'on n'a moins le rapport à l'argent aussi que, en cabinet de ville, enfin que ce soit pour les examens complémentaires et tout ça... pour les traitements enfin j'ai l'impression que quand j'étais aux urgences, je ne voyais pas du tout cet aspect- là et que là je le vois beaucoup plus depuis que je suis en cabinet (acquiescement général). »

[L] exprimait également que le fait d'avoir des **protocoles** pour les prises en charge hospitalières permettait d'avoir un discours homogène envers le patient, entre les praticiens. Tandis qu'en ville, elle était confrontée à des pratiques différentes et singulières de la part de certains médecins qui la mettaient en difficulté par rapport au non.

[L] « (...) aux urgences traumato, clairement on fait vraiment le score je trouve (acquiescement général) d'Ottawa, et c'est hyper réglo et tout ça. Et du coup quand on a fait un semestre aux urgences et qu'on débarque chez le prat et que tu vois ta première entorse, et moi pareil, ma prat elle fait la radio systématique. Donc face au patient tu perds un peu ta crédibilité mais c'est vraiment, entre les deux, pas du tout la même prise en charge pour la même pathologie quoi. »

En résumé :

Les internes jugeaient qu'il était plus difficile de dire non en ville qu'à l'hôpital du fait :

- De la « **toute-puissance** » **hospitalière**. Le patient était décrit comme passif, acceptant les décisions médicales pour lesquelles il n'avait pas vraiment de choix. Parfois ils étaient confrontés au refus du patient qui s'opposait aux soins.
- De la spécificité de la **relation médecin-patient** en ville. Ils décrivaient une relation plus proche, plus empathique, s'inscrivant dans le temps, pouvant être influencée par la peur de perdre son patient.
- Du **face à face** avec le patient. Ils devaient assumer seuls le non, sans le soutien de l'équipe hospitalière.
- De **l'obligation de moyens à l'hôpital**, menant parfois à l'acceptation par excès de certaines demandes.
- Des **protocoles hospitaliers** qui permettaient de justifier le refus.

2.2.6. Solutions envisagées pour dire non sereinement

A travers les échanges dans les groupes, les internes ont exposé les moyens qu'ils utilisaient pour amener le non plus sereinement dans la consultation, ou ceux qu'ils pensaient pouvoir mettre en œuvre face à une demande qu'ils souhaitaient refuser.

Une des solutions envisagées par le plus grand nombre d'internes (13 sur 23) était d'utiliser **la négociation**.

Les internes [B, E, F, Q] expliquaient ne pas être dans un non catégorique et discuter avec le patient des différentes options possibles face à sa demande. Le médecin écoutait les arguments du patient et exposait les siens. Ensemble, ils tentaient de trouver un **compromis** qui satisfasse les deux parties.

- | | |
|-----|---|
| [F] | « (...) on apprend aussi la négociation donc c'est sûr que... on n'est plus forcément dans le non catégorique, non c'est pas les recos, non je sais que c'est pas bien, non je veux pas le faire, mais on peut peut-être s'arranger, (...) c'est une manière aussi de contourner le problème. » |
| [Q] | « La négociation. (...) Donc y a forcément une négociation à un moment ou un autre, en disant, je ne peux pas voir les quatre [motifs] aujourd'hui, donc c'est non pour les quatre d'une certaine manière mais quel est le plus important pour vous et puis pour moi, on choisit ensemble deux choses. (...) Donc je pense qu'après une manière de dire non c'est de dire "oui mais", finalement. » |
| [E] | « (...) j'avais tendance à aller au clash ou au contraire (...) j'avais tendance à lâcher trop rapidement (...) j'ai finalement commencé à transiger sur ce qu'on pense être bien et sur ce qu'on fait réellement, voilà. » |
| [B] | « La négociation aussi, on l'avait déjà dit mais (...) pour dire... j'ai bien entendu qu'il y avait une demande (...) comprenez bien que cette demande si elle survient dans un autre contexte je n'y répondrais pas favorablement. Le fait de transiger, de donner un petit peu mais pas tout (...) » |

Pour d'autres [A, G, H, J, U], il s'agissait plutôt d'accepter une partie de la demande ou de la remplacer par autre chose de plus convenable pour eux, dans le but de maintenir le non sur ce qui leur semblait essentiel de refuser.

- | | |
|-----|---|
| [J] | « (...) ou c'est de la négociation quoi, ok je ne vous donne pas ça mais on va tester ça. Du coup on n'est moins dans le refus, parce qu'on propose quand même quelque chose, et en même temps c'est pas tout à fait le truc du patient, c'est vrai que ça permet souvent de décoincer des situations un peu tendues. » |
| [U] | « (...) c'est vrai que du coup, ben je réoriente quoi, quand ils ont une demande, j'essaie de dire que, voilà, c'est pas bon de continuer avec des médicaments comme ça et de réorienter sur autre chose quoi. » |

- [A] « Et j'ai fini par lâcher, elle voulait de l'Advil®, alors du coup j'ai donné de l'Advil® en plus du Doliprane® (rires) pour ne pas avoir à donner d'antibios. Donc c'était non mais...j'ai lâché sur un truc... pour un peu enrober le truc. »
- [H] « Voir craquer à moitié et lui dire, ben voilà, je vous fais une ordonnance et vous irez la faire en ville. »
- [G] « (...) mais effectivement j'aurais peut-être craqué et je lui aurais fait l'ordonnance pour qu'elle aille en ville, et puis comme ça elle aurait déboursé en plus de sa poche, donc ça l'aurait un peu... »

Les internes [C, E, X] expliquaient parfois commencer par dire oui ou peut-être, afin de ne pas fermer le dialogue et d'amener le non ensuite, dans un deuxième temps.

- [C] « (...) moi je dis toujours "oui mais pourquoi?" (rire) ce qui va souvent aboutir à un non, après (rire). Mais il y a tout un jeu qui s'apprend de discussion, de négociation... »
- [X] « C'est pas dire non, c'est dire "un peu", "peut-être"... C'est en tout cas, moi me satisfaire de ce que je fais un petit peu et satisfaire le patient, c'est vraiment du compromis. (Silence). De la négociation. »
- [E] « (...) c'est un oui pour ensuite enchaîner vers un non (...) »

[N] et [O] avaient fait l'expérience de proposer un **contrat** au patient. Dans certaines situations compliquées, où le risque était de perdre le patient, de rompre la relation, le contrat permettait que chacun s'engage dans un projet commun. Il proposait une vision conjointe à moyen terme, rendant la demande et sa réponse plus satisfaisantes.

- [N] « (...) ben je vais vous en prescrire pour une très courte durée mais je veux vous revoir dans une semaine. C'était une manière de la revoir et de refaire le point alors que si je lui avais dit non (...) à condition de faire une espèce de contrat (...)»
- [O] « Et sur les patients compliqués je pense que de toute façon, t'es un peu dans le compromis quoi. (...) Alors soit on lui disait non, au revoir, on ne vous renouvelle pas mais c'est sûr qu'il va trouver ailleurs, soit effectivement on essaie de l'aider. (...) ça avait servi et finalement ce patient il a compris quoi. Mais ça a mis du temps, on a fait des compromis. »

Les solutions proposées par les internes, en termes de fréquence, faisant ensuite appel à des **méthodes de communication**.

La majorité d'entre eux (11 sur 23) proposait tout d'abord d'**expliquer** au patient les raisons du non, d'argumenter le refus. Souvent ils exposaient au patient la physiopathologie de l'affection qu'il présentait, les effets secondaires potentiels d'un traitement, ses indications, etc. Et dans la grande majorité des cas, les internes disaient être entendus et compris par le patient. Celui-ci avait plus d'éléments en main pour entendre et accepter le non.

- [L] « Et c'est pour ça que c'est hyper important que, quand on dit non, d'expliquer enfin de... d'apporter, d'essayer d'apporter des vrais arguments pour que ce soit... »
- [O] « La majorité des patients à mon avis, ils comprennent quand tu leur dis non, il faut leur expliquer, parce que dire non pour dire non, ça peut être aussi... et effectivement du coup, d'avoir des référentiels, dire "non c'est pas justifié, parce que." »
- [X] « (...) finalement c'est surtout réexpliquer, les patients insistent rarement quand on leur explique... »
- [F] « (...) j'explique pourquoi je ne veux pas faire ça et au final c'est bien accepté quoi... l'explication, qu'ils comprennent l'enjeu (...) »
- [B] « Je ne peux pas juste dire non et ne rien dire derrière, il faut qu'il y ait vraiment un argumentaire solide. (Acquiescement général) »
- [H] « Bref, moi j'hésite pas, je demande toujours et ce médicament là, est-ce que vous le prenez et cetera (...) donc j'essaie d'expliquer et tout. »
- [G] « (...) je me suis dit bon, je ne la connais pas, de toute façon elle vient de Bretagne, j'ai envie de faire de la bonne médecine, et ben je vais essayer de l'éduquer (...) »
- [S] « Les patients qui viennent pour un rhume, une bronchite, une angine virale à streptococque négatif, on explique que ce n'est pas utile et que ça ne va pas les aider et que... »
- [V] « Pour les médicaments souvent on explique la physiologie, les choses comme ça. »
- [U] « Mais je leur dis, ANTI- inflammatoires. Je leur dis ça va contre les défenses du corps, c'est l'inflammation, c'est normal, ça va ralentir le processus... »
- [T] « C'est vrai que le travail du médecin c'est aussi le travail d'éduquer les gens et de les aider à progresser et quand on a réussi à négocier un non, on les a aidé à progresser sur leurs connaissances... »

Pour 6 internes [F, H, J, K, L, O], il était primordial d'**être bienveillant** envers le patient et de le lui rappeler, afin qu'il ne ressente pas le refus comme un rejet mais comme un souhait de bien le prendre en charge.

- [F] « Moi je trouve qu'il faut faire attention que notre non soit bienveillant et pas un non de... "non tu m'emmerdes" quoi (rires) (...) en essayant de lui faire comprendre surtout, que (...) sa demande elle n'est pas... non seulement elle n'est pas justifiée mais elle ne lui ferait pas de bien. »
- [J] « Oui parce que finalement les patients ils ont besoin d'entendre aussi que tu vas faire... que t'es là pour eux et c'est ça, que tu vas faire le mieux. »
- [H] « On peut le dire ça d'ailleurs. On peut dire "c'est pour vous, c'est pas pour vous embêter" et cetera... »

- [K] « Je l'ai jamais fait mais je sais que ma prat le fait. Elle dit souvent "si vous étiez mon papa, voilà ce que... je ne le ferai pas non plus". »
- [L] « Et puis que le patient, il ait vraiment l'impression qu'on ne fait pas ça contre lui mais que nous, on n'a aucun intérêt à faire contre lui (...) »
- [O] « Tu vois, tu peux essayer aussi de voir, de dire au patient, je vais faire ce que je peux... »

Pour [E], il était essentiel d'**écouter le patient** et de le laisser exprimer sa demande jusqu'au bout.

- [E] « Alors écouter la demande ça veut dire par exemple ne pas couper alors qu'il n'a pas fini sa phrase (...) »

Quatre internes [A, E, F, I] proposaient d'**explorer la demande** du patient.

Le patient n'exposait pas toujours ses vraies motivations et sa demande pouvait alors sembler surprenante voire aberrante au médecin. Il s'agissait donc d'interroger le patient et de s'interroger sur les raisons sous-jacentes de cette demande, d'en comprendre le véritable enjeu. Une fois tous les éléments en main, il était parfois plus facile de dire non ou, au contraire, il était alors possible d'accéder à la demande du patient.

- [I] « Ben ça c'est un bon moyen peut-être... faut déjà d'essayer de comprendre au mieux pourquoi ils veulent ça, (...) si déjà on comprend pourquoi, c'est hyper important. Pour qu'on puisse les rassurer. »
- [E] « Ou après de chercher quelle est la demande derrière, quelle est la vraie demande (...) »
- [F] « Essayer déjà de la comprendre et de pas se laisser submerger par son agacement, ou essayer de comprendre sa demande. »
- [A] « (...) après c'est d'analyser pourquoi, avant de dire non (...) »

Pour [C], [E] et [F], une des méthodes pouvait consister à **reformuler la demande** du patient, voire simplement à la répéter à voix haute et de laisser ensuite le patient réagir. L'objectif était de montrer au patient que sa demande était entendue et de la lui renvoyer pour qu'éventuellement il la critique lui-même.

- [E] « (...) donc je note, je voudrais un arrêt de travail de dix jours, je lui dis bien (...) là on se regarde, ça laisse un peu un temps pour avoir une espèce de... voilà, un temps en suspens où chacun peut apprécier... (rires) la situation (...) et puis voilà, on a entendu la demande (...) d'une certaine manière, ouais c'est ça. C'est une reformulation. »
- [F] « Oui juste reformuler, en disant... ouais voilà reformuler (...) »
- [C] « Même répéter simplement. Des fois ça suffit. Sans reformuler. (...) Avec le petit silence après par contre. »

[Q] et [R] utilisaient régulièrement le fait d'**anticiper la demande** du patient, notamment concernant la prescription d'antibiotiques dans le cas d'une infection virale.

Lorsqu'elles ressentaient une attente forte du patient pour ce type de prescription, elles mettaient en place précocement un argumentaire en faveur de la non-prescription des antibiotiques, ne laissant ainsi pas le temps au patient de formuler sa demande.

[Q] « (...) finalement j'ai appris à l'anticiper (...) au moment où ils m'exposaient leurs symptômes je leur disais "on va vérifier ensemble, en vous examinant, qu'il n'y ait pas de surinfection qui nécessiterait des antibiotiques". Donc je les prévenais d'avance que mon examen clinique était fait pour déterminer s'il y en avait besoin ou pas, je savais d'avance qu'ils n'en auraient pas besoin mais comme ça je les mettais en condition (rire). »

[R] « C'est vrai que même dire le mot antibiotique avant eux (...) et après c'est plus difficile je pense pour le patient de poser la question "vous me mettez pas sous antibiotique" alors que ça fait trois fois qu'on lui a dit "ben j'ai pas trouvé que c'était nécessaire". »

[G] et [X] ont évoqué le fait de **faire peur au patient** afin qu'il comprenne que sa demande n'était pas raisonnable. Elles avaient elles-mêmes expérimenté cette méthode dans des situations où le patient restait imperméable à leurs explications, afin de tenter de le toucher au vif.

Pour [G], l'issue n'avait pas été concluante.

[G] « Non mais je suis allée à l'extrême, je disais mais que ça irradiait... j'ai fini par dire "vous savez les irradiations ça peut donner des cancers". Il y a un moment où quand tu as utilisé même la cartouche de la peur... »

[X] « Pour les médicaments, moi j'utilise vraiment souvent le côté... effets secondaires possibles, quoi. Je sais pas c'est... peut-être que c'est un peu bête de faire peur aux gens mais... »

[R] utilisait régulièrement dans sa pratique le fait de **reconnaître qu'elle pouvait se tromper**. Elle voulait ainsi montrer au patient qu'elle n'était pas inflexible et que la discussion restait ouverte en cas d'échec de la prise en charge.

[R] « Je commence souvent mes phrases quand je sens qu'il y aura un petit refus par la suite (rire) par : "je peux me tromper mais"... et... je peux me tromper ou, vous avez... "l'avenir nous le dira, la semaine nous le dira, si vous aviez raison ou pas" (...) »

[V], quant à elle, n'hésitait pas à **rappeler au patient les expériences antérieures positives** pour renforcer le bien-fondé de sa décision et la relation de confiance.

[V] « (...) justement des fois je leur dis, ah ben au fait pour le petit, ça s'était bien passé la dernière fois ? Et ils me disent ah oui, oui, et donc ça me rassure et en même temps je l'utilise en leur disant, enfin... pour leur montrer que... pour qu'ils se souviennent que la dernière fois ben ça s'était bien passé. »

Au cours des focus groups, les participants ont souvent expliqué argumenter le non **en s'appuyant sur un tiers**.

Le tiers était fréquemment **la science**, qui amenait la preuve que la décision du médecin était la bonne à travers les recommandations officielles, certains sites internet comme www.antibioclic.com, des preuves scientifiques comme le Streptatest®, le score d'Ottawa dans l'entorse de cheville etc.

Tous ces moyens utilisés en fonction du contexte avaient pour objectif de faire comprendre au patient que la décision médicale était justifiée par des motifs scientifiques et de lui donner l'assurance d'une prise en charge optimale.

[F] « (...) c'est plus facile de dire non quand on a des arguments euh... comme le streptatest (...) »

[U] « Si je vois qu'il est contre, bon ben on ne va pas faire le TDR si y a pas besoin. Si je vois que vraiment il insiste, bon ben là... Puis même pour eux c'est bien, c'est un bon argument quoi. C'est viral, vous voyez c'est vraiment viral. Ça les rassure. Faut pas se priver quoi. »

[O] « (...) c'est vrai que là, c'est plus facile de dire non à cause des références opposables (...) le streptatest c'est génial. »

[R] « C'est vrai que j'ai plus facilement, avec l'étude PAAIR, avec le streptatest... quand on a des petits trucs (...) »

[N] « Même abusif dans les rhinos, le streptatest, vous voyez c'est viral. »

[S] « (...) quand je sais que je ne veux pas mettre d'antibiotique et quand je sens que ça va être un petit peu difficile, je fais parfois des TDR un peu... abusifs, juste pour montrer que c'est négatif. »

[T] « Mais c'est vrai que le TDR c'est une très bonne introduction à dire, bon ben voilà, il y a deux types de microbes, y a les virus et les bactéries... »

[B] « Y a internet aussi. Avec les sites recommandés (...) et je lui montre sur internet, je dis "voilà c'est un site, antibioclic"... »

[H] « Après il y a tous les scores. »

[K] « Quand on leur dit, qu'il y a un score [score d'Ottawa pour les entorses de cheville], qu'il n'y a pas d'indication parce que c'est pas cassé c'est sûr, ils ont plus confiance. »

[L] « Ouais les recommandations c'est plutôt pas mal aussi. »

Le tiers pouvait également être un **deuxième avis médical**.

Il pouvait s'agir de l'équipe médicale ou du sénior à l'hôpital, du maître de stage en ambulatoire.

- | | |
|-----|--|
| [X] | « (...) et ça m'arrive aussi d'utiliser le... de m'appuyer sur mon expérience à l'hôpital, notamment pour les tout-petits, sur le lavage de nez uniquement au sérum physiologique. Je leur dis, vous savez, à l'hôpital, les bronchiolites qu'on hospitalise, uniquement du sérum physiologique, c'est le traitement le plus efficace, le moins nocif. » |
| [A] | « (...) d'appuyer la décision en disant qu'on n'est pas seul mais qu'on s'appuie sur l'avis d'expert ou de collègues présents (...) » |
| [B] | « (...) mais j'ai demandé l'avis de mes collègues... y a pas que moi... on pense tous que la bonne solution c'est de ne pas faire cet examen (...) » |
| [G] | « Donc j'étais contente d'être soutenue, j'étais contente d'avoir réussi à maintenir mon non, mais j'étais contente d'avoir un sénior derrière pour appuyer sur mon non parce que... toute seule... toute seule je pense que j'aurais fini par craquer (...) » |
| [U] | « On peut appeler le prat aussi. Qui peut confirmer. » |
| [J] | « Je suis allée chercher mon chef (...) » |

[J] et [K] rapportaient que leur maître de stage les utilisait comme tiers au cours des consultations.

En effet, dans certaines circonstances, il demandait l'avis de l'interne devant le patient, s'appuyant sur ses connaissances universitaires et hospitalières récentes.

- | | |
|-----|---|
| [J] | « (...) moi je le vois, j'ai l'impression que parfois mon prat il m'utilise pour dire non (...) il se tourne vers moi en disant bon ben on va demander à l'interne ce qu'il en pense et alors moi je dis ben non, voilà... les facteurs de risque machin... y a pas de soucis, y a pas besoin de traitement, bon ben vous voyez ce qu'elle a dit donc il n'y a pas besoin de traitement (...) il me présente un peu comme... la faculté, enfin au sens large, les connaissances actuelles, les nouvelles recos quoi (acquiescement général) (...) » |
| [K] | « Elle fait ça beaucoup pour les antibiotiques pour les enfants, elle dit tout le temps, elle sort de pédiatrie, elle était aux urgences pédiatriques donc (sourire), tout le temps, vous faisiez quoi, vous donniez des antibiotiques pour ça, non, vous faisiez une radio pour ça, non, bon vous voyez, ça va passer, c'est viral. » |

Cinq participants [D, J, L, S, U] mentionnaient régulièrement **la loi** et le fait de risquer d'engager sa responsabilité pour argumenter leur refus.

- [D] « (...) quand il y a une contre-indication absolue à prescrire, (...) moi je rappelle que c'est moi qui vais en prison si y a un problème, quitte à y aller un peu fort (...) »
- [L] « Je pense que si t'expliques bien les raisons, par exemple pour le certificat que, clairement ben ça met en jeu quand même ta responsabilité et cetera, que tu ne peux pas faire un certificat chez quelqu'un que tu n'as pas pu examiner, c'est peut-être plus facile à entendre pour elle. »
- [S] « Moi je dis souvent que j'ai pas... que légalement j'ai pas le... c'est pas justifié, que je n'ai pas le droit. »
- [J] « (...) moi ça m'ait arrivé aussi de dire ben voilà, j'y peux rien c'est la loi... la loi est peut-être faite de manière totalement débile ou quoi, mais légalement j'ai pas le droit et fin de la discussion quoi. »
- [U] « (...) enfin c'était un peu... pas vraiment la vérité mais elle me disait ben voilà que, médicalement tu n'as pas le droit de le faire, que t'es interne voilà. »
- [V] « Après pour les certificats, moi j'utilise tout le temps le truc officiel qui montre qu'on n'a pas besoin de faire des certificats pour tout et n'importe quoi. »

Dans le cas d'une demande d'arrêt de travail abusive, [D], [K] et [Q] citaient les **référentiels de la sécurité sociale** afin de montrer au patient quelle était la durée acceptable en fonction de sa pathologie.

- [Q] « (...) mais je m'en suis servie dans un autre stage où justement, les patients étaient habitués à un praticien qui était très large et de montrer sur l'ordinateur en disant, vous voyez, ce que note la sécurité sociale (...) je m'appuie sur l'argument... [Référence opposable] (Acquiescement général). »
- [D] « Pour les arrêts de travail, je trouve que ce qui est bien utile, c'est les référentiels de la sécu. (...) on peut essayer de s'en servir en disant ben voilà, la sécu préconise tant de jours d'arrêt... »
- [K] « Ça, ça aide beaucoup à dire non je trouve. Ouais de pouvoir s'appuyer sur des textes ou sur... même sur Ameli, j'en sais rien, la sécu quoi, ça aide à dire non. »

Six internes [H, J, K, L, Q, R] avaient fait l'expérience positive de **l'examen clinique** pour argumenter un refus. En effet, elles racontaient prendre le temps de bien examiner le patient et de commenter leur examen à voix haute afin de rassurer le patient.

- [J] « Il y a un autre moyen c'est de prendre le temps, encore une fois, d'examiner les patients, (...) quand on peut leur dire ben non je vous ai examiné de la tête aux pieds et vous n'avez pas ça, vous n'avez pas ça, j'ai aucun argument, cliniquement, et en détaillant ce qu'on fait, soit pendant l'examen, soit après l'examen, c'est quand même aussi de dire, ben ouais, il m'a regardé sous toutes les coutures, si, vraiment, j'ai rien. »
- [K] « Ils ont beaucoup confiance en général en l'examen clinique, ils aiment bien qu'on les examine (acquiescement général). »
- [H] « Il suffit pas de passer le stétho et puis de rien dire et toi tu te dis ah c'est bon y a rien... non faut le dire au patient (acquiescement général). »
- [L] « Je crois que c'est important de parler pendant ton examen clinique, ouais, d'expliquer. »
- [Q] « Et j'écoutais les poumons et je les rassurais, en leur disant c'est pas descendu dans les bronches, on est bien, ce n'est qu'un virus, heureusement vous n'aurez pas les effets secondaires des antibiotiques (rires). Et finalement comme c'était positif pour eux, ça se passait mieux. »
- [R] « Alors que de dire le truc avant, bon ben là je vous ausculte, bon ben j'entends rien dans les poumons qui ne nécessite des antibiotiques, on va voir dans la gorge... »

Pour faciliter le non, les internes [F, K, O, P, T, V] proposaient de montrer de **l'assurance** face au patient.

Bien qu'il soit difficile d'avoir une attitude affirmée en tant qu'interne, ils aspiraient à être plus sûrs d'eux dans leur pratique.

- [F] « Je trouve que avoir de l'assurance face à une demande, ça joue beaucoup sur ta capacité à dire non. »
- [K] « Oui mais en fait, faut être fort, faut rester sur ses positions. »
- [V] « (...) voilà, moi j'assume mon côté, ben moi je fais comme ça. »
- [O] « (...) ouais on est jeune, tout ça, c'est un peu difficile, mais... il faudrait presque avoir je pense une attitude de prescription en disant je vous arrête jusqu'à tant et... voilà. »
- [P] « (...) je lui ai dit ah non, je ne les verrai pas madame, j'ai pris l'enveloppe, je l'ai posé sur le bureau, j'ai dit je verrai ça plus tard ou le médecin que je remplace le verra, mais je ne regarderai pas ça parce que voilà, vous n'avez pas pris rendez-vous... »

[T] « Donc j'ai fini par lui faire et en fait, je me suis dit intérieurement que si c'était mon cabinet et que c'était ma patientèle, je lui aurais dit ben écoutez madame, chez moi c'est comme ça donc vous sortez, c'est tout... je ne vous prescrirai pas vos antibiotiques. »

Une autre solution envisagée par les participants [C, F, Q, U] était de **temporiser** le refus, de proposer au patient de le **revoir** pour discuter à nouveau du problème et d'envisager une issue différente une prochaine fois.

[C] « (...) et j'essaie toujours de temporiser, de leur dire ben si ça persiste vous reviendrez (...) c'est quelque chose qui est beaucoup plus facile sur le long cours et effectivement de revoir les gens... leur dire... d'organiser un processus (...) oui mais je vais vous revoir pour dire non en fait. »

[F] « (...) dire non et puis dire après, je peux vous revoir un autre jour, on peut en rediscuter, on peut essayer d'élaborer quelque chose ensemble... »

[Q] « Mais par exemple le côté... je viens comme ça en urgence, bon ben là c'est oui d'accord, bon c'était pas très urgent, c'était un suivi, on ne peut pas refaire ça comme ça. Effectivement le côté, oui aujourd'hui, mais ce sera non demain. Si vous le refaites, ce sera non. »

[U] « Mais s'ils me disent ah non moi y a que l'Advil® qui marche, le Doliprane® ça ne fait pas effet. Je leur dis... peut-être en deuxième temps, souvent c'est ce que je leur dis, dans un deuxième temps. »

Trois internes [D, F, P] avaient entendu parler ou utilisaient la **prescription anticipée** pour refuser une demande de prescription d'antibiotique jugée inadaptée.

Elle consiste à prescrire l'antibiotique en mentionnant à la pharmacie de les délivrer 48 heures après, par exemple, en l'absence d'amélioration. Le but recherché est une évolution favorable de la symptomatologie dans cet intervalle et donc l'absence de prise d'antibiotique par le patient.

[F] « (...) j'avais fait une prescription anticipée je crois, j'avais pas réussi à dire non... »

[D] « Pour les antibiotiques... quand je sens que je ne vais pas m'en sortir et qu'il va falloir les prescrire... ça m'est arrivé de faire la prescription anticipée (...) »

[P] « (...) je pense qu'il m'aurait dit de faire, comme ils disent, les ordonnances un peu... si dans deux jours ça va pas mieux... »

[K] racontait que son maître de stage lui conseillait d'utiliser parfois **le mensonge**, ou en tout cas de déguiser les résultats de l'examen clinique, pour argumenter le non. Elle se disait mal à l'aise avec cette pratique, également critiquée par les autres participantes du groupe.

- [K] « Enfin, ma prat elle me dit faut toujours que tu dises le diagnostic, c'est une rhinopharyngite... faut pas dire y a rien, faut pas dire tout est bien quand t'écoutes les poumons alors qu'ils viennent parce qu'ils toussent (étonnement général). (...) Moi je suis très mal à l'aise avec le mensonge, sans que ce soit un énorme mensonge... où tu joues du fait que le patient est ignorant parce que c'est ta... ton métier (...) Ben moi je me sens un peu conne. »
- [G] « Et le jour où tu tombes sur un patient qui est radiologue et... médecin et qui ramène ses enfants mais qui ne le dit pas et que tu dis n'importe quoi ben... tu perds toute ta crédibilité. »
- [U] « (...) enfin c'était un peu... pas vraiment la vérité mais elle me disait ben voilà que, médicalement tu n'as pas le droit de le faire (...) oui peut-être des mensonges mais du coup pour elle, se protéger quoi. »

Pour 3 internes [K, L, O], la réussite du non pouvait se jouer avant la consultation proprement dite, **en posant des règles, des limites** dans notre pratique quotidienne.

Elles proposaient par exemple de toujours prescrire en Dénomination Commune Internationale (DCI) afin d'éviter les demandes de princeps plutôt que de générique. Dans le cas des demandes de renouvellement de substitutifs aux opiacés, elles proposaient de ne pas laisser le patient s'asseoir, voire même entrer dans la salle de consultation afin de bloquer la demande en amont.

- [L] « Mais du coup faut savoir je pense peut-être en amont genre, là où on met nos propres limites, mais moi je sais pas en fait, j'en sais rien encore et voilà. »
- [K] « (...) peut-être que quand j'aurai mon cabinet, je ferai différemment, je mettrai directement les noms en DCI (...) »
- [O] « (...) il faut pas leur laisser une porte quoi, sur des demandes comme ça, insistantes, un petit peu agressives, où il va falloir dire non mais ça va être difficile, il faut pas, presque... les laisser s'asseoir... ou les laisser entrevoir la possibilité parce que sinon ils ne lâchent plus rien quoi. (...) Après, je pense que ça, ça dépend vraiment du cabinet... la toxico tout ça, ça peut quand même être assez difficile, donc il faut des règles établies, c'est des situations difficiles je pense. »

[J] et [V] utilisaient parfois **l'humour** pour faire accepter le non au patient.

Son efficacité dépendait cependant de la situation et de la personnalité du patient.

- [V] « Des fois je le tourne en blague (...) je leur dis ben oui maintenant on sait transplanter les cœurs mais on ne sait toujours pas guérir les rhinopharyngites. »

[J] « (...) on fait aussi passer énormément de choses avec un petit peu d'humour, en tournant... enfin, et ça on peut le faire qu'avec des patients qu'on connaît bien et qui sont réceptifs (...) »

Pour [E], une des conditions indispensables d'un non serein était la **disponibilité** pour le patient et la **concentration**. Il exposait se préparer intérieurement au refus, situation inconfortable pour lui.

[E] « Peut-être qu'il y a le manque de disponibilité qui permet... enfin... je pense que quand on est plus disponible, concentré, on arrive peut-être à envisager des solutions intermédiaires ou à, du coup, tenir bon sur ce qui est vraiment important (...) »

[E] « Moi j'utilise souvent la... enfin je me renforce intérieurement (...), je me dis ok bon ben c'est compliqué et (...) il faut passer par ça et puis après ça va aller, et après ce sera mieux. Donc je prends ce temps-là en fait simplement de concentration (...) Faut s'accrocher. »

[B] avait observé que son maître de stage utilisait **l'esquive** comme moyen de détourner le non. En effet, il essayait de détourner l'attention du patient sur autre chose afin d'éviter la confrontation.

[B] « L'esquive, voilà. Complètement. Passer à, parler d'autre chose et comme ça, on accède à d'autres demandes qui sont plus légitimes (...) donc l'esquive comme moyen de dire non. »

En résumé :

Les solutions proposées par les internes pour dire non plus sereinement étaient :

- Le **compromis**, la **négociation**
- Différentes méthodes de **communication** telles que :
 - Expliquer, argumenter
 - Etre bienveillant
 - Explorer la demande
 - Reformuler la demande
 - Anticiper la demande
 - Ecouter le patient
 - Reconnaître qu'on peut se tromper
 - Rappeler au patient les expériences positives antérieures
 - Faire peur au patient (solution critiquée par les internes)
- **S'appuyer sur un tiers** tel que :
 - La science, les recommandations, les différents scores médicaux
 - Un deuxième avis (collègue, sénior ou praticien, spécialiste)
 - La loi
 - La sécurité sociale
- Affirmer son choix, faire preuve d'**assurance**
- **Examiner** le patient et **commenter** l'examen
- **Temporiser**, revoir le patient
- **La prescription anticipée** ou **différée**
- Le mensonge (solution critiquée par les internes)
- **Définir des règles**, un cadre à la consultation
- **L'humour**
- **La disponibilité**, la concentration
- **L'esquive**

2.2.7. Formation reçue et améliorations envisagées

Enfin, les internes étaient amenés à réfléchir à ce qui, dans la formation qu'ils avaient reçue, les aidait à dire non plus sereinement. Ils étaient invités à imaginer des améliorations possibles.

Concernant la **formation** qu'ils avaient **reçue en deuxième cycle**, c'est-à-dire la formation plutôt théorique, ils [L, S, T] estimaient qu'elle leur avait donné des bases scientifiques solides leur permettant de prendre des décisions médicales avisées et d'argumenter le non.

Toutefois, ils se disaient insuffisamment formés sur les problématiques plus administratives type certificat ou arrêt de travail et de ce fait, être plus en difficultés pour ce type de demandes.

- | | |
|-----|---|
| [L] | « Pour le coup, la théorie ça nous permet quand même d'être sûrs de nous quand par exemple on sait qu'il n'y a pas d'indication à faire une radio de thorax, enfin je pense que ça peut nous donner aussi un peu d'assurance. » |
| [S] | « Moi je pense qu'on est bien formé, voilà sur tout ce qui est... antibiotiques, indications, tout ça (...) Après pour ce qui est arrêt de travail, certificat, tout ça bon...enfin moi j'ai pas... je ne me suis pas sentie spécialement formée pour ça, quoi (...) Je pense que tout ne s'apprend pas à l'université. » |
| [T] | « C'est vrai qu'autant les antibiotiques, on en a toutes vachement entendu parler, on nous a rabattu les oreilles avec ça, on est assez à l'aise pour négocier. Autant les certificats, c'est un peu en niveau I qu'on a commencé à découvrir alors que c'est ça qui peut nous créer le plus d'ennuis et de procès, finalement en termes de fréquence c'est beaucoup plus ça que les antibiotiques. » |

Trois internes [H, K, U] exprimaient ne pas avoir reçu de formation théorique du tout sur le thème apprendre à dire non.

- | | |
|-----|---|
| [K] | « La formation théorique, rien. Zéro. On n'a pas de formation théorique là-dessus. Comment réagir face à la mort, personne ne vous explique comment réagir face à la mort. » |
| [H] | « Effectivement quand tu demandes si on est formés, je crois pas, pour dire non, je crois pas du tout. On n'est pas du tout formés à dire non. Par contre, oui dans la théorie voilà, ça c'est des questions fermées. » |
| [U] | « Mais ça, la fac elle nous forme pas, elle nous forme pas du tout à ça. Comment dire non, elle ne nous forme pas. » |

Selon les internes [B, R, N, X], leurs **stages hospitaliers** ne les avaient pas préparées au non, puisqu'elles n'y avaient pas été confrontées, ou que les demandes avaient été esquivées, voire renvoyées au médecin traitant de leurs patients.

Elles avaient acquis à l'hôpital des savoirs et des compétences, mais se sentaient insuffisamment formées à la relation thérapeutique qu'elles avaient découverte lors des stages ambulatoires.

[B] « A l'hôpital (...) quand on demandait au chef (...) c'était, il verra avec son médecin traitant mais ... à part ça j'avais pas d'information de plus donc... non justement pas trop préparée aux questions et aux demandes... comment y répondre. »

[N] « Moi je n'ai pas l'impression que l'hôpital m'ait préparé à la ville (acquiescement général). J'ai fait tous mes stages à l'hôpital puis des stages en ville et je ne sens pas de continuité entre les deux. Je sens des savoirs sur des maladies mais pas sur les... mais pas sur la relation (acquiescement général), mais pas du tout, du tout. »

[R] jugeait les habitudes relationnelles qu'elle avait prises à l'hôpital comme délétères. Elle avait pris conscience dans sa pratique ambulatoire du rapport de force qu'elle tentait d'exercer sur le patient et dont les effets étaient néfastes.

[R] « Je trouve qu'on est dans la négociation à l'hôpital (...) Sur un refus, j'avais ce réflexe de monter plus haut (...) parce qu'à l'hôpital, on a raison, à l'hôpital... donc... j'étais dans une... dans un rapport assez agressif, je trouve, enfin je pense que j'étais agressive. (...) Ça ne marchait pas, je n'étais pas satisfaite, c'était perdant-perdant sur la relation, sur la finalité de la consultation. »

Pour [X], la pratique hospitalière était très différente de celle ambulatoire. Certains acquis étaient donc inadaptés à la médecine générale, le recrutement de patient n'étant pas comparable.

[X] « Mais c'est vrai que le... la formation à l'hôpital ça a ce travers-là aussi que... sur certains trucs on est hyper bloqué, alors que bon je pense qu'on se pourrait des fois la vie parce qu'on a appris des choses qui sont dans un recrutement de patients compliqués (...) »

[X] « Pour les examens complémentaires, je trouve que l'hôpital ne nous aide pas pour dire non après, parce que, on reste avec des espèces de... d'idées en tête où il faut tout faire pour se couvrir (...) Et du coup maintenant à chaque fois que je veux dire non, j'ai toujours ce petit truc en tête, de me dire mais si j'étais aux urgences, je l'aurais fait. Alors on ne sait plus quoi... où est la limite. »

Dans le même ordre d'idées, [U] considérait que le temps de stage hospitalier était trop important par rapport à celui en ambulatoire, durant l'internat de médecine générale.

[U] « C'est le problème d'avoir trop de stages hospitaliers (acquiescement général). Il faudrait qu'on ait plus un cursus de ville quoi. Qu'on ne soit pas biaisé... toujours pareil, par les mêmes expériences qu'on a et qui sont complètement... pas le reflet de notre pratique après quoi. »

Les internes jugeaient leurs **stages ambulatoires** comme plutôt formateurs par rapport au « savoir dire non ». Ils leur avaient permis tout d'abord d'être confrontés à ces situations parfois complexes.

Ils retenaient notamment l'observation de la pratique d'autres médecins comme un atout pour apprendre à dire non [E, K, J, U]. Ils avaient pu ensuite expérimenter leur propre pratique face à ces demandes.

[E] « Ce qui m'a beaucoup aidé moi, c'est de voir en fait, pendant mon stage de niveau I, mes prat gérer les demandes abusives, donc... certains en... en disant non de différentes manières, par des arguments d'autorité, par l'absurde, par... en déviant la conversation. (...) Oui, les rôles modèles positifs. »

[U] « Le problème ça n'est pas de dire non, c'est de comment dire non. Et ça je pense que c'est là où la formation pêche (...) et ça au final je pense que c'est notre expérience quoi. Ou l'expérience des autres, voilà c'est chopper les petites choses que chacun dit et puis essayer de les remettre à notre sauce à nous. »

[K] « Mais là d'être avec un prat par exemple, on apprend, quand même. C'est le... on copie quoi. »

[J] « Que ce soit en ville ou à l'hôpital d'ailleurs. On apprend énormément par mimétisme. Et la relation au patient... enfin moi je trouve que effectivement on l'apprend pas dans les livres, il faut la tester. »

Ils avaient pu dans un deuxième temps **discuter des prises en charge et des difficultés rencontrées** avec leur maître de stage.

[R], notamment, avait beaucoup appris en SASPAS lors des débriefings, ce qui l'avait fait progresser, dans le domaine relationnel notamment.

Pour [Q], ces échanges s'étaient avérés moins constructifs puisque son maître de stage était plutôt un grand prescripteur et avait lui-même des difficultés à dire non.

[R] « Moi je trouve que les stages, que ce soient en niveau I ou en niveau II (...) dans le sens où le soir, il y a débrief, le soir il y a... j'ai dit oui au Clamoxyl® (rire). Et en fait on n'est pas seul avec son non refus (acquiescement général)... on est deux, enfin, y a le maître de stage le soir et du coup moi, ça me donnait de la force. »

- [R] « (...) alors après évidemment le débrief aussi était constructif et m'a aidé, en effet, sur les consultations où j'ai réussi à dire non, pourquoi cette consultation, qu'est-ce qui a été facile, qu'est-ce qui a rendu le non possible et surtout les consultations où j'ai pas réussi à dire non... pourquoi. (...) Mais c'était très, très enrichissant et je pense que j'ai beaucoup appris de ça, (...) sur le côté voilà, plaire au patient, c'est elle qui m'a mis, enfin c'est pas moi qui l'ai trouvé toute seule, de me dire en fait, tu te trompes peut-être de satisfaction, t'as l'impression que... »
- [Q] « Moi le mien c'est sûr qu'il me mettait pas de pression (rires). Quand je disais non à la patiente aux antibiotiques, mon maître de stage me disait "oh t'aurais pu le mettre !" (rires). »

Concernant la **formation reçue durant leur troisième cycle**, les internes [A, C, F, N] avaient cité notamment les **groupes d'échange de pratique**, qui se déroulaient durant le stage chez le praticien de niveau I et le SASPAS, comme formateurs pour apprendre à dire non. Les échanges autour de l'expérience des uns et des autres les avaient fait réfléchir à leur propre pratique et aux améliorations qu'elles pouvaient y apporter. Sentir qu'elles n'étaient pas seules à avoir des difficultés étaient aussi un atout.

- [A] « Mes groupes de pairs, enfin... mes groupes d'échange de pratique. Où on entend les collègues parler d'un cas (...) on en discute, on fait un topo, on lit les recos, on statue et puis quand on se retrouve après, confronté à la situation, ça peut faire résonner en nous. (...) Donc je ne sais pas si ça nous apprend mieux à dire non mais en tout cas ça donne plus d'arguments. Moi je vois que les groupes de pratique de niveau I, moi j'en suis ressortie où vraiment j'ai senti l'évolution entre le début et la fin et ça me donne plus de poids dans les consultations. »
- [C] « Moi les groupes d'échange de pratique (...) on a beaucoup parlé de l'agressivité du patient et ça c'est quelque chose qui a pas mal aidé. »
- [F] « Mais les groupes d'échange de pratiques c'est bien. »
- [N] « Oui les groupes d'échange de pratique aussi. Et toi qu'est-ce que t'aurais fait... »

Pour [Q], les **groupes de formation à la relation thérapeutique**, inspirés des groupes Balint, avaient été formateurs au niveau de la relation médecin-patient.

- [Q] « Moi le Balint ça m'a aidé. (...) pour nous faire comprendre que si on était agressé, qu'on se sentait agressé, c'est effectivement qu'il fallait prendre du recul sur toute la relation, et pas juste sur nous ou pas juste sur lui (...) prendre du recul sur la relation. »

Selon [V], les ARP (**Apprentissage par Résolution de Problèmes**), dont le principe est de discuter des situations qui avaient posées problèmes en stage, abordaient forcément le thème du « savoir dire non » et permettaient d'envisager des solutions à ces situations.

[V] « (...) après je trouve qu'avec les ARP, comme on parle à chaque fois des soucis qu'on a eu... ça arrive forcément c'est sûr. »

A partir de ces constatations, les internes ont formulé des **propositions d'amélioration** pour être mieux formé à dire non.

Trois internes [C, F, T] exprimaient souhaiter plus de **formation théorique** autour de cette compétence. [T] notamment, considérait être insuffisamment formée pour un certain nombre de pathologies propres à la médecine générale, comme la rhumatologie et prescrire des examens complémentaires de manière excessive, par manque de compétence clinique.

[F] « (...) non seulement la confrontation avec les autres pratiques, mais aussi un peu plus de théorie sur (...) essayer de décrypter un petit peu sa demande (...) pour y répondre de manière plus... plus juste (...). »

[C] « (...) le fait d'en avoir parlé en groupe d'échange de pratique moi du coup je me suis posée la question, en regardant mes prat... ah mais c'est ça que tu fais... je t'ai démasqué (rires)... mais je pense que ça méritait plus (...) plus dans des cours théoriques. »

[T] « Et puis comme disait [V] toute à l'heure, pour les choses bêtes, les tendinites, les choses comme ça, les douleurs du poignet... bon les anti-inflammatoires... super, c'est hyper satisfaisant. (...) On est très mal formé à la clinique. Et du coup quand tu as une demande d'examens complémentaires, tu ne peux pas refuser parce qu'on ne sait pas... on ne sait pas examiner. »

A l'inverse, dix internes [A, D, E, F, J, P, Q, R, U, V] jugeaient des cours théoriques inadaptés et auraient préféré un enseignement leur permettant de **renforcer leurs connaissances de la relation médecin-malade** de manière plus concrète.

[A] « Et même se poser la question du patient parce qu'on nous apprend quand même la médecine d'une façon un peu unilatérale (...) et on se pose jamais la question de ce que les patients vont penser et vont nous dire en fait. »

[J] « Ça serait plus une série d'arguments, pour étayer le non plus que de dire ben... parce que finalement la relation elle est unique aussi entre un médecin et un patient (...) c'est vrai que c'est aussi hyper dans la relation et que c'est pour ça que c'est très difficile de faire ça en cours. »

Pour [F], il s'agissait d'intégrer des **psychologues** à ce type d'enseignement.

[F] « On a aussi quelques cours, sur la relation médecin-malade (...) mais ça reste quand même des cours hyper théoriques et pas du tout dans le concret, alors que je pense qu'il y aurait moyen de faire des cours (...) avec une approche beaucoup plus concrète de la relation (...) comment gérer certaines situations... des cours avec des psychologues (...) pour nous donner quelques pistes quoi. »

Pour [U], un enseignement de type Formation Médicale Continue (FMC) ou sous forme de **séminaire** obligatoire serait plus adapté.

[U] « Ben des FMC quoi. Pour les médecins installés, il y a des FMC sur comment dire non. Il y a même des journées entières, mais pas accessibles aux internes. Donc ça, je trouve ça un petit peu dommage parce que si on n'apprend pas à le faire avant... est-ce qu'il faut attendre d'avoir déjà dix ans d'installation pour... donc ça c'est dommage que nous, on n'ait pas accès à ces choses-là. Ou que ça soit carrément un séminaire obligatoire comme "entrée dans la vie professionnelle" ou "erreur médicale". Moi je pense qu'il devrait y avoir un séminaire comment dire non, enfin ça me paraît... surtout en médecine générale quoi, je pense que c'est indispensable. »

[V] et [P] proposaient d'en faire un thème du **tutorat**.

[V] « Un des thèmes du tutorat. »
[P] « Mais je trouve que c'était pas mal la réunion tutorat qu'on a fait ensemble, où justement le thème dire non au patient, du coup c'était bien en fait (...) C'était un cours à la fac où du coup ben c'était sur le thème "dire non au patient", et puis on avait fait des jeux de rôle, je trouve que c'est une bonne façon d'aborder la chose et de faire réfléchir. Parce que du coup, on a sorti des outils... »

[D] envisageait une formation sous forme de **groupe de discussion** autour du thème, comme par exemple en groupe d'échange de pratique.

[D] « Ce type de groupe je trouve. Je pense que ça intéresserait au moins en niveau 1, voire même en niveau 2,... ça rassure de voir qu'on a les mêmes difficultés, quoi qu'on fasse, quelque soit notre niveau, enfin notre avancée dans les années... ça rassure et puis on échange des petites techniques, ça pourrait tout à fait être une séance de groupe d'échange de pratique. »

[E], [Q] et [R] proposaient d'organiser un enseignement sous forme de **jeu de rôle**, afin de tester des situations concrètes, comme c'est actuellement le cas pour le cours « Entretien Motivationnel ».

- | | |
|-----|---|
| [E] | « Des jeux de rôle ? » |
| [R] | « Ouais je suis d'accord les jeux de rôle. Moi j'en ai fait sur entretien motivationnel (...) c'est vrai que du coup ça donne des petites clés à faire pleins de situations, on arrive facilement assez bien... à reproduire la situation Dexeryl®... la situation je veux une radio... » |
| [Q] | « Moi je suis d'accord. Jeux de rôle plus que cours théoriques. » |

Par ailleurs, 3 internes [G, H, O] proposaient de **lister les situations** les plus fréquentes où l'on est amené à dire non et de déterminer pour chaque situation un certain nombre de **moyens pour dire non**.

- | | |
|-----|--|
| [G] | « Concrètement ce qu'il faudrait faire, c'est répertorier les dix, vingt situations récurrentes chez un médecin généraliste, les benzos, les arrêts de travail, les entorses, ben voilà, dix, vingt et puis faire un cours sur comment dire non à, petit a, petit b, et puis voilà en dix minutes par... » |
| [H] | « Non mais c'est vrai que ce serait intéressant de nous donner des petits trucs, mais... il faut pas théoriser la chose quoi. (...) Mais de dire ben voilà, par exemple c'est quoi les autres moyens, qu'est-ce que tu peux proposer aux gens et cetera, et cetera... (...) Dire non à l'arrêt de travail, comment, pourquoi, comment expliquer... » |
| [O] | « Parce que... pas des phrases toute prêtes mais effectivement... des techniques d'anticipation de certaines situations, j'espère que tu vas définir pleins de situations où il faut dire non. (...) Je pense que pour les "savoir dire non", tu peux pas les lister mais presque, on retrouve tous les mêmes... finalement si on te met en situation, face à une situation où tu sais qu'elle va t'arriver parce que le Dexeryl® ça va nous arriver, parce que l'arrêt ça va nous arriver, voilà. » |

Par ailleurs, [P] et [R] précisait qu'il était primordial selon elles, de programmer cet enseignement **au moment des stages ambulatoires**, lorsque les internes se trouvent confrontés à ces situations typiques.

[P] « Et c'est le moment où c'est fait aussi, je pense que c'est important. Parce que quand on le fait... enfin ce genre de cours, si on le fait au moment où on est dans les stages hospitaliers ça va nous paraître hyper bizarre (acquiescement général). Alors que si on le fait quand on est chez le prat... »

[R] « Oui c'est ça surtout, il faut être confronté à la ville le plus tôt possible pour après, même envisager les stages hospitaliers avec ce regard, avec, tiens ce patient qui a été adressé par un médecin généraliste, ce médecin généraliste plus tard c'est moi, est-ce que... plutôt qu'être du côté hôpital sans savoir... »

En résumé :

Concernant la formation reçue, les internes estimaient :

- Pouvoir s'appuyer sur des **connaissances scientifiques solides** qui leur permettaient de justifier leurs choix médicaux.
- **Manquer de connaissances concernant les demandes plus administratives** telles que les certificats, les arrêts de travail, etc.
- Ne pas avoir été formés à la relation thérapeutique et au non lors de leurs **stages hospitaliers**.
- Avoir été confronté au non lors de leurs **stages ambulatoires** et avoir pu observer la pratique de leurs maîtres de stage dans des situations parfois complexes.
- Pour quelques uns, les ARP, les groupes d'échange de pratique, les groupes de formation à la relation thérapeutique avaient été une aide pour dire non plus sereinement.

Pour améliorer leur compétence pour savoir dire non au patient, les internes proposaient

- De **renforcer leurs connaissances de la relation médecin-patient** à travers :
 - Des séminaires
 - Le tutorat
 - Des groupes de discussion
 - Des jeux de rôles
- De **lister les situations** où l'on se sent en difficultés pour dire non et les **solutions envisagées**.
- **Au moment des stages ambulatoires**, lorsque les internes sont confrontés à ces situations.

1. LE TRAVAIL DE THÈSE RÉALISÉ

1.1. FORCES

Une des forces de notre étude est certainement le caractère original du thème abordé. En effet, nous n'avons pas retrouvé d'études similaires dans la littérature, concernant les internes. Pourtant, la problématique de « savoir dire non au patient » nous paraît être un élément important de la relation médecin-malade, un thème actuel et récurrent dans notre pratique quotidienne.

D'autre part, l'association d'une étude quantitative à une étude qualitative nous paraît complémentaire. Recueillir l'opinion d'un échantillon pertinent d'internes par une enquête nous a permis d'avoir une vision globale et collective de leur vécu. Approfondir la question au cours des focus groups nous a amené à explorer davantage les tenants et aboutissants du « non ».

Cette méthode qualitative a réellement permis de confronter les expériences de chacun et, à travers la dynamique de groupe, de faire émerger différents points de vue. Les participants ont à chaque fois exprimé avoir apprécié l'échange autour de situations auxquelles ils sont couramment confrontés.

Par ailleurs, le recrutement des internes est certainement une autre force de notre étude. En effet, 78% des internes ayant répondu aux questionnaires avaient réalisé le stage chez le praticien de niveau I. La totalité des internes ayant participé aux focus groups avaient réalisé ce stage, voire un SASPAS (14 internes sur 22).

Ainsi, ils avaient l'expérience de la médecine de ville et la comparaison entre les pratiques hospitalière et ambulatoire a donc été possible.

1.2. LIMITES ET BIAIS

1.2.1. Biais de recrutement et de sélection

Concernant l'enquête par questionnaire, les internes ont été recrutés au cours de séances de cours obligatoires, ce qui a permis d'obtenir des réponses de la quasi-totalité de cette promotion. Bien que pertinent, cet échantillon ne prétend pas être représentatif puisque nous n'avons sondé qu'une seule promotion, dans une seule faculté de médecine.

Concernant les focus groups, les internes ont été recrutés au cours de ces mêmes séances de cours obligatoires et parmi nos contacts. Il est évident que les internes ayant participé sont sans doute plus sensibles à la médecine générale ambulatoire et à ce thème en particulier, ce qui induit un biais de sélection.

On observe d'ailleurs une très faible participation masculine. Le sex ratio est de 22 pour les focus groups contre 5,2 pour les questionnaires. Les hommes se sentent-ils moins concernés par le « savoir dire non » ? Ont-ils moins de difficultés ? Ont-ils moins envie de s'exprimer à travers un focus group ?

L'analyse statistique de l'étude quantitative n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre hommes et femmes. Toutefois il est difficile de conclure, les effectifs étant faibles.

L'échantillon nous semble cependant intéressant du fait de la diversité de parcours des internes. En effet, certains découvraient la médecine ambulatoire à travers le stage chez le praticien de niveau I tandis que d'autres exerçaient en tant que remplaçant depuis déjà quelques mois. La comparaison du vécu en fonction de l'expérience sera d'ailleurs développée plus loin dans la discussion.

1.2.2. Biais du modérateur et de l'observateur

L'animation de focus group requiert l'apprentissage d'une technique spécifique. Bien qu'ayant effectué une recherche méthodologique et bénéficié des conseils de mon directeur de thèse, je réalisais pour la première fois l'animation de groupe. Cette inexpérience peut donc constituer un biais important au niveau de la qualité des focus groups.

Par ailleurs, malgré un suivi relativement scrupuleux du guide d'entretien, j'ai pu influencer les réponses des internes par l'orientation de mes questions.

Durant le premier focus group, l'observateur était mon directeur de thèse. Il nous a semblé que, de part son statut de maître de stage et d'enseignant à la faculté, certains internes avaient pu être influencés dans leur discours par sa présence. Nous avons donc décidé qu'il ne participerait pas aux focus groups suivants.

Pour les focus groups n°2 et 4, il n'y avait pas d'observateur.

Par ailleurs, les groupes 2, 3 et 4 se sont déroulés dans des délais rapprochés et il n'y a pas eu de débriefing avec mon directeur de thèse entre chacun. Ainsi, la pertinence du guide d'entretien n'a pas été réévaluée en cours d'étude et donc non adaptée aux résultats initiaux. A posteriori, il aurait été intéressant d'avoir cet échange afin d'évaluer si d'autres aspects du thème méritaient d'être explorés.

1.2.3. Biais de recueil

Pour des raisons d'organisation par rapport à l'emploi du temps des internes, les groupes 2 et 4 se sont déroulés dans les locaux de la faculté de médecine. Le temps imparti pour ces groupes était donc défini à priori. Il est vraisemblable que ce facteur ait été un frein à l'approfondissement de certaines idées par les internes.

En effet, durant les groupes qui se sont déroulés à mon domicile (1 et 3), en soirée, les internes ont pu exprimer davantage de situations personnelles et développer plus longuement leurs opinions. L'ambiance m'a semblé d'ailleurs plus détendue et conviviale dans ces groupes-ci.

1.2.4. Biais d'analyse et de reproductibilité

J'ai moi-même effectué la retranscription et l'analyse des données qualitatives.

Il existe très probablement un biais d'interprétation. Il est très difficile de rester neutre dans l'analyse des propos enregistrés, d'autant que j'ai moi-même animé les groupes.

Nous avons fait le choix de ne pas effectuer de triangulation (il s'agit de superposer et de combiner plusieurs sources ou techniques de recueils et d'analyses des données pour compenser les biais de chacune d'elle).

2. LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LE NON

2.1. COMPARAISON ENTRE ÉTUDES QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

Les données des deux études sont, dans l'ensemble, très comparables.

Dans les questionnaires et dans les focus groups, les internes ont cité les mêmes situations les mettant en difficultés. Dans l'étude quantitative, venaient d'abord la précarité, l'agressivité du patient et les demandes abusives. Dans l'étude qualitative, les participants avaient d'abord évoqué les difficultés liées à la pratique des maîtres de stage ou des médecins remplacés, l'incertitude médicale puis l'agressivité.

Dans le ressenti face au non, les internes exprimaient, dans les questionnaires et les focus groups, se sentir parfois utilisés, tandis que le sentiment de colère était finalement plus rare.

Concernant les différences entre pratiques hospitalière et ambulatoire, on peut noter que les participants de trois des focus groups [1, 3 et 4] ont évoqué à plusieurs reprises la notion de « toute-puissance » hospitalière et de passivité du patient hospitalisé. Pour eux, c'était notamment une des raisons pour lesquelles le non était plus facile à l'hôpital.

Dans le focus group n°2 et les questionnaires, la relation de face à face avec le patient en ambulatoire, l'idée que cette relation est plus empathique, plus proche, étaient d'abord évoquées.

Cette différence peut être expliquée par le fait que les internes du focus group n°2 et ceux de l'étude quantitative étaient en stage chez le praticien de niveau I pour la plupart. Ainsi, ils avaient plutôt pratiqué à l'hôpital. Peut-être ne percevaient-ils pas encore que le patient est moins acteur de ses soins à l'hôpital qu'en ville ?

Au sujet de l'aide apportée par la formation universitaire pour dire non, les résultats des deux études étaient semblables. Les internes accordaient beaucoup d'importance aux connaissances scientifiques qu'ils jugeaient solides mais souhaitaient être davantage formés à la relation thérapeutique. Ils étaient peu nombreux à citer les cours de la faculté comme un atout pour savoir dire non.

2.2. COMPARAISON ENTRE LES GROUPES DE NOTRE ÉTUDE

Les focus groups ont regroupé des internes au parcours différent. Il est intéressant de détailler les variations d'opinion en fonction de l'expérience.

En effet, les groupes 2 et 4 étaient formés, respectivement, d'internes en stage chez le praticien de niveau I et en SASPAS. Ceux-ci exposaient être plutôt confrontés à des demandes de prescription, d'arrêt de travail ou de certificat. Les difficultés ressenties face au non

étaient plutôt liées à l'interaction avec leur maître de stage. En effet, ils leur semblaient difficiles de s'opposer à certaines habitudes de celui-ci ou de ses patients. Ils redoutaient le conflit avec le médecin installé ou que le médecin cède après coup à l'exigence du patient qu'ils avaient eux-mêmes refusée. Le rapport à la hiérarchie était encore très fort chez ces internes ayant quitté depuis peu l'hôpital.

Dans les groupes 1 et 3, les internes étaient en fin d'internat, voire effectuaient des remplacements. Les demandes qui les mettaient en difficultés concernaient plutôt l'organisation du temps de travail (demande de rendez-vous en urgence, voir plusieurs personnes en consultation, ...). En tant que remplaçant, la peur de déplaire au patient était forte, comme si la relation avec le patient n'était pas encore tout à fait légitime et qu'ils devaient faire leurs preuves.

Ainsi les difficultés diffèrent en fonction du statut de l'étudiant et de sa relation avec le patient. Nous verrons plus loin si ces difficultés sont les mêmes pour les médecins installés.

2.3. QUAND DIRE NON ?

Nous avons vu précédemment que certaines demandes étaient récurrentes pour les internes. Dans sa thèse de 2014 ^[30], le Dr Lotfi s'est intéressée au vécu des médecins généralistes, installés ou remplaçants, dans le cas de refus opposé au patient. Les demandes auxquelles étaient confrontés ces médecins étaient semblables à celles citées par les internes, tant dans le contenu (prescription de médicament, d'arrêt de travail, demande pour une tierce personne, etc.) que dans la fréquence.

D'autres travaux ont retrouvé des résultats similaires ^[23, 50].

Il ne semble pas excessif de dire que tout médecin généraliste est régulièrement, voire quotidiennement, confronté à ce type de demande.

2.3.1. La demande d'antibiotique

Pour les internes, et pour les médecins généralistes ^[30] interrogés, c'est la première demande qu'ils sont amenés à refuser.

L'enjeu est majeur puisque la prescription inappropriée d'antibiotique est à l'origine de conséquences économiques et de santé publique.

En 2009, les antibiotiques représentaient 157 Millions d'unités vendues pour un chiffre d'affaires de 852 Millions d'Euros ^[31]. 71,7% des prescriptions d'antibiotiques en ville étaient réalisées par un médecin généraliste.

Grâce aux récentes campagnes de la CNAMTS sur le bon usage des antibiotiques (« les antibiotiques, c'est pas automatique » et plus récemment « utiliser à tort, ils deviendront moins fort »), leur consommation a diminué de 16% dans les dix dernières années. Cependant elle reste élevée, notamment en comparaison avec nos confrères européens.

C'est ce que montre l'étude du Dr Goossens, publiée en 2005 dans le Lancet^[32]. Les pays où le taux de prescription ambulatoire d'antibiotiques était le plus fort (Europe du Sud, France en tête) étaient associés à un taux élevé de résistance bactérienne, notamment à *Streptococcus Pneumoniae*.

Le bon usage des antibiotiques, et notamment leur non-prescription en cas de pathologie respiratoire d'origine virale, n'est donc plus à démontrer. Les études PAAIR (Prescription Ambulatoire d'Antibiotiques dans les Infections Respiratoires) 1^[33] et 2^[34] se sont penchées sur les raisons profondes qui poussaient les médecins généralistes à ce type de prescription et sur les stratégies à mettre en place pour les éviter. Il en ressort que la raison principale qui pousse les médecins à la prescription est la pression du patient (87%). Dans ce contexte, si le médecin prescrivait un antibiotique « contre son gré », il se disait insatisfait dans plus de 50% des cas. A l'inverse il se disait satisfait (94% des cas) s'il réussissait à ne pas le prescrire. Les médecins généralistes avaient tendance à prescrire des antibiotiques contrairement aux recommandations quand ils n'étaient pas certains de l'origine virale de l'infection, quand le patient avait l'air fatigué, quand ils estimaient que le patient présentait des « facteurs de risque » ou quand ils avaient une conviction contraire aux recommandations.

Ces études ont également permis d'identifier un certain nombre de stratégies utilisées par les médecins généralistes pour ne pas prescrire d'antibiotique face à une demande forte du patient. Il s'agissait de repérer précocement dans la consultation la demande sous-jacente d'antibiotique, de commenter l'examen clinique, d'utiliser des examens complémentaires tels que le Streptotest®, d'expliquer la mise en place d'un suivi en cas de persistance des symptômes, ainsi que d'utiliser la prescription différée.

A noter que toutes ces stratégies ont été citées par les internes au cours des focus groups. Une interne [R] a même évoqué l'étude PAAIR.

Une autre stratégie qui semble être utilisée par les internes est de montrer au patient les recommandations officielles, principalement par le biais du site www.antibiocliv.com, afin de justifier la non-prescription par des arguments scientifiques.

2.3.2. La demande d'examen complémentaire

Pour les internes des focus groups, il s'agissait d'une demande récurrente, soit concernant des prescriptions de bilan biologique soit de l'imagerie. Les médecins de la thèse du Dr Lotfi^[30] y étaient eux aussi fréquemment confrontés. Cette demande n'était toutefois citée que par 2% des internes de l'étude quantitative.

Les internes exprimaient parfois manquer de confiance et avoir peur de passer à côté d'un diagnostic en cas de refus. Selon eux, l'accès du patient à des informations médicales, via les médias notamment, était en grande partie à l'origine de ce type de demande.

Certains évoquaient qu'il était parfois difficile de dire non du fait des habitudes liées à la pratique hospitalière, où la prescription d'examens complémentaires y était plus systématique, au nom de l'obligation de moyens.

Pourtant aucun texte ne stipule que l'hôpital, y compris en tant que second recours, a une obligation de moyens supérieure à celle de la médecine libérale.

Alors comment expliquer cette disparité ? Est-ce la disponibilité du plateau technique ? La pression ressentie du patient ? La crainte de passer à côté d'un diagnostic grave ? La pression d'établir un diagnostic rapide afin d'orienter le patient ?

Ou n'est-ce pas plutôt la pression de l'institution hospitalière qui préfère se « couvrir » par la réalisation d'examens complémentaires ? Plutôt que de réfléchir à un diagnostic en termes de critères cliniques et de prévalence, il est plus simple de prescrire une batterie d'examens qui permettront d'éliminer, le cas échéant, les diagnostics les plus graves.

Les internes l'ont constaté, la population et la prévalence des pathologies est différente en médecine générale et en médecine hospitalière. C'est certainement l'une des raisons qui nous permet, en ambulatoire, de gérer le temps autrement, sans se précipiter dans des explorations souvent coûteuses et inutiles, parfois délétères.

Le risque de ces prescriptions par excès est très certainement le surdiagnostic et la découverte d'incidentalome, comme nous l'avons déjà abordé précédemment.

Prenons pour exemple le dosage du PSA dans le cadre du dépistage individuel du cancer de la prostate. Les recommandations de l'HAS^[35] sont sans équivoque et insistent sur l'absence de bénéfice au dépistage systématique, y compris chez les hommes considérés à haut risque. Pourtant, en 2011, environ 30% des hommes de plus de 40 ans avaient eu un dosage de PSA^[36]. 2,1% de ces hommes ont eu recours ensuite à une biopsie de prostate et seulement 1% avaient réellement un cancer de la prostate.

Ainsi nos prescriptions ne sont jamais anodines, leurs conséquences doivent être évaluées en gardant toujours en tête les bénéfices attendus pour le patient et les risques éventuels.

2.3.3. La demande de certificat médical

Article 76 du Code de Déontologie Médicale (article R.4127-76 du code de la santé publique)^[37]:

« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci. »

La rédaction de certificats médicaux est inhérente à la pratique générale. Certaines demandes sont superflues, elles ont récemment fait l'objet d'une simplification administrative^[38]. D'autres sont indispensables.

Certains certificats sont imposés par la loi et sont donc définis par une forme stricte, voire préétablis : naissance, décès, arrêt de travail, maladie professionnelle, hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'office, etc.

Les certificats descriptifs (coups et blessures, accidents,...) rendent compte de la constatation médicale de symptômes, pouvant ouvrir des droits au patient. D'autres certificats concernent des demandes du patient ou de l'administration plus ou moins justifiées.

En cas de rédaction imparfaite, souvent par méconnaissance de la réglementation, ces certificats peuvent être source de conflits, de plaintes, voire de sanctions judiciaires. Il convient donc d'en connaître les règles de rédaction.

Le code de déontologie médicale rappelle que « le médecin est libre de la rédaction du certificat, mais celui-ci doit être parfaitement objectif » et que « un médecin ne doit jamais délivrer un certificat sans avoir vu et examiné la personne ».

Le médecin ne doit faire état que de ce qu'il a constaté lui-même. La formulation doit être prudente concernant l'identité du patient («... qui dit être Monsieur X... (et si c'est le cas) présente spontanément une pièce d'identité... ») ainsi que sur les faits rapportés (utiliser les : « ... » et le conditionnel « qui aurait été victime de... »)

La rédaction se tient au strict nécessaire. Le secret médical n'est pas opposable au patient à condition que le certificat soit bien remis en main propre.

Ne sont pas obligatoires ni recommandés :

- Les certificats de prise de traitement (assistante maternelle, crèche), l'ordonnance du médecin suffit.
- Les certificats d'absence d'allergie, car il est impossible médicalement d'exclure toute allergie.
- Les certificats d'absence de crèche de moins de 4 jours et de réintégration (à partir de 4 jours, la famille peut être exonérée du paiement de la crèche).
- Les certificats d'absence scolaire (suppression en 2009, sauf maladie contagieuse).
- Les certificats d'entrée à l'école maternelle ou primaire.
- Les certificats d'embauche, de reprise du travail, d'inaptitude au travail (réservés aux médecins du travail).
- Les certificats d'aptitude ou d'inaptitude à la conduite automobile (médecin agréé par la préfecture).
- Les certificats de virginité (sauf nécessité médico-légale).

Le Dr Faroudja proposait certaines recommandations concernant la rédaction de certificat médical lors d'une session spécifique des Entretiens de Bichat ^[39] :

- Ne jamais rédiger de certificat sans avoir interrogé et examiné attentivement un patient
- Utiliser une rédaction claire, prudente et compréhensible
- Limiter l'écrit à l'indispensable et à l'indiscutable, sans omission ni révélation excessive, sans interprétation personnelle
- Se relire, dater, signer, faire contresigner, conserver un double dans le dossier

- Remettre le certificat en main propre et jamais à un tiers
- Il n'y a jamais d'urgence à rédiger un certificat, donc ne pas hésiter à demander un avis spécialisé, notamment au Conseil de l'Ordre.

Savoir refuser un certificat, c'est lui donner de la valeur.

2.3.4. La demande d'arrêt de travail

La prescription d'arrêt de travail est un acte courant en Médecine Générale.

Comme les internes l'ont signalé, elle peut être problématique, du fait notamment, de sa dimension socio-économique.

L'étude ATAC (Arrêts de Travail : Analyse des Comportements) de la faculté de Créteil s'est penchée sur les déterminants ^[40] et les représentations ^[41] de la prescription d'arrêt de travail.

Les médecins généralistes interrogés exprimaient ressentir des difficultés notamment pour évaluer le poste de travail et le contexte personnel du patient, de manière objective. L'absence de référentiel, la pression institutionnelle exigeant moins de prescription et la pression du patient de plus en plus forte étaient également à l'origine des difficultés de prescription. Ils évoquaient l'ambivalence ressentie entre la loyauté et le soutien dûs au patient et le statut d'acteur responsable du système de soins. Quelque soit leur choix, ils estimaient trahir soit leur patient, soit l'institution.

La prescription d'arrêt de travail est toujours une décision complexe, prenant en compte des facteurs biomédicaux, professionnels et sociaux. Pour les médecins interrogés, la relation de confiance qui les lie au patient est au centre de la décision. Elle peut ainsi être mise en péril en cas de refus.

Les difficultés relatives à la prescription d'arrêt de travail ne semblent pas être une spécificité française. En effet, plusieurs études ^[42, 43], entre autres scandinaves et anglaises, se sont penchées sur ce thème. Les médecins interrogés évoquaient un sentiment de lassitude et de dévalorisation dans les situations de demandes d'arrêt de travail jugées injustifiées. Ils estimaient souvent qu'il s'agissait de médicaliser un problème non-médical.

Pour répondre à ces difficultés, les médecins de l'étude ATAC ^[40] proposaient la possibilité de faire appel à une commission dédiée, indépendante, notamment pour les arrêts de travail longs, ou que d'autres intervenants puissent également prescrire des arrêts de travail (médiateurs sociaux).

Dans la thèse du Dr Lotfi ^[30], certains médecins évoquaient la possibilité de renforcer les critères d'indemnisation, notamment en instaurant des jours de carence pour les fonctionnaires également. D'autres proposaient des campagnes d'information à travers les médias.

Dans notre étude, plusieurs internes disaient utiliser les référentiels de la sécurité sociale ^[44] concernant les durées d'arrêt de travail, pour appuyer leur décision. Dans les situations

complexes, ils privilégiaient la communication avec le patient. Ils disaient négocier, ou tenter de trouver un compromis, explorer la demande, la reformuler, expliquer et argumenter les raisons de leur refus.

2.3.5. Le caractère « injustifié » d'une demande

Une des difficultés de refuser la demande d'un patient est de savoir si cette demande est justifiée ou non. Il est en effet complexe de définir ce qu'est une demande injustifiée.

Même si nos décisions se basent d'abord sur des critères objectifs, elles dépendent également pour beaucoup de nos sensibilités individuelles.

Dans son étude, le Dr Levasseur^[23] s'est intéressée aux demandes non fondées des patients. Leur perception était très variable d'un médecin à un autre, tant dans leur fréquence que dans leur type.

En fonction de nos sensibilités personnelles (âge, sexe, famille, milieu social, expériences de vie...) et professionnelles (mode d'installation, type de pratique, lieu d'exercice...), une demande peut nous paraître acceptable tandis qu'elle ne le sera pas pour un autre praticien. Nos opinions peuvent évoluer en fonction de nos expériences de vie, notre « non » aussi.

Comme le dit le Docteur Galam^[45], il est important de nous interroger :

« Que suis-je prêt à accepter ? Quels horaires ? Combien de patients par jour ? Quelle part de consultations sans rendez-vous ? Quelle est ma position par rapport aux certificats, aux arrêts de travail ? Quelle est ma relation avec la CPAM, l'Ordre ? Quelles sont mes limites ? Quelle est la place du refus dans mon exercice ? »

Il est parfois utile de prendre du recul par rapport à la demande d'un patient, de différer la réponse afin de nous laisser le temps de la réflexion. Le bon choix, c'est celui que j'ai décidé, celui avec lequel je suis en paix.

Il est sans doute intéressant de s'interroger sur les expériences passées.

En effet, comme l'ont rapporté les internes, ressentir de la frustration ou de la colère après avoir accédé à une demande est certainement le signe que nous ne sommes pas en accord avec notre pratique. A l'inverse, la grande satisfaction ressentie (le sentiment de victoire décrit par les internes) lorsque nous avons dit non nous conforte dans notre choix.

2.4. POURQUOI DIRE NON ?

2.4.1. Pour le patient

Dire non au patient, en lui en expliquant les raisons, c'est lui permettre de mieux comprendre les tenants et les aboutissants de sa prise en charge. Savoir refuser une demande inadaptée, c'est éduquer le patient et l'amener à plus d'autonomie.

C'est d'ailleurs le souhait de nombreux patients, comme le montre la thèse du Dr Carol ^[46]. En effet les patients exprimaient souhaiter un modèle de relation médecin-patient basé sur l'autonomie et la prise de décision partagée.

Ainsi ce modèle de « décision médicale partagée » se développe actuellement ^[47]. Des outils d'aide à la décision destinés au patient voient le jour notamment sous forme de documents d'information. Un essai contrôlé randomisé ^[48] a montré une réduction de 24 % chez l'adulte et 38 % chez l'enfant de la décision d'utiliser des antibiotiques lors d'affections respiratoires aiguës, après un programme de formation des professionnels incluant des aides à la décision à utiliser avec le patient en consultation.

Le non a souvent pour but de protéger le patient lui-même, en n'accédant pas à une demande qui pourrait lui être délétère.

Refuser une prescription de psychotrope, c'est éviter des risques de dépendance et d'accoutumance. Refuser une prescription d'imagerie à un patient stressé, c'est éviter de découvrir un incidentalome encore plus anxiogène.

Comme le dit le Dr Galam ^[45] : *« Être médecin n'est pas synonyme de gentillesse. Nous ne sommes pas tenus de « rendre service » systématiquement. D'abord, parce qu'il n'est pas évident qu'accéder à une demande soit forcément utile à celui qui la formule. (...) Notre métier consiste à soigner, ce qui n'implique pas de répondre à toutes les demandes quelles qu'elles soient. »*

Toutefois, les internes ont insisté sur ce point : en cas de refus, il est nécessaire d'affirmer notre bienveillance envers le patient, pour être entendu.

2.4.2. Pour soi

Tout d'abord, nous l'avons vu, dire non c'est certainement se protéger juridiquement. Accepter de rédiger un certificat médical sans examiner le patient, c'est s'exposer à des poursuites en cas d'accident (7% des motifs de poursuite judiciaire des médecins ^[49]).

Au-delà des risques juridiques, comme le disait une des internes [D], dire non c'est aussi prendre soin de soi :

« Pour me protéger... parce que sinon c'est moi qui fait des nuits blanches, c'est moi qui, après que le patient soit parti, vais me dire... s'il lui arrive un truc et ça, c'est pas possible à gérer au quotidien quoi (Acquiescement général). »

Préserver notre tranquillité et notre plaisir d'exercer c'est également préserver la qualité du soin et de la relation.

Le Dr Galam l'affirme ^[45] : *« oser dire « non » avec sérénité est une protection contre l'exaspération, l'agressivité, voire le burn-out. »*

Pour rappel, 60,8% des médecins généralistes se sentent menacés par le burn-out [25]. L'incidence du suicide est de 14% chez les médecins, soit un risque relatif de 2,37 par rapport à la population générale [26].

Dire non est un droit, le droit d'être respecté en tant que médecin, à la fois être humain et expert du soin.

2.4.3. Pour la société

Nous l'avons vu également, notre système de santé est fragile.

Limiter les abus, c'est permettre à chacun d'accéder à une prise en charge adaptée.

Dire non c'est aussi responsabiliser le patient. Il devient acteur du système.

2.5. LES DIFFICULTÉS DE DIRE NON

Dire non n'est pas chose facile, notre étude l'a montré.

Les internes étaient seulement 5% à n'avoir aucune difficulté à dire non en ambulatoire, et 11% en milieu hospitalier.

Qu'est-ce qui rend le non difficile ? De quoi avons-nous peur ?

2.5.1. La relation médecin-patient

L'enjeu du non réside certainement dans ses conséquences potentielles sur la relation avec le patient, et notamment la crainte que le patient nous quitte.

C'est ce que retrouvent plusieurs études françaises [30, 50] où la perte du patient semblerait être une conséquence négative du non. Mais finalement, et dans notre étude également, pour beaucoup de médecins, la perte d'un patient ne semble pas être un souci majeur.

Pour les internes et les médecins installés, c'est une manière d'orienter leur patientèle en « sélectionnant » les patients en accord avec leur vision du soin.

Il s'agirait donc plutôt de ne pas décevoir le patient, de ne pas lui déplaire, de préserver la relation de confiance. Dans notre étude quantitative, 15% des internes citaient la relation d'empathie et la sympathie qu'ils avaient pour le patient comme un obstacle au non.

Mais la perception que nous avons des attentes du patient est-elle exacte ?

De nombreuses études internationales se sont intéressées à ce sujet.

Dans la plupart des cas, les attentes des patients et la perception de ses attentes par le médecin concordent [51, 52, 53, 55].

Pour Cockburn et al. [52], le facteur prédictif d'une prescription le plus fort statistiquement est la perception par le médecin de l'attente d'une prescription par le patient. Ainsi lorsque le

médecin pensait que le patient souhaitait une prescription, il avait 10 fois plus de chance d'en recevoir une.

Pour Britten et al. ^[53], les attentes des patients étaient significativement plus importantes avec les praticiens dont l'activité de prescription était plus élevée, ce qui suggère qu'ils sont influencés par les habitudes de prescription de leur médecin.

Ainsi l'idée que nous nous faisons de l'attente du patient influence notre prescription et nos prescriptions influencent les attentes de nos patients.

Dans une étude belge de 2005 ^[51], le fait que les attentes du patient soient formulées par celui-ci ou recherchées par le médecin était corrélé à une plus faible prescription médicamenteuse.

Et inversement, lorsque les attentes ne sont pas mentionnées ou explorées, il existe plus souvent un malentendu autour de la prescription, chaque partie faisant des suppositions inexactes ^[54]. Par exemple, le médecin prescrit à nouveau un médicament pour lequel le patient a présenté des effets secondaires dont il n'a pas informé le médecin. Ou bien, le médecin pense déjà connaître les préférences du patient et ne les recherche donc pas.

Mais paradoxalement, la réalisation ou non des attentes du patient en terme de prescription n'influe pas toujours sur la satisfaction de celui-ci vis-à-vis de la prise en charge ^[55]. Dans cette étude allemande de 1997, les patients espérant une prescription et n'en recevant pas étaient aussi satisfaits que ceux qui en avaient effectivement reçu une.

Une étude française de 2003 ^[58] retrouvait des résultats similaires. Les médecins avaient tendance à surestimer les demandes de prescription de leur patient. Les patients exprimaient plutôt vouloir participer à la décision de prescription dans un souci d'information et de compréhension, plutôt que d'accéder à des desideratas précis.

Ces études nous montrent que nous prêtons parfois des intentions fausses au patient. Savoir l'écouter, le questionner concernant ce qu'il ressent, ce qu'il souhaite permet ainsi d'avancer ensemble dans le soin avec une plus grande efficacité.

Ainsi, le patient attend bien plus de la consultation qu'une simple prescription.

Dédiane et al. ^[56] ont mené leurs travaux sur les attentes des patients de la relation médecin-malade. Dans cette étude, il existait un grand nombre de critères communs et consensuels entre les médecins et les patients comme la relation de confiance basée sur une compétence professionnelle (examen clinique consciencieux, diagnostic précis, dossier médical bien tenu), des capacités d'écoute empathique (répondre aux attentes même non formulées, ne pas juger, s'intéresser au quotidien, expliquer, rassurer, conseiller). Par ailleurs, on retrouvait des écarts de perceptions comme la disponibilité, la gestion du temps (ponctualité et temps suffisant d'écoute), la relation « consumériste », le manque d'assurance du médecin.

Un « bon » médecin serait donc un médecin capable d'associer des connaissances scientifiques à des compétences relationnelles.

C'est ce que montre également le Dr Boivin ^[57] dans son étude sur les raisons pour lesquelles les patients changent de médecin.

La première cause de changement (70%) est liée à des conditions extérieures (déménagement, retraite ou maladie du médecin). La deuxième cause de rupture avancée était le manque d'attention du médecin (« *il vous examine trop vite* » : 10,5%, « *il est trop pressé* » : 6%, « *il ne passe pas assez de temps* » : 6,5%, « *il ne prend pas le temps de vous écouter* » : 6%) Le patient semblerait donc en attente d'un regard attentif et professionnel. Les désaccords avec la décision médicale ne venaient qu'une troisième position.

Cependant, on ne peut nier que la prescription garde un rôle fondamental dans la consultation chez le médecin. Il s'agit avant tout d'un rituel qui matérialise la reconnaissance par le médecin du statut de malade du patient. Elle représente également ce que le médecin remet de lui-même au patient pour accéder à la guérison.

Prescrire c'est répondre au besoin de donner quelque chose au patient, le garantir de notre compassion, répondre à sa souffrance ^[58, 59].

Deux thèses lyonnaises de 2012 ont d'ailleurs étudié les représentations et le vécu de la non-prescription par les patients ^[60] et par les médecins généralistes ^[61].

Pour chaque partie, renoncer à la prescription et donc s'affranchir de son fort pouvoir symbolique n'est possible qu'en investissant alors « l'effet médecin ».

Il devient lui-même un instrument thérapeutique à travers ses compétences d'écoute, de conseil, de réassurance. Il sait s'adapter à chaque patient et a l'honnêteté de reconnaître qu'il n'existe pas de traitement efficace.

C'est tout le système de soins qui se transforme alors. Le patient gagne en autonomie dans sa prise en charge et est responsabilisé.

2.5.2. La relation conflictuelle

Une des conséquences redoutées du « non » est très certainement le conflit. Il peut aller du simple « froid » à l'agressivité.

Le Dr Sarrazin s'est intéressée dans sa thèse à la gestion des relations conflictuelles par les médecins généralistes ^[62]. Même si les conflits étaient assez rares, ils survenaient plutôt avec certains types de patient ou pour certains motifs (patient isolé ou inactif, pathologie psychiatrique, demande administrative). Dans la majorité des cas, le médecin était en retard ou en surcharge d'activité.

Le refus de prescription était un des reproches fait au médecin en cas de conflit.

Le plus souvent, les médecins restaient calmes. Certains s'étaient mis en colère. Même si les motifs du conflit n'étaient pas exposés dans leur intégralité au patient, les médecins se justifiaient beaucoup.

Les relations poursuivies avec le patient étaient majoritairement vécues comme meilleures, ou identiques à celles précédant le conflit. Quelques-unes étaient poursuivies malgré une souffrance importante. Les arrêts de relation étaient plutôt vécus avec soulagement.

Dans cette étude, les médecins reconnaissent être insuffisamment formés pour gérer ce type de situations. Même si leur expérience leur avait permis de mettre en place des techniques pour gérer ces conflits, ils estimaient que des compétences spécifiques notamment en termes de communication étaient nécessaires.

2.5.3. Le patient agressif

L'agressivité est une forme de communication de plus en plus fréquente dans notre société. En témoigne l'Observatoire pour la sécurité des médecins qui rapporte un taux de victimisation par année croissant (0.46 % en 2013 contre 0.26% en 2008)^[63].

19% des internes de l'étude quantitative ont cité l'agressivité comme une source de difficultés. Certainement y ont-ils été aussi confrontés dans leur exercice.

Les plus touchés sont les médecins généralistes (58% des agressions) et le nombre de déclarations le plus élevé se trouve dans les départements d'Ile de France. Les médecins victimes sont dans 55% des cas des hommes. Et dans 69% des cas, il s'agissait d'agression verbale ou de menaces. Le patient en était l'auteur dans 53% des cas. Le motif de l'agression était un reproche relatif à la prise en charge dans 33% des cas, un refus de prescription dans 16% des cas.

Dans 55% des agressions, le médecin victime n'a pas donné suite.

Il existe un certain nombre de situations à risque d'agressivité : la prise de toxiques, la pathologie psychiatrique décompensée, la douleur, l'anxiété, la solitude. L'attente majeure souvent l'anxiété. Connaître ces situations permet de comprendre la détresse du patient et de prévenir l'agressivité.

On peut reconnaître cinq étapes dans la survenue d'une agression :

- **L'activation** : Suite à un stimulus, apparaît un stress. A ce stade, le sujet se contrôle et perçoit plusieurs alternatives.
- **L'intensification** : Le stress est toujours présent, apparaît un sentiment de frustration croissant. L'anxiété se manifeste et augmente. Le sujet se sent impuissant, ne perçoit pas d'alternative.
- **La crise** : Le sujet est incapable de faire des choix rationnels, un contrôle externe est donc nécessaire. La crise permet de diminuer le sentiment de frustration et d'impuissance.
- **La récupération** : La tension diminue et le sujet reprend progressivement le contrôle de son comportement.
- **La stabilisation** : Le sujet a complètement récupéré le contrôle de son comportement. Surviennent alors la culpabilité et le remords.

L'agressivité du patient mène souvent à l'agressivité du soignant, les revendications du premier étant mal tolérées par le second. Cependant cette attitude est souvent à l'origine d'une escalade dans la violence verbale et/ou physique et d'une rupture de la relation thérapeutique.

La communication est essentielle, elle permet de créer un lien avec le patient et de maintenir un climat de confiance.

Cela passe par :

- **L'attitude** : Le langage corporel est le premier moyen de communication et reflète notre contrôle de la situation. L'attitude doit être neutre, à distance modérée du patient, sans geste menaçant (poings fermés, montrer du doigt...). Il est nécessaire d'éviter les expressions faciales punitives ou moqueuses mais de conserver une attitude de souci et d'intérêt.
- **Le langage** : Il permet au médecin de rassurer, d'échanger mais il doit amener également le patient à s'exprimer. Il est nécessaire d'utiliser un discours simple, adapté, avec des phrases courtes. Le but n'est pas d'argumenter, de négocier mais de faire comprendre au patient que son émotion est entendue et de diminuer ainsi la tension.

Si toutefois l'agression n'a pu être évitée, il est important de :

- **Se protéger** : Prendre du recul, ne pas tourner le dos, se mettre hors de portée. Eloigner les objets dangereux.
- **Alerter** : Ne pas vouloir faire preuve d'héroïsme. La présence de plusieurs personnes peut avoir un effet dissuasif. La présence d'un membre de la famille peut également avoir un effet dissuasif.

Le Ministère de l'Intérieur et le Conseil National de l'Ordre des Médecins mettent à disposition à l'usage des médecins un livret de sécurité contenant une fiche de déclaration d'incident ^[64] permettant un relevé des événements, de leur nature et un suivi du médecin agressé. Par ailleurs, sont disponibles des conseils de sécurité au cabinet médical et lors des visites à domicile ^[65].

2.6. COMMENT DIRE NON ?

Dire non est essentiel, nous l'avons vu, dans l'intérêt du patient et du nôtre.

Mais l'acceptation du « non » par le patient dépend de la manière dont il est formulé. Lorsque nous l'exprimons sereinement, nous en sommes d'autant plus satisfaits.

2.6.1. Communication

Les internes de notre étude l'ont affirmé : la communication est indispensable pour un refus entendu et accepté par le patient.

Ils ont proposé différentes méthodes tirées de leur propre expérience. Le Dr Galam propose une synthèse ^[45] qui rassemble une grande partie des éléments cités par les internes :

- Tout d'abord, écouter et entendre la demande du patient, l'anticiper, l'explorer, la reformuler afin de l'assurer de notre disponibilité et de notre bienveillance à son égard.
- Adopter un comportement assertif.

L'assertivité peut être définie comme la capacité d'exprimer ses sentiments et d'affirmer ses droits, tout en respectant les sentiments et les droits des autres ^[66]. Initié par le psychologue Andrew Salter, ce concept de la moitié du XXème siècle a ensuite été développé par le psychiatre Joseph Wolpe.

L'assertivité peut être considérée comme l'art de faire passer un message sans agressivité mais sans passivité. C'est écouter attentivement le patient afin de connaître sa demande et ses propres contraintes et exprimer de manière calme, sereine, honnête et appropriée sa décision et ses choix en acceptant la critique et le mécontentement éventuel.

- Formuler clairement le non. Ne pas revenir sur le non. Ne pas se justifier indéfiniment mais au contraire expliquer.
- Laisser le temps au patient de réagir face au non mais rester ferme sur sa position. Lui réaffirmer notre volonté de l'aider et notre empathie mais notre impossibilité de répondre favorablement à sa demande (« Je comprends votre situation et je voudrais vous aider mais là je ne peux pas vous donner cet arrêt de travail »). Eventuellement, utiliser la méthode dite du disque rayé (« Je vous le répète, c'est non. »).

2.6.2. Poser des « règles » ?

Certaines demandes des patients que l'on se voit refuser concernent le non-respect de nos « règles » d'exercice.

Dans notre étude, ce type de demandes a été finalement peu abordé mais les internes y sont certainement moins confrontés. Lorsqu'elles ont été citées, elles l'étaient par les internes faisant des remplacements (demande de voir plusieurs personnes sur une plage de rendez-vous, demande de rendez-vous d'urgence, demande par téléphone).

Une pratique sereine n'est possible que dans un cadre où le médecin se sent respecté. Quels horaires suis-je prêt à accepter ? Combien de patients par jour ? Avec ou sans rendez-vous ? Rendre service au patient mais dans quelles proportions ? Quelles sont mes limites ?

Autant de questions qu'il semble important de se poser avant même de débiter son activité. Il en va de notre plaisir à exercer et de notre sérénité. Ces règles sont notre protection contre l'épuisement professionnel et le burn-out.

Mais ces règles diffèrent certainement d'un médecin à l'autre et le patient ne les connaît pas toujours. Ainsi un refus peut conduire à une incompréhension.

Nous pouvons imaginer plusieurs façons d'informer les patients sur nos conditions d'exercice : un affichage dans la salle d'attente, une information par la secrétaire en cas de demande par téléphone notamment, lors d'une demande en consultation, expliquer au patient notre mode de fonctionnement et du fait, que ce type de demandes sera toujours refusé.

Le conseil de l'ordre des médecins propose par ailleurs une affiche destinée à sensibiliser les patients sur les habitudes à prendre pour réduire les risques de conflit. Cette affiche est disponible via le lien ci-joint :

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom-affiche_confiance_format_a3.pdf

A nouveau, il semble important de mettre en avant notre bienveillance et notre souci d'un cadre d'exercice approprié, là où ces règles pourraient être perçues comme de la rigidité ou de l'hostilité.

2.7. LE PATIENT FACE AU REFUS DU MÉDECIN

Il existe à cette heure peu d'études sur le ressenti des patients face au refus du médecin.

Une étude américaine de 1998^[67] s'intéressait aux réactions des patients en cas de refus de prescription du généraliste. 46% des patients interrogés étaient déçus, 25% essayaient de convaincre le médecin ou consultaient un autre médecin pour obtenir la prescription souhaitée. 15% considéraient que la relation avec ce médecin était terminée.

A l'inverse, le Docteur Arzur^[24] montrait, lui, que ce n'était pas le refus qui avait un impact sur la relation médecin-malade mais les explications fournies par le médecin. Ainsi le refus était mieux accepté quand le médecin avait maintenu la communication avec le patient.

Sans nul doute, il serait intéressant d'approfondir l'analyse concernant le ressenti du patient.

2.8. LE MÉDECIN FACE AU NON DU PATIENT

Selon l'article L.1111-4, « toute personne prend, avec le professionnel de santé [...] les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ou aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ».

Ainsi, nous sommes, nous aussi, parfois confrontés au refus du patient. Celui-ci refuse de réaliser un examen complémentaire, de prendre un traitement ou de consulter un spécialiste. D'une approche paternaliste, la médecine a évolué vers un modèle que l'on peut appeler délibératif. Il témoigne d'une volonté du patient de s'impliquer dans la prise de décision.

Mr Girard et le docteur Grand'Maison^[68] proposent l'« approche négociée » comme modèle de relation médecin-malade. Elle peut être définie comme : « un processus relationnel souple caractérisé par une participation optimale des deux partenaires et visant l'atteinte de consensus ponctuels et renouvelés. Ceux-ci portent sur les divers objets de la démarche clinique et tiennent compte de la situation médicale, des besoins et des ressources du patient et de celles du

médecin. » La négociation est au centre de la relation et les deux parties coopèrent vers un but commun : résoudre les problèmes du patient.

Une fois de plus, la confiance et la communication sont au centre de la relation. Le médecin et le patient avancent ensemble vers le même objectif.

2.9. APPRENDRE À DIRE NON À BON ESCIENT

Nous avons vu l'importance de savoir dire non et les difficultés que cela engendre.

Ainsi nous pouvons l'envisager comme une compétence, un savoir à part entière.

Et comme tout savoir, dire non à bon escient s'apprend.

Les médecins généralistes de la thèse du docteur Lotfi ^[30] ont plutôt exprimé leur intérêt pour les groupes de pairs type Balint, en valorisant l'expérience et son partage. Les internes de notre étude proposaient une formation dédiée à ce thème mais plutôt sous la forme d'un groupe de discussion, d'une interactivité autour des expériences de chacun et pourquoi pas, de jeux de rôle. Certains évoquaient également la possibilité de mettre en place des « référentiels » concernant certains types de demandes avec les solutions proposées pour dire non sereinement.

Les médecins installés et les internes étaient d'ailleurs plutôt réticents à une formation théorique classique.

L'utilisation d'une balance motivationnelle comme présentée dans la partie « Résultats » nous semble également intéressante.

Il existe à l'heure actuelle, pour les médecins généralistes installés, des formations DPC (Développement Professionnel Continu). J'ai moi-même au début de la thèse participé à une formation proposée par la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) intitulée « Savoir dire non à bon escient ! ». Elle réunit le plus souvent des médecins âgés de 40 à 60 ans dont la motivation à suivre cette formation est parfois un contexte de burn-out. Il s'agit d'un programme interactif autour des difficultés des uns et des autres et des propositions de solutions apportées par le groupe.

A noter qu'une méta-analyse de 2000 ^[69] portant sur l'efficacité des formations aux techniques relationnelles sur la prise en charge de la souffrance psychique du patient a révélé leur impact positif. Toutefois, aucune des approches n'a fait preuve de sa supériorité (Balint, thérapie cognitivo-comportementaliste, psychodynamique, systémique).

L'importance de la formation aux techniques relationnelles n'est donc plus à démontrer. Elles font partie intégrante de la formation du troisième cycle des études médicales en médecine générale. Cependant, certaines améliorations sont encore possibles. Nous proposons notamment d'y ajouter un module spécifique « Dire non au patient à bon escient ».

CONCLUSION

La part quantitative de notre étude a permis de montrer que les internes en Médecine Générale avaient des difficultés à dire non au patient. Il existe un certain nombre de situations qui rendent le « non » difficile.

A travers les focus groups, nous avons développé pourquoi le « non » est difficile et pourquoi il est important de savoir refuser des demandes que l'on juge non fondées. Nous avons ensuite essayé de trouver des solutions pour dire non plus sereinement.

Il existe à ce jour assez peu d'études sur le ressenti du patient face au refus du médecin. Ce thème serait certainement très intéressant à approfondir.

Il ressort de notre étude que la relation qui unit le médecin et le patient est à la fois un atout et un obstacle au « non ».

Comme dans toute relation, la communication est fondamentale.

Etre attentif aux attentes et aux représentations du patient, s'interroger sur les raisons profondes de sa demande, entendre ses contraintes et ses peurs, exprimer nos propres contraintes et notre bienveillance à son égard sont autant d'attitudes qui aident à faire accepter le « non ».

Bien que l'importance de la formation à la relation des soignants ne soit plus à prouver, notre étude montre qu'il existe encore des améliorations possibles.

Nous pouvons imaginer une formation spécifique pour les internes sur le thème « Savoir dire non à bon escient », sous la forme d'un échange interactif autour des expériences de chacun.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de mon projet de thèse sur les difficultés que pourraient avoir les internes de Médecine Générale à dire non, je réalise une part quantitative avec un questionnaire **anonyme** afin de connaître les difficultés que vous rencontrez dans votre pratique.

Age :

Sexe :

Stage chez le praticien de niveau I : oui/non

Actuellement dans ce stage

SASPAS : oui/non

Actuellement dans ce stage

1) Dans votre pratique ambulatoire, avez-vous des **difficultés à dire non** au patient ?

Pas du tout					Enormément
1	2	3	4	5	6

2) Avez-vous eu des difficultés à dire non lors de vos **stages hospitaliers** ?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3) Si vous éprouvez plus de difficultés à dire non en ambulatoire qu'en stage hospitalier, quelles en sont les raisons, selon vous : -

-

-

4) Y a-t-il des **situations** ou des **patients** pour lequel(le)s vous avez plus de difficultés à dire non ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui, lequel(le)s ? -

-

5) Lorsque vous souhaitez dire non à un patient, avez-vous **peur de sa réaction** ?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6) Avez-vous la **sensation d'être « utilisé(e)»** par les patients ?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7) Avez-vous tendance à vous mettre en **colère**, et à **refuser d'emblée** sa demande ?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

8) Pensez-vous que la **formation** que vous avez reçue vous aide à dire non ?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

9) Si oui, qu'est-ce qui vous a aidé à dire non plus facilement ?

-

-

-

Ma thèse comporte également une **part qualitative**. Je recherche des internes prêts à participer à un **focus group**, une réunion d'1h30 environ sur cette question. Merci de me contacter par mail si vous acceptez d'y participer ou si vous souhaitez plus d'informations (marie_juillard@hotmail.fr).

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUPS

➤ **Accueil des participants**

- Présentation du projet :

Thèse sur les **difficultés des internes en Médecine Générale à dire non** qui comporte une partie quantitative avec des questionnaires, et une partie qualitative avec des focus groups afin de discuter de ces difficultés.

- Présentation des focus groups :

Le « focus group » ou « groupe de discussion » est une technique d'entretien de groupe qui permet de collecter des informations sur un thème donné. La dynamique de groupe permet d'explorer différents points de vue. Il permet de partager une expérience commune. La discussion est donc enregistrée de manière anonyme puis retranscrite et analysée.

- Présentation des organisateurs :

Un des organisateurs, le modérateur, anime le débat, le recentre sur le sujet, reformule les idées et un observateur s'occupe de l'enregistrement audio, d'identifier qui prend la parole et d'analyser le non-verbal.

- Présentation du déroulement de la séance.

- Rappel concernant le caractère anonyme de l'étude.

➤ **Déroulement de la séance**

- Tour de table avec présentation de chaque participant :

Age, stage actuel, stage chez le praticien ou SASPAS effectué.

- Identification de chaque participant par une lettre ou un chiffre : anonymisation

- Questions : (15 min par question environ)

1) Les situations où l'on peut être amené à dire non

Dans quelles situations avez-vous été amené à dire non à un patient ou vouliez-vous dire non à un patient mais vous n'avez pas pu ?

2) Est-ce difficile de dire non ?

Ressentez-vous des difficultés à dire non aux patients ? Quelles situations sont plus difficiles pour vous ? Pour quel patient est-ce plus difficile pour vous ? En fonction de son âge, de son sexe, de sa catégorie socioprofessionnelle ?

3) Le ressenti face au non

Qu'avez-vous ressenti dans les situations où vous vouliez dire non, si vous avez réussi à dire non, si vous avez finalement accepté ?

4) Avantages et inconvénients

Quels sont les inconvénients à dire non ? À ne pas dire non ? Quels sont les avantages à dire non ? À ne pas dire non ?

5) Différence entre pratiques hospitalière et ambulatoire

Y a-t-il une différence entre la pratique hospitalière et la pratique ambulatoire ? Selon vous, pourquoi est-ce plus difficile en ville ? A l'hôpital ? Qu'est-ce qui est différent ?

6) Les solutions envisagées

Quelles sont les solutions qu'on peut envisager pour dire non plus sereinement ? Peut-on modifier notre comportement ?

7) La formation

Votre formation actuelle vous aide-t-elle lorsque vous voulez dire non ? Quels aspects de la formation en particulier ? Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

• Synthèse :

Reformulation des idées principales retenues afin de vérifier l'accord des participants.

➤ **Debriefing**

• *Caractéristiques du groupe*

- Le groupe était-il homogène ?
- Le groupe répondait-il aux objectifs de l'étude ?

• *Dynamique de groupe*

- L'environnement était-il adéquat ?
- L'animation a-t-elle été satisfaisante ?
- Y a-t-il eu beaucoup de relances ?
- Quelle était la nature des interactions ?
- Le groupe était-il conflictuel, créatif, détendu ?
- Y avait-il des sous-groupes, des leaders... ?
- Un thème a-t-il été privilégié dans la discussion ?

ANNEXE 3 : RESULTATS DE L'ETUDE QUANTITATIVE.

○ Caractéristiques des participants

NSP : Ne Se Prononcent pas

	Age (années)
Minimum	24
Maximum	31
Moyenne	26,5
NSP	1

	Sexe N (%)
Masculin	19 (16)
Féminin	100 (82)
NSP	2 (2)
Total	121 (100)

	Stage chez le praticien N (%)	Actuellement N (%)
Oui	95 (78)	64 (53)
Non	25 (21)	57 (47)
NSP	1 (1)	0 (0)
TOTAL	121 (100)	121 (100)

	SASPAS N (%)	Actuellement N (%)
Oui	3 (2)	0 (0)
Non	117 (97)	121 (100)
NSP	1 (1)	0 (0)
TOTAL	121 (100)	121 (100)

○ Comparaison entre pratiques ambulatoire et hospitalière

	Q1 : Difficultés en ambulatoire N (%)	Q2 : Difficultés en hospitalier N (%)
1	6 (5)	13 (11)
2	17 (15)	52 (43)
3	35 (30)	37 (31)
4	36 (31)	15 (12)
5	1 (1)	4 (3)
6	0 (0)	0 (0)
NSP	22 (18)	0 (0)
TOTAL	117 (100)	121 (100)

4 questionnaires ont été exclus à la question 1 car les internes n'avaient pas fait de stage chez le praticien (réponse incohérente) ou n'avait pas renseigné cet item (réponse incomplète).

	Ambulatoire / Hospitalier N (%)		Au moins 1 raison Q3
Q1 > Q2	68 (58)	Q1 > Q2	67 (55)
Q2 > Q1	11 (9)	Q2 > Q1	4 (3)
Q1 = Q2	16 (14)	Q1 = Q2	4 (3)
NSP	22 (19)	NSP	46 (38)
TOTAL	117 (100)	TOTAL	121 (100)

Q3 : Si vous éprouvez plus de difficultés à dire non en ambulatoire qu'en stage hospitalier, quelles en sont les raisons, selon vous ?

	N (%)	Réponses des participants
Rapport financier	5 (7)	« Rapport pécunier »(2) « patient-client » « le patient paie » (2)
Manque de confiance	5 (7)	« On ne sait pas toujours » « moins d'assurance, milieu ambulatoire moins connu » « manque de confiance en mes connaissances »(2) « trac »...
Pression du patient	6 (8)	« Premier et dernier recours » « la demande est le motif de consultation » « pression venant des patients » « pressions des patients qui viennent pour une demande particulière » « nécessité d'une réponse immédiate » « patient demandeur »
Temps	9 (12)	« Temps de consultation limité » « emploi du temps serré » « dire oui va plus vite » « perte de temps »(2) « réussir à finir la consultation » « on finit par craquer pour aller plus vite » « réévaluation quotidienne du patient à l'hôpital permettant de se donner du temps » « négociation trop longue pour une consultation »
Peur du conflit	9 (12)	« Peur du conflit » « volonté de garder une bonne relation médecin-malade » « ne pas les contrarier » « peur que le patient ne revienne pas » « vouloir lui faire plaisir » « ne pas déplaire » (2) « être apprécié du patient » (2)
Première rencontre	9 (12)	« On connaît moins/pas le patient » (2) « pas de suivi du patient à long terme »(3) « pas notre patientèle »(4)
Pratique du MDS	17 (23)	« Habitudes du praticien »(6) « patient au praticien et non à l'interne » « pression de la pratique du prat » « MDS qui dit souvent oui »(3) « Responsabilité par rapport au prat » « désaccord avec le MDS » « patientèle du prat » (3) « statut d'interne VS MDS »
Relation long terme	20 (27)	« Relation à long terme »(3) « relation de longue durée »(2) « patient que l'on reverra » (2) « patients suivis donc revus »(3) « patients connus »(3) « patient qu'on connaît déjà » « connaissance du patient »(4) « relation médecin-malade à préserver » « relation durable à ne pas détériorer »
Proximité, empathie	24 (32)	« Relation plus intime » « relation médecin-patient plus forte »(2) « relation plus empathique » (5)

		« Relation de proximité avec le patient »(8) « proximité plus importante »(3) « rapport de confiance »(2) « cadre de l'hôpital où le patient est plus en difficultés » « plus proche du patient » « relation d'égal à égal »
Face à face	28 (37)	« Face à face »(6) « dualité » « seul face au patient »(9) « pas la structure hospitalière derrière soi »(4) « pas de recours à un supérieur »(3) « pas de travail en équipe »(3) « absence de collègues autour de nous dans le cabinet » « isolement »
NSP	46 (38)	

○ Situations et/ou patients plus difficiles

Q4 : Y a-t-il des situations ou des patients pour lequel(le)s vous avez plus de difficultés à dire non ?

	N (%)
Oui	99 (82)
Non	19 (16)
NSP	3 (2)
Total	121 (100)

Q4 : Lesquel(le)s ?

	N (%)	Réponses des participants
Surcharge de travail du médecin	3 (3)	« Travail à la chaîne » « asthénie de fin de journée, garde » « gardes aux urgences »
Incertitude du médecin	4 (4)	« Mauvaise connaissance du sujet » (2) « décision médicale incertaine » « maladies que je ne maîtrise pas bien »
Enfants, personnes âgées	4 (4)	« Pédiatrie » « vieux... voire très vieux » « personnes âgées en difficultés à domicile » « parents avec enfants »
Difficultés professionnelles	5 (5)	« Problème socioprofessionnel » « mal être au travail » « situations professionnelles complexes » « souffrance au travail » « patient qui craque au bureau »
Patients avertis	5 (5)	« Patients connaissant bien leur pathologie » « patient supérieur, qui dit en savoir plus que nous » « expérience similaire vécu par le patient ou son entourage » « patients sûrs d'eux » « connaissent bien leur maladie chronique »
Manipulateurs	5 (5)	« Ceux qui manipulent » « manipulateurs » « procéduriers » « chantage sur la potentielle gravité de l'affection » « personnalité paranoïaque »
Détresse psychologique du patient	6 (6)	« Arrêt de travail du dépressif » « détresse psychologique du patient (psychotropes, AT) » « patient anxieux » (3) « souffrance psychique »

Pression hiérarchique	6 (6)	« Chefs de service, spécialistes » « désaccord du maître de stage » « PH, chefs de service » « avis du chef et habitudes » « très difficile de dire au chef que l'on choisirait une autre prise en charge » « dire non à sa hiérarchie »
Habitudes du MDS	6 (6)	« Habitudes du cabinet » « renouvellement de traitement inutiles prescrits depuis longtemps » « patient VIP » « patients proches du prat » « patients du cabinet » « le non inhabituel par rapport à la pratique du prat »
Proches, amis, famille	6 (6)	« Proches, famille, amis, collègues... » (4) « confrères » « personnel médical, paramédical »
Maladie grave	10 (10)	« Cancéro, soins palliatifs » « maladie grave » (6) « longue maladie » « patient fragile sur le plan médical » « pronostic moins bon »
Empathie, sympathie	15 (15)	« Patients qui me touchent » « empathie » « ceux que j'apprécie » « patients qui nous touchent, nous émeuvent » « patients auxquels je m'identifie » (2) « patients sympathiques » (3) « si bonne entente avec le patient ou sa famille » « empathie » (3) « patients beaux » « relation de séduction »
Exigences du patient	16 (16)	« Patient habitué à ce que l'on accepte ses exigences » « ceux à qui on a toujours dit oui » (3) « patient insistants et qui n'entendent pas les explications » (6) « patients insistants ou désagréables » « demandes pressantes (liste) » « procéduriers » « patient exigeant » (2) « les patients chiants »
Demandes abusives	18 (18)	« Arrêt de travail » (10) « demande d'antibiotique » (2) « demande d'examens complémentaires » (2) « bon de transport à 100% » « certificats médicaux, enfant-malade » « renouvellement aux urgences d'ordonnance pour pathologie chronique » « demande de benzo en fin de consultation, prescription du conjoint »
Agressivité	19 (19)	« Patient menaçant » (2) « patient conflictuel, intimidant, culpabilisant » « agressivité » (14) « patients qui se mettent facilement en colère » « patients qui s'énervent et deviennent violents »
Précarité	19 (19)	« Patient en situation de précarité sociale » (2) « précarité » (8) « patient en milieu défavorisé » (3) « problème social » (4) « patients isolés » « sentiment de pitié »
NSP	2 (2)	

○ Ressenti des internes face au non

Q5 : Lorsque vous souhaitez dire non à un patient, avez-vous **peur de sa réaction** ?

Q5	N(%)
1	16 (13)
2	36 (30)
3	33 (27)
4	24 (20)
5	11 (9)
6	0 (0)
NSP	1 (1)
TOTAL	121 (100)

Q6 : Avez-vous la sensation **d'être utilisé(e)** par les patients ?

Q6	N(%)
1	4 (3)
2	21 (17)
3	46 (38)
4	35 (29)
5	11 (9)
6	4 (3)
TOTAL	121 (100)

Q7 : Avez-vous tendance à vous mettre en **colère**, et à **refuser d'emblée** sa demande ?

Q7	N(%)
1	31 (26)
2	51 (42)
3	21 (17)
4	11 (9)
5	5 (4)
6	2 (2)
TOTAL	121 (100)

○ Formation reçue

Q8 : Pensez-vous que la **formation** que vous avez reçue vous aide à dire non ?

Q8	N(%)
1	19 (16)
2	36 (30)
3	26 (21)
4	16 (13)
5	21 (17)
6	3 (2)
TOTAL	121 (100)

Q9 : Si oui, qu'est-ce qui vous a aidé à dire non plus facilement ?

	N (%)	Descriptif
BALINT	2 (3)	« Balint » (2)
Cours de DES	3 (5)	« Cours » (3)
Groupe d'échange de pratiques	5 (8)	« Groupe d'échange de pratiques » (5)
Discussion avec des collègues	5 (8)	« Partager avec des collègues dans le même cas » « soutien du praticien » (2) « discuter des situations » « dialogue avec un sénior »
Pratique d'autres médecins	7 (11)	« Observation de la pratique d'autres médecins » (2) « apprentissage en stage chez le prat de la communication » « expérience des chefs » (2) « exemples des autres médecins, bons ou mauvais » « voir comment font les autres »
Expérience personnelle	7 (11)	« Expérience » (2) « avoir déjà rencontré le même type de situation » « argumenter le refus, proposer une solution » « être convaincue que ce n'est pas dans l'intérêt du patient » « gagner en confiance en soi » « stage en médecine interne ayant permis de gagner confiance en moi »
Tutorat	12 (19)	« Tutorat dire non (identifier les émotions, discuter des moyens pour dire non,) » (10) « séances de tutorat » (2)
Formation à la méthode relationnelle	13 (20)	« Expliquer au patient, négocier » « argumenter le refus, proposer une solution » (2) « savoir négocier » (2) « méthode relationnelle » « savoir argumenter » (2) « reformuler la demande du patient » « discussion avec le patient » « compréhension de la cognition du patient » « connaissance des mécanismes de défense » « éduquer et informer le patient »
Connaissances scientifiques	24 (38)	« Mes connaissances médicales » (6) « savoir que c'est justifié » « se baser sur les recommandations » (9) « argumenter sur des notions scientifiques » (4) « s'appuyer sur des connaissances objectives, être sûre de soi » « raisonnement clinique » « arguments biomédicaux » (2) « apprentissage théorique et EBM »

○ Comparaison des données en fonction de l'âge et du sexe

Q1 : Dans votre pratique ambulatoire, avez-vous des **difficultés à dire non** au patient ?

	Femme N (%)	Homme N (%)		Age > 26 ans N (%)	Age ≤ 26 ans N (%)
1	3 (3)	3 (16)	1	3 (5)	3 (5)
2	17 (17)	0 (0)	2	7 (13)	11 (17)
3	30 (30)	7 (37)	3	17 (30)	20 (31)
4	31 (31)	5 (26)	4	19 (34)	18 (28)
5	1 (1)	0 (0)	5	1 (2)	0 (0)
6	0 (0)	0 (0)	6	0 (0)	0 (0)
NSP	18 (18)	4 (21)	NSP	9 (16)	13 (20)
TOTAL	100 (100)	19 (100)	TOTAL	56 (100)	65 (100)

Selon le test exact de Fischer, **p = 0,09171**

Selon le test du Chi2 **p = 0,68229**

Q2 : Dans votre pratique hospitalière, avez-vous des **difficultés à dire non** au patient ?

	Femme N (%)	Homme N (%)		Age > 26 ans N (%)	Age ≤ 26 ans N (%)
1	11 (11)	2 (10)	1	7 (13)	6 (9)
2	43 (43)	8 (42)	2	25 (45)	27 (42)
3	30 (30)	6 (32)	3	18 (32)	19 (29)
4	12 (12)	3 (16)	4	5 (9)	10 (15)
5	4 (4)	0 (0)	5	1 (2)	3 (5)
6	0 (0)	0 (0)	6	0 (0)	0 (0)
NSP	0 (0)	0 (0)	NSP	0 (0)	0 (0)
TOTAL	100 (100)	19 (100)	TOTAL	56 (100)	65 (100)

Selon le test exact de Fischer, **p = 0,99011**

Selon le test du Chi2 **p = 0,55150**

Comparaison entre difficultés à l'hôpital versus en ambulatoire :

	Femme N (%)	Homme N (%)		Age > 26 ans N (%)	Age ≤ 26 ans N (%)
Q1>Q2	57 (57)	10 (53)	Q1<Q2	34 (61)	34 (52)
Q1=Q2	15 (15)	2 (11)	Q1=Q2	8 (14)	10 (15)
Q2>Q1	10 (10)	3 (16)	Q2>Q1	5 (9)	8 (12)
NSP	18 (18)	4 (21)	NSP	9 (16)	13 (20)
TOTAL	100 (100)	19 (100)	TOTAL	56 (100)	65 (100)

Selon le test exact de Fischer, **p = 0,68497**

Selon le test du Chi2 **p = 0,71759**

Q4 : Y a-t-il des situations ou des patients pour lequel(le)s vous avez plus de difficultés à dire non ?

	Femme N (%)	Homme N (%)		Age > 26 ans N (%)	Age ≤ 26 ans N (%)
Oui	84 (84)	14 (74)	Oui	46 (82)	53 (82)
Non	13 (13)	5 (26)	Non	7 (13)	12 (18)
NSP	3 (3)	0 (0)	NSP	3 (5)	0 (0)
Total	100 (100)	19 (100)	Total	56 (100)	65 (100)

Selon le test du Chi2, **p = 0,15512**

p = 0,43989

Q5 : Lorsque vous souhaitez dire non à un patient, avez-vous peur de sa réaction ?

	Femme N (%)	Homme N (%)		Age > 26 ans N (%)	Age ≤ 26 ans N (%)
1	11 (11)	5 (28)	1	6 (11)	10 (15)
2	31 (31)	5 (28)	2	16 (29)	20 (31)
3	29 (29)	2 (11)	3	19 (34)	14 (22)
4	20 (20)	4 (21)	4	11 (20)	13 (20)
5	9 (9)	2 (11)	5	4 (7)	7 (11)
6	0 (0)	0 (0)	6	0 (0)	0 (0)
NSP	0 (0)	1 (1)	NSP	0 (0)	1 (2)
TOTAL	100 (100)	19 (100)	TOTAL	56 (100)	65 (100)

Selon le test exact de Fischer, **p = 0,24495**

p = 0,62754

Q6 : Avez-vous la sensation d'être utilisé(e) par les patients ?

	Femme N (%)	Homme N (%)		Age > 26 ans N (%)	Age ≤ 26 ans N (%)
1	4 (4)	0 (0)	1	2 (4)	2 (3°)
2	17 (17)	4 (21)	2	8 (14)	13 (20)
3	37 (37)	7 (37)	3	25 (45)	21 (32)
4	31 (31)	4 (21)	4	14 (25)	21 (32)
5	8 (8)	3 (16)	5	5 (9)	6 (9)
6	3 (3)	1 (5)	6	2 (4)	2 (3)
NSP	0 (0)	0 (0)	NSP	0 (0)	0 (0)
TOTAL	100 (100)	19 (100)	TOTAL	56 (100)	65 (100)

Selon le test exact de Fischer, **p = 0,67883**

Selon le test du Chi2 **p = 0,54046**

Q7 : Avez-vous tendance à vous mettre en **colère**, et à **refuser d'emblée** sa demande ?

	Femme N (%)	Homme N (%)		Age > 26 ans N (%)	Age ≤ 26 ans N (%)
1	26 (26)	4 (21)	1	11 (20)	20 (31)
2	42 (42)	8 (42)	2	24 (43)	27 (42)
3	17 (17)	4 (21)	3	11 (20)	10 (15)
4	11 (11)	0 (0)	4	6 (11)	5 (8)
5	3 (3)	2 (11)	5	3 (5)	2 (3)
6	1 (1)	1 (5)	6	1 (2)	1 (2)
NSP	0 (0)	0 (0)	NSP	0 (0)	0 (0)
TOTAL	100 (100)	19 (100)	TOTAL	56 (100)	65 (100)

Selon le test exact de Fischer, **p = 0,21203**

p = 0,76982

Q8 : Pensez-vous que la **formation** que vous avez reçue vous aide à dire non ?

	Femme N (%)	Homme N (%)		Age > 26 ans N (%)	Age ≤ 26 ans N (%)
1	13 (13)	5 (26)	1	8 (14)	11 (17)
2	30 (30)	6 (32)	2	17 (30)	19 (29)
3	22 (22)	3 (16)	3	11 (20)	15 (23)
4	13 (13)	3 (16)	4	11 (20)	5 (8)
5	19 (19)	2 (11)	5	8 (14)	13 (20)
6	3 (3)	0 (0)	6	1 (2)	2 (3)
NSP	0 (0)	0 (0)	NSP	0 (0)	0 (0)
TOTAL	100 (100)	19 (100)	TOTAL	56 (100)	65 (100)

Selon le test exact de Fischer, **p = 0,69362**

Selon le test du Chi2 **p = 0,36635**

○ Comparaison des données en fonction des stages

Q2 : Dans votre pratique hospitalière, avez-vous des **difficultés à dire non** au patient ?

	Uniquement stages hospitaliers N (%)	Stage ambulatoire fait ou en cours N (%)
1	13 (14)	0 (0)
2	48 (51)	3 (12)
3	26 (27)	11 (44)
4	7 (7)	8 (32)
5	1 (1)	3 (12)
6	0 (0)	0 (0)
NSP	0 (0)	0 (0)
TOTAL	95 (100)	25 (100)

Selon le test exact de Fischer, **p = 5,19748**

Q4 : Y a-t-il des situations ou des patients pour lequel(le)s vous avez plus de difficultés à dire non ?

	Uniquement stages hospitaliers N (%)	Stage ambulatoire fait ou en cours N (%)
Oui	77 (81)	22 (88)
Non	16 (17)	2 (8)
NSP	2 (2)	1 (4)
Total	95(100)	25(100)

Selon le test exact de Fischer, **p = 0,35696**

Q5 : Lorsque vous souhaitez dire non à un patient, avez-vous **peur de sa réaction** ?

	Uniquement stages hospitaliers N (%)	Stage ambulatoire fait ou en cours N (%)
1	14 (15)	2 (8)
2	25 (26)	11 (44)
3	26 (27)	6 (24)
4	21 (22)	3 (12)
5	8 (8)	3 (12)
6	0 (0)	0 (0)
NSP	1 (1)	0 (0)
TOTAL	95 (100)	25 (100)

Selon le test exact de Fischer, **p =0,42773**

Q6 : Avez-vous la sensation **d'être utilisé(e)** par les patients ?

	Uniquement stages hospitaliers N (%)	Stage ambulatoire fait ou en cours N (%)
1	3 (3)	1 (4)
2	19 (20)	2 (8)
3	33 (35)	12 (48)
4	29 (31)	6 (24)
5	8 (8)	3 (12)
6	3 (3)	1 (4)
NSP	0 (0)	0 (0)
TOTAL	95 (100)	25 (100)

Selon le test exact de Fischer, **p = 0,53765**

Q7 : Avez-vous tendance à vous mettre en **colère**, et à **refuser d'emblée** sa demande ?

	Uniquement stages hospitaliers N (%)	Stage ambulatoire fait ou en cours N (%)
1	23 (24)	7 (28)
2	42 (44)	9 (36)
3	16 (17)	5 (20)
4	9 (9)	2 (8)
5	3 (3)	2 (8)
6	2 (2)	0 (0)
NSP	0 (0)	0 (0)
TOTAL	95 (100)	25 (100)

Selon le test exact de Fischer, **p = 0,83414**

Q8 : Pensez-vous que la **formation** que vous avez reçue vous aide à dire non ?

	Uniquement stages hospitaliers N (%)	Stage ambulatoire fait ou en cours N (%)
1	12 (13)	6 (24)
2	28 (29)	8 (32)
3	19 (20)	7 (28)
4	15 (16)	1 (4)
5	18 (19)	3 (12)
6	3 (3)	0 (0)
NSP	0 (0)	0 (0)
TOTAL	95 (100)	25 (100)

Selon le test exact de Fischer, **p = 0,37572**

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Clerc M-E, Pereira C, Podevin M, Villeret S.
Le marché du médicament dans cinq pays européens, structure et évolution en 2004.
Etudes et Résultats, DREES 2006;N°502
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er502.pdf>
Date de consultation : 17/03/2014
- [2] Le Pen C, Lemasson H, Roullière-Lelidec C.
La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens : une réévaluation.
Etude pour le LEEM. Avril 2007
<http://www.leem.org/synthese-de-letude-consommation-medicamenteuse-dans-5-pays-europeens-une-reevaluation>
Date de consultation : 06/06/2013
- [3] IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.
Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments.
Février 2005
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/L_Etude.pdf
Date de consultation : 27/05/2013
- [4] Labarthe G.
Les consultations et visites des médecins généralistes.
Etudes et Résultats, DREES 2004;N°315
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf>
Date de consultation : 15/05/2013
- [5] Le Garrec MA, Bouvet M.
Les Comptes nationaux de la santé en 2013.
Etudes et Résultats, DREES n°890, septembre 2014
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013-synthese.pdf
Date de consultation : 16/09/2014
- [6] Kusnik-Joinville O, Lamy C, Merlière Y, Polton D (CNAMTS).
Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie.
Point de repère N°5. Septembre 2006
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_5.pdf
Date de consultation : 16/09/2014

- [7] *Avis du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) sur les prestations en espèces - hors maternité et accident du travail.*
Février 2008
<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-1484.pdf>
Date de consultation : 16/09/2014
- [8] Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boisnault P.
Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ?
Rev Prat Med Gen 2004;18:781-4
- [9] *Les Comptes de la Sécurité Sociale. Résultats 2012 et Prévisions 2013 et 2014.*
Rapport septembre 2013
www.fondafip.org/f1937_CCSS.pdf
Date de consultation : 16/09/2014
- [10] Collin J.
Observance et fonctions symboliques du médicament.
Gérontologie et Société 2002;103:141-59.
- [11] *Observatoire sociétal du médicament.*
LEEM, mars 2013
<http://www.leem.org/sites/default/files/Barometre-Medicament-Ipsos-2013.pdf>
Date de consultation : 19/03/2014
- [12] Vega A.
Prescription du médicament en Médecine Générale. Première partie : déterminants culturels de la prescription chez les médecins français.
Médecine 2012;8(4):169-73
- [13] Bedoin D, Charles R.
La prise en charge des affections transitoires bénignes en Médecine Générale : avec ou sans médicaments ?
Pratiques et organisation des soins 2012;43(2):111-19
- [14] Flouret-Guyot C.
Prescription médicamenteuse en médecine générale : les attentes des français en cas de pathologies bénignes.
2011. Thèse Médecine Nancy, Université Henri Poincaré.
Directeur de thèse : Pr Boivin J-M.
http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_FLOURET_GUYOT_CELINE.pdf
Date de consultation : 17/05/2013

- [15] Parish P.
Drug prescribing – the concern of all.
J R Soc Health 1973;93:213-7
- [16] Mousquès J, Renaud T, Scemama O.
Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë.
CREDES 2003; N°520
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2003/rap1494.pdf>
Date de consultation : 14/05/2013
- [17] Amar E, Pereira C.
Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants.
Etudes et résultats, DREES novembre 2005 ; N°440
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf>
Date de consultation : 14/05/2013
- [18] *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées.*
Recommandations de la Haute Autorité de la Santé. Avril 2011
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
Date de consultation : 19/03/2014
- [19] Goujon Boisdin E.
Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale.
2011. Thèse Médecine. Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen.
Directeur de thèse : Pr Doucet J.
<http://www.sftg.net/documents%20PDF/These%20Deprescription%2030-6-11.pdf>
Date de consultation : 25/04/2014
- [20] Jamouille M.
Information et informatisation en médecine générale.
Les informa-g-iciens : Presses Universitaires de Namur. 1986
- [21] Bentzen N
Wonca Dictionary of General/Family Practice.
Copenhagen Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning. 2003

- [22] Bouvier R, Sawaya Z.
Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés.
Sondage réalisé par TNS pour la Fédération hospitalière de France, Juillet 2012
<http://www.fhf.fr/Actualites/Actualites/A-la-Une/Sondage-Les-medecins-face-aux-pratiques-d-actes-injustifies>
Date de consultation : 17/09/2013
- [23] Levasseur G, Schweyer F-X.
Les demandes des patients jugées « non fondées » par les médecins.
Rev Prat Med Gen 2003;17(603):246-50
- [24] Arzur J.
Le refus de prescription : impact sur la relation médecin-patient.
2011. Thèse Médecine. Université de Caen.
Directeur de thèse : Dr Henry G.
- [25] Galam E.
L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives.
Commission Prévention et Santé Publique de l'URML d'Ile de France. Juin 2007
http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
Date de consultation : 20/09/2013
- [26] Leopold Y.
Le suicide des médecins : burnout, médecin malade, solutions.
Enquête pour la CARMF. 2003
<http://www.arspg.org/datas/docs/13020136111.pdf>
Date de consultation : 20/09/2013
- [27] Touboul P.
Recherche qualitative : la méthode des focus groups. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale.
Collège de Médecine Générale de Nice
http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
Date de consultation : 13/01/2014
- [28] Davister C.
Les groupes focalisés. Fiches méthodologiques.
Université de Liège. Février 2004
<http://labos.ulg.ac.be/apes/wp-content/uploads/sites/4/2014/05/stop-groupe-focalis%C3%A9.pdf>
Date de consultation : 06/06/2013

- [29] Moreau A, Dédiante MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL.
S'approprier la méthode du focus group.
Rev Prat Med Gen 2004;18(645):382-4
- [30] Lotfi M.
Un aspect de la relation médecin – malade, les refus opposés aux demandes des patients : vécu de ces situations par le médecin généraliste installé et par le remplaçant.
2014. Thèse Médecine. Université Pierre et Marie Curie Paris VI.
Directeur de thèse : Dr De Beco I.
<http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/lofti-these.pdf>
Date de consultation : 10/11/2014
- [31] Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France.
AFSSAPS. Rapport d'expertise. Juin 2011
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/80021cd6bb92b94c16a3db89088fd4fo.pdf
Date de consultation : 30/09/2014
- [32] Goossens H, Ferech M, Van der Stichele R, Elseviers M for the ESAC Project Group.
Prescriptions ambulatoires d'antibiotiques en Europe et leurs effets sur les résistances bactériennes : Etude européenne sur bases de données.
Lancet 2005;365:579-87
- [33] Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V et al.
Infections respiratoires présumées virales : comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR.
Rev Prat Med Gen 2003;17:155-60.
- [34] Attali C, Rola S, Renard V et al.
Les situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et les stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires hautes et basses.
Exercer 2008;82:66-72
- [35] Rapport d'orientation de l'HAS.
Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) de populations d'hommes à haut risque ?
Février 2012
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1238318/fr/cancer-de-la-prostate-identification-des-facteurs-de-risque-et-pertinence-dun-depistage-par-dosage-de-lantigene-specifique-de-la-prostate-psa-de-populations-dhommes-a-haut-risque
Date de consultation : 15/09/2014

- [36] Tuppin P, Samson S, Fagot-Campagna A, Lukacs B, Alla F, Allemand A.
Dépistage et diagnostic de cancer de la prostate et son traitement en France (2009-2011) selon le Sniiram.
Bull Epidemiol Hebd. 2014;(9-10):163-71.
- [37] Conseil national de l'ordre des médecins.
Article 76 du code de déontologie médicale.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-76-delivrance-des-certificats-300>
Date de consultation : 30/09/2014
- [38] *Le point sur les simplifications administratives de l'exercice libéral : rationalisation des certificats médicaux.*
Direction de la Sécurité Sociale. Circulaire du 27 septembre 2011
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/331_annexe_certifs_medicaux.pdf
Date de consultation : 30/09/2014
- [39] Faroudja J-M.
Certificats... Attention aux pièges !
Les Entretiens de Bichat, 30 sept. 2011; 367-370
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificats_cnom_bichat.pdf
Date de consultation : 30/09/2014
- [40] Adeline F.
Les facteurs décisionnels intervenant dans la prescription d'un arrêt de travail en médecine générale : une approche exploratoire par focus groups.
2012. Thèse Médecine. Université Paris Est Créteil.
Directeur de thèse : Dr Cittee J.
<http://doxa.u-pec.fr/theses/th625167.pdf>
Date de consultation : 16/09/2014
- [41] Balzani-Snaider M.
Exploration des représentations des médecins généralistes face à la prescription des arrêts de travail par la méthode des focus group.
2012. Thèse Médecine. Université Paris Est Créteil.
Directeur de thèse : Dr Bercier S.
- [42] Löfgren A, Hagberg J, Arrelöv B, Ponzer S, Alexanderson K.
Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks. A cross sectional questionnaire study of 5455 physicians.
Scandinavian Journal Of Primary Health Care. 2007; 25; 178-185

- [43] Von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K.
Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden.
Scandinavian Journal Of Primary Health Care.2008;26(1):22-28
- [44] Arrêts de travail : des référentiels de durée.
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/arrets-de-travail-des-referentiels-de-duree.php>
Date de consultation : 16/09/2014
- [45] Galam E, Dumas F-R.
Oser dire « non » avec sérénité.
Rev Prat Med Gen 2007;21:788-9
- [46] Carol L.
Comment les patients se positionnent par rapport à la décision médicale partagée.
2005. Thèse Médecine. Université Claude Bernard - Lyon I
Directeur de thèse : Pr Moreau A.
http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/These_CAROL_Laurent_1230648944710.pdf
Date de consultation : 21/12/2014
- [47] Etats des lieux de l'HAS
Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ».
Octobre 2013
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
Date de consultation : 21/12/2014
- [48] Légaré F, Labrecque M, Cauchon M, Castel J, Turcotte S, Grimshaw J.
Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial.
CMAJ 2012;184(13):E726-E734.
- [49] Laude A.
La judiciarisation de la santé.
IRESP, Questions de Santé Publique n°20;mars 2013
<http://www.iresp.net/iresp/files/2013/04/judiciarisation-sante-n20.pdf>
Date de consultation : 02/10/2014

- [50] Michaut K.
Un aspect de la relation médecin-patient : les demandes refusées en médecine générale.
2011. Thèse Médecine. Université de Rouen.
Directeur de thèse : Dr Anquetil G.
- [51] Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Maele G, De Sutter A, De Meyere M, et al.
Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing.
Br J Gen Pract. Janv 2009;59(558):29-36
- [52] Cockburn J, Pit S.
Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations.
BMJ 1997;315:520-3
- [53] Britten N, Ukoumunne O.
The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey.
British Medical Journal 1997;315:1506-10
- [54] Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP.
Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study.
BMJ. 19 févr 2000;320(7233):484-488.
- [55] Himmel W, Lippert-Urbanke E, Kochen M.
Are patients more satisfied when they receive a prescription ?
Scand J Prim Health Care 1997;15:118-22
- [56] Dédiante M-C, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A.
Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ?
Rev Prat Med Gen 2003;17(612):653-6
- [57] Boivin J-M, Aubrege A, Muller-Collé F, De Korwin J-D.
Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ?
Rev Prat Med Gen 2003;17(604):293-7
- [58] Esman L, Oustric S, Michot M, Vidal M, Nicodème R, Arlet P.
Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale.
Rev Prat Med Gen 2006;20:594-6
- [59] Bradley CP.
Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners.
Br J Gen Pract. 1992 Nov;42(364):454-8

- [60] Charra E.
Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale : étude qualitative à partir de 4 focus groups.
2012. Thèse Médecine. Université Claude Bernard – Lyon I
Directeur de thèse : Dr Farge T.
http://theseimg.fr/1/sites/default/files/these_charra_elisa_non-prescription%20patients.pdf
Date de consultation : 25/10/2012
- [61] Hauvespre B.
La non-prescription : représentations et vécu des médecins généralistes : étude qualitative à partir de 13 entretiens.
2012. Thèse Médecine. Université Claude Bernard – Lyon I
Directeur de thèse : Dr Farge T.
<http://theseimg.fr/1/sites/default/files/these%20version%20finale-1.pdf>
Date de consultation : 25/10/2012
- [62] Sarrazin C.
Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale.
2011. Thèse Médecine. Université de Poitiers.
Directeurs de thèse : Dr Grandcolin S et Dr Birault F.
<http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/c2bf807b-33a4-4673-840b-732113b5a0bd>
Date de consultation : 12/06/2013
- [63] Conseil National de l'Ordre des Médecins.
Observatoire pour la sécurité des médecins. 2013
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>
Date de consultation : 02/10/2014
- [64] Conseil National de l'Ordre des Médecins.
Fiche de déclaration d'incident.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/declaration%20inciden2t.pdf>
Date de consultation : 02/10/2014
- [65] Conseil National de l'Ordre des Médecins.
Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/guidesecuritedesprofsante2012.pdf>
Date de consultation : 02/10/2014

- [66] Cungi C.
Savoir s'affirmer en toutes circonstances.
Paris: Retz; 2005
- [67] Bell R-A, Wilkes M-S, Kravitz R-L.
Advertisement-induced prescription drug requests: patients' anticipated reactions to a physician who refuses.
J Fam Pract. 1999 Jun;48(6):446-52
- [68] Girard G, Grand'Maison P.
L'approche négociée, modèle de relation patient médecin.
Médecin du Québec. 1993;28:29-39
- [69] Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N.
General practitioner psychological management of common emotional problems (II) : a research agenda for the development of evidence-based practice.
BR J Gen Pract 2000;50:396-400

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Année 2015

Auteur : Marie JUILLARD

Directeur de thèse : Docteur François BLOEDÉ

Titre : **SAVOIR DIRE NON À BON ESCIENT : VÉCU DES INTERNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE. Etudes quantitative et qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris V.**

RÉSUMÉ

Introduction : Le médecin généraliste est régulièrement confronté à des demandes qu'il souhaite refuser. Au cours de leur formation, les internes doivent également faire face à ces situations. L'objectif de notre étude était d'identifier les situations où l'on dit non et les difficultés rencontrées par les internes dans ces situations.

Matériel et Méthode : Notre étude associait une part quantitative à travers des questionnaires et une part qualitative à travers 4 focus-groups.

Résultats : 95% des internes exprimaient avoir des difficultés à dire non au patient en ambulatoire. Les situations qui rendaient le « non » difficile étaient la demande de prescription, notamment d'antibiotique, la demande d'arrêt de travail, de certificat. Ces demandes étaient jugées inadaptées ou abusives. Les obstacles au « non » étaient le temps et l'énergie nécessaires, la peur de décevoir le patient, voir de le perdre, le risque de conflit. Les avantages étaient de se sentir respecté en tant que médecin et expert du soin, construire une relation de qualité avec le patient et se protéger juridiquement. La négociation, la communication (écouter le patient, explorer sa demande, lui expliquer les raisons du refus) étaient les principales solutions envisagées par les internes pour dire non sereinement. Pour améliorer cette compétence, ils proposaient de renforcer la formation à la relation au cours du troisième cycle.

Discussion : Ce travail a permis de montrer l'importance de savoir dire non au patient dans un certain nombre de situations courantes pour le médecin généraliste. La communication est fondamentale pour un « non » accepté et une pratique sereine.

MOTS CLÉS EN FRANÇAIS :

Médecine Générale

Relation médecin-patient

Focus Group

Savoir dire non

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

15 rue de l'école de médecine

75270 PARIS CEDEX 06

www.medecine.parisdescartes.fr