



HAL
open science

**Les procédés mis en place par les médecins généralistes
pour faire face aux demandes injustifiées de leurs
patients, étude qualitative par entretiens semi-dirigés
auprès de douze médecins généralistes**

Johanna Zuliani Cyr

► **To cite this version:**

Johanna Zuliani Cyr. Les procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face aux demandes injustifiées de leurs patients, étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes. Santé publique et épidémiologie. 2019. dumas-02492993

HAL Id: dumas-02492993

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02492993>

Submitted on 27 Feb 2020

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.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

N°80

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par ZULIANI CYR Johanna

Née le 21 Juin 1988 à Biarritz

Le 21 Juin 2019

**Les procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face aux demandes
injustifiées de leurs patients
Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes**

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur PETREGNE François

Jury

Monsieur le Professeur GAY Bernard

Président du jury

Monsieur le Professeur DURIEUX William

Rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur CASTERA Philippe

Membre du jury

Monsieur le Docteur MONTARIOL Yves

Membre du jury

Remerciements

A mon jury de thèse,

A Monsieur le Professeur Bernard Gay, Professeur d'Université de Médecine Générale, Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail et de votre disponibilité. Je vous prie d'accepter l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Pr William Durieux, Professeur associé de Médecine Générale, Vous avez accepté d'être le rapporteur de cette thèse et membre du jury. Je vous remercie de votre attention et de votre disponibilité. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Pr Philippe Castera, Professeur associé de Médecine Générale, Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Je vous prie d'accepter l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Dr Yves Montariol, Maître de conférence associé de Médecine Générale, Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en remercie. Je vous prie d'accepter l'expression de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Pr François Pétrègne, Professeur associé de Médecine Générale, Vous m'avez fait l'honneur de diriger mon travail de thèse. Je vous remercie pour vos conseils, votre disponibilité et votre bienveillance. Je vous remercie de m'avoir transmis votre rigueur. Tous nos échanges étaient riches d'enseignements et je vous en remercie. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Merci à mes enseignants de l'Université Bordeaux 2.

Merci aux médecins qui m'ont accueilli dans leurs services hospitaliers ainsi que dans mon stage ambulatoire, les Dr Nollet et Dr Benzidi, me transmettant leur passion de la médecine générale.

Un grand merci aux médecins généralistes qui m'ont honoré de leur confiance en acceptant de me recevoir pour ce travail de thèse.

A mes proches,

A mes parents,

Mes rocs, mes soutiens indéfectibles pendant ces nombreuses années. Merci de m'avoir soutenue, parfois portée à bout de bras pendant toutes ses années. Merci de m'avoir empêchée d'arrêter mes études à un moment où le courage me manquait. Merci d'avoir cru en moi quand moi-même je n'y croyais pas. Merci de m'avoir toujours entourée de votre affection et votre amour. Merci d'avoir fait de moi, celle que je suis aujourd'hui.

A mon mari Mathieu,

Merci de supporter mon mauvais caractère, ma mauvaise humeur quand je suis stressée. Merci de m'apaiser quand je me laisse déborder par mes craintes. Merci de m'avoir soutenue dans ces étapes de ma vie. Merci d'être ma moitié, de partager ma vie. Merci de m'entourer de ton amour au quotidien.

A mes enfants Jules et Hugo,

Vous êtes mes rayons de soleil, mes deux amours. Merci de me pousser à me remettre en question, à m'améliorer, pour être chaque jour une meilleure personne, pour que vous soyez fiers de moi.

A mon frère,

Merci de ta patience, de supporter mes sautes d'humeur lorsque je suis stressée, de ne pas me tenir rigueur des moments où je n'ai pas toujours été facile avec toi. Et merci d'avoir pris soin de moi lorsque j'en avais besoin. Notre lien est unique et précieux à mes yeux.

A mes grands- parents,

Merci de m'avoir donné tant d'amour. Vous avez toujours été fiers de la femme que je suis et me l'avez toujours témoigné, me donnant confiance en moi et me poussant à avancer. Merci à vous.

A mon oncle et ma tante, Tonton Guy et Tatie Coco, et à mes cousines Angéline et Fiona,
Merci d'avoir toujours été présents dans ma vie, m'entourant de vos attentions et votre affection.

A tous les membres de ma famille, merci de votre soutien et votre affection.

A Tous mes amis,

A Leire, Laure et Lucie, mes amies depuis les premières années de Médecine, une amitié qui s'est forgée au fil des années et peut-être au fil des kilomètres de covoiturage pour revenir de Bordeaux, et il y en a eu ! Ou peut-être lors de nos soirées à la Nuba ou aux fêtes de Mont de Marsan... Merci d'avoir toujours été à mes côtés durant ces nombreuses années, m'entourant de votre amitié qui m'est si chère. Merci de m'avoir livré vos précieux conseils, vous avez été des modèles et des moteurs pour moi. Merci Leire pour ta relecture et tes précieuses corrections.

A Sandrine (Dadi) et Filou, et à leurs merveilleuses filles Mila et Louna. J'ai eu la chance de vous rencontrer à l'adolescence puis nous ne nous sommes pas quittés. Nous avons révisé et passé le bac ensemble, nous avons été skier, nous avons arrosé beaucoup de nos anniversaires ensemble, nous sommes devenus adultes ensemble (du moins on essaie !), nous avons vu naître nos enfants respectifs. J'ai de merveilleux souvenirs plein la tête à vos côtés au fil de toutes ces années. Et il y en aura assurément beaucoup d'autres. Merci d'avoir toujours été là durant toutes ses années, de m'avoir entouré de votre amitié inconditionnelle. Quelle chance de vous avoir dans ma vie.

Joana (Jo), Flora (Florette), Sophie (Popie), Pauline (Popo) et Marion (Inzouille), mes amies de toujours, qui m'ont toujours soutenue et entourée, avec qui j'ai fait les quatre-cents coups et qui partagent certains de mes plus beaux souvenirs (et les plus drôles aussi !). Merci de toujours répondre présentes pour moi.

Olivia, notre amitié révèle bien que ce ne sont pas les années qui font la qualité d'une amitié. Tu tiens une place à part. Merci d'être une amie si fidèle.

A Marina et François, notre merveilleuse rencontre du Ch'Nord.

Pépin et Célia, Bob et Ségo, Poncho et Marine, Laura et Alex, Got et Charlotte, merci de m'entourer de votre précieuse amitié.

A Gilles Gozard, mon confrère et ami,
Merci de ta confiance et de m'avoir mis le pied à l'étrier en me confiant mes premiers remplacements. Puis merci de m'avoir supportée, surtout les Vendredi après-midi au bureau où je devenais intenable comme une enfant. Merci de m'accueillir prochainement au sein de ton cabinet comme associée.

Au Dr Couchot et au Dr Delmas,
Merci de m'avoir accueillie dans votre cabinet, de m'avoir témoigné votre confiance.

A Véronique et Muriel, mes adorables secrétaires,
Merci d'avoir toujours été si gentilles et attentionnées avec moi. Vous avez permis à mes premiers pas d'être moins difficiles. Et vous me permettez aujourd'hui de pratiquer dans une ambiance sereine et agréable.

Liste des abréviations

ACP	Approche Centrée Patient
ALD	Affection Longue Durée
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins en France
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP	Comité de Protection des Personnes
DMP	Décision Médicale Partagée
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EBM	Evidence Based Medecine
HAS	Haute Autorité de Santé
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
MADEO	Modèle d'Aide à la Décision de l'Equipe d'Ottawa
MBI	Maslach Burn-out Inventory
MBTI	Myers – Briggs Type Indicator
MF	Médecine de Famille
MG	Médecine Générale
MICI	Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin
MSU	Maître de Stage des Universités
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

PAI	Projet d'Accueil Individualisé
RDV	Rendez-vous
RMO	Références Médicales Opposables
SFMG	Société Française de Médecine Générale
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians

Table des matières

I. Introduction	10
II. Contexte général et problématique	11
A. La relation médecin-patient en médecine générale	11
1. Historique de la relation	11
2. La relation médecin-patient de nos jours	13
a) Définition de la médecine générale	13
b) L'approche centrée patient	14
c) La décision médicale partagée	15
d) L'evidence based medicine	16
e) Synthèse	17
B. La demande injustifiée	17
1. Définition	17
2. Quel est l'enjeu de ces demandes ?	17
C. Naissance de la question de recherche	18
1. Situation et vécu	18
2. Bibliographie	19
3. Problématique	20
4. Question de recherche et objectifs	20
III. Matériel et méthode	21
A. Recherche bibliographique	21
B. Type d'étude	21
1. La définition de la recherche qualitative	21
2. Le but de la recherche qualitative	21
3. Synthèse	22
C. Population étudiée	22
D. Grille des entretiens semi-dirigés	23
E. Déroulé de l'enquête	23
1. Le recrutement et le déroulement de l'entretien	23
2. Le recueil de données : les entretiens semi – dirigés	24
F. Méthode d'analyse des résultats	24
1. Retranscription du verbatim	24
2. Analyse du contenu : le codage	24
G. Aspects éthiques et réglementaires	25
IV. Résultats	26
A. Caractéristiques sociologiques du corpus	26
B. Analyse du contenu	28
1. La demande injustifiée	28
a) Une définition propre à chaque médecin	28
b) Des ressentis différents concernant la fréquence des demandes	29
c) L'intérêt potentiel de ces demandes injustifiées	30
d) Une situation génératrice de difficultés pour le médecin	32
e) Les types de demandes	33
2. Le contexte de la demande injustifiée	37
a) Le mode de la demande	37
b) Le rôle du tiers et la relation médecin-patient dans la demande	37

c)	L'impact de la demande sur le temps.....	38
d)	Le comportement repérable chez le patient.....	39
e)	Le patient en récurrence de demande	40
f)	Stratégie d'adaptation des demandes	40
g)	Contexte initial de tension réciproque	40
h)	Les jeunes médecins.....	41
i)	Les médias et la société de consommation.....	41
3.	Le médecin face aux demandes injustifiées.....	43
a)	Les stratégies de réponse	43
b)	Les affects du médecin	47
c)	La connaissance du patient : facteur influençant le médecin et la réponse ?.....	51
d)	Une tolérance variable selon les médecins, selon le médecin lui-même, selon les patients et le contexte.....	53
e)	Différentes issues possibles à ces demandes.....	54
f)	Des solutions proposées pour affronter ces situations.....	56
4.	Nuage de mots clés	58

V. Discussion.....59

A. A propos de la méthode..... 59

1.	Du choix qualitatif	59
a)	Une recherche qualitative.....	59
b)	Analyse des données verbales	59
c)	Des entretiens qualitatifs.....	59
2.	Du choix de la population.....	59
3.	De la validité et de la constitution de la grille d'entretien	60
4.	Du déroulé de l'enquête.....	60
a)	Prise en compte du contexte.....	60
b)	Influence de l'interviewé	60
c)	Intervention et attitude de l'intervieweur	61
5.	Du mode d'analyse.....	61
a)	Restitution des entretiens	61
b)	Analyse du contenu	61

B. A propos des résultats 61

1.	La demande injustifiée	61
a)	Une définition variable et subjective	61
b)	Le paradoxe chez les médecins de la fréquence des demandes	62
c)	L'enjeu principal : la recherche de la demande cachée.....	63
d)	Les types de demandes et la principale difficulté : l'arrêt de travail.....	64
2.	Le contexte	65
a)	Le cadre proposé au patient.....	65
b)	Une modification du temps de consultation	65
c)	Les médias et la société de consommation.....	65
d)	Un ressenti : moins de demandes en milieu rural	66
3.	Le ressenti des médecins	66
a)	Les affects pendant la consultation : en grande majorité des affects négatifs.....	66
b)	Le ressenti après la consultation.....	67
4.	La réponse du médecin aux demandes injustifiées.....	69
a)	Les principaux éléments influençant la réponse du médecin.....	69
b)	Les stratégies de réponse	70
c)	Définition des « procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face aux demandes injustifiées de leurs patients »	73
5.	Le patient et la relation médecin-patient dans les demandes injustifiées.....	73
a)	Quelle relation médecin-patient ?.....	73
b)	Les affects dans la relation médecin – patient.....	74
6.	La personnalité du médecin.....	75
7.	Des solutions pour aider le médecin en difficulté dans cette problématique	77

a)	L'exercice de groupe et la présence d'une salle de repos dans le cabinet	77
b)	Un relai par la CPAM.....	77
c)	Des limites clairement définies dès le début de l'exercice	77
d)	Différer la réponse.....	77
e)	Autres solutions.....	78
VI.	<i>Perspectives</i>	79
VII.	<i>Conclusion</i>	80
VIII.	<i>Bibliographie</i>	81
IX.	<i>Annexes</i>	87
A.	Grille des entretiens semi-dirigés	87
B.	Verbatim 2	89
C.	Verbatim 11	95
D.	Verbatim 12	101
E.	Auto-questionnaire Maslach Burn-out Inventory	104
F.	Résumé en français.....	106
G.	Titre et résumé en anglais	107
H.	Serment d'Hippocrate	108

Table des illustrations

Figure 1- Marguerite des compétences, CNGE, 2009	14
Figure 2 - Schéma représentatif de la prise de décision dans le cadre de l'EBM.....	16
Figure 3- Nuage de mots-clés.....	57

I. Introduction

L'exercice de la médecine générale a beaucoup évolué au fil des siècles, tant par l'avancée des connaissances médicales, que dans le rôle et la position du médecin au sein de la relation avec son patient. Ainsi, au « tout savoir » du médecin, qui s'imposait au patient, qui ne cherchait d'ailleurs ni à comprendre ni à contredire le médecin ; s'est peu à peu imposé le principe de libre arbitre du patient, le respect de l'autonomie et de la liberté individuelle. Le savoir du médecin, concernant l'état de santé du patient, est transmis à celui-ci, de façon adaptée et intelligible, afin qu'il puisse participer aux décisions concernant sa santé.

Les patients sont désormais acteurs dans la prise en charge de leur santé. Ils sont plus concernés, mieux informés, que ce soit par leur médecin ou d'autres moyens de communication type médias, Internet ; et se font leur opinion quant à leurs soins. Ils questionnent donc plus qu'avant leur médecin sur les choix qui sont faits, peuvent parfois remettre en question certaines décisions prises, et sont parfois à l'origine de demandes diverses, concernant leur santé : demande de rendez-vous médicaux avec des spécialistes, examens complémentaires (imagerie, bilan sanguin...), traitements et bien d'autres choses. Mais cela peut mettre le médecin en difficulté.

La révolution des techniques de communication facilite l'accès à l'information médicale, avec le passage « d'un patient passif » au « consommateur de soins », traduisant un bouleversement de la relation.

Mais comment ces demandes sont-elles perçues par le médecin qui les reçoit ? Et comment y fait-il face ? Comment y répond-il ? Ont-elles un impact sur le médecin et/ou sa pratique ? Si certaines de ces demandes peuvent être perçues comme injustifiées par le médecin, qu'est-ce qu'une demande injustifiée ?

II. Contexte général et problématique

A. La relation médecin-patient en médecine générale

1. Historique de la relation

- Jusqu'au XVIIIe siècle :

Le courant humaniste et des Lumières a permis le développement d'un fonctionnement où le principe moral de bienfaisance est prioritaire (1). Jusqu'au XVIIIe siècle, la relation médecin - patient est fondée sur le projet hippocratique, la maladie étant vécue comme une crise vitale sur laquelle le médecin doit formuler un pronostic. Le médecin est l'allié du malade dans son combat contre la maladie. Il apporte son secours par son savoir, son dévouement, son sens du dialogue et sa compréhension. L'obligation éthique, soulignée par le serment d'Hippocrate, fonde les conditions de la rencontre d'une confiance et d'une conscience (2).

- Fin du XVIIIe siècle :

La fin du XVIIIe siècle voit la naissance du projet d'une médecine scientifique, avec le souci de l'observation clinique de la maladie mais également avec un désir d'action sur son déroulement grâce aux connaissances scientifiques que fournit la médecine expérimentale. Les médecins définissent dans l'abstrait et décident dans le concret ce qui est une déviance biologique. Le médecin est devenu un expert du vivant capable aussi de transformer le propre du corps du patient, avec un déséquilibre du rapport médecin-patient puisque le médecin détient un savoir scientifique de plus en plus spécialisé qu'il est difficile de faire partager aux patients dont la culture médicale est souvent rudimentaire (2).

- Le XXe siècle :

La relation est ici contractuelle. Il existe alors une définition précise par la loi de cette relation. Fondée sur le plan juridique, depuis un arrêt de la Cour de Cassation du 20 Mai 1936, sur la notion de contrat entre le médecin et son malade. Ainsi, l'article 1-101 du Code Civil définit le contrat comme « une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent vers une ou plusieurs autres à donner, à faire ou ne pas faire quelque chose ». Ainsi, le contrat apparaît comme une convention qui engendre des obligations : la relation médecin - malade est un contrat civil, informel, verbal, tacite, résiliable, contrat de moyens et non de résultats. En fait, bien que bilatéral et créant des obligations réciproques, la non- exécution par le patient de ses obligations (suivi de prescription ...) n'autorise pas le médecin à refuser de remplir les siennes. Comme dans tout contrat, le libre consentement des deux parties est nécessaire (1). Le médecin acquiert une capacité d'expertise scientifique sociale dont l'efficacité s'accroît au fur et à mesure de la biologisation de la médecine tout au long du XXe siècle.

- De nos jours :

La relation médecin- malade a notablement évolué au cours de ces dernières années. Elle est actuellement au centre de toutes les préoccupations. Comme vu précédemment, la révolution des techniques de communication facilite l'accès à l'information médicale, avec le passage « d'un patient passif » au « consommateur de soins », traduisant un bouleversement de la relation (1).

Il existe plusieurs modèles de cette relation :

- Le modèle paternaliste français
- Le modèle consumériste Nord-Américain
- Le nouveau modèle dit intermédiaire

Le modèle français est généralement caractérisé de paternaliste : la communication est essentiellement unilatérale et asymétrique, allant du médecin vers le malade. L'information est descendante, autoritaire, transmise d'une personne supposée détenir le savoir à une personne demandeuse. Le médecin doit fournir l'information légalement requise pour obtenir un consentement éclairé. Ce modèle suppose que le médecin prenne la meilleure décision pour le patient. Il n'y a pas de délibération entre les deux intervenants, le praticien est le seul décideur. La médecine est perçue comme infantilisante. Mais celle-ci évolue, par la pression du patient consommateur de soins, par les associations de familles et d'usagers qui demandent de participer de plus en plus et par la volonté de la communauté médicale.

Dans le modèle consumériste Nord-Américain, médecin et malade interagissent sur un pied d'égalité, la recherche du consentement et le respect absolu des libertés individuelles constituent le fondement de la relation. Le malade est plus considéré comme un client que comme un patient. Dans un pays où les plaintes judiciaires et les plaintes à l'encontre des médecins sont fréquentes, la relation thérapeutique est avant tout une relation de consommation. Le médecin est un prestataire de service, qui adopte plutôt une position défensive face à un patient qui peut se transformer en accusateur. Les médecins informent mais en se protégeant au maximum et toujours avec la crainte des poursuites.

Le nouveau modèle dit intermédiaire est le modèle de la décision partagée. Il est caractérisé par un échange d'informations, un processus de délibération et une décision partagée de traitement. Le modèle est bilatéral : le médecin apporte sa connaissance au patient et celui-ci ses préférences. Puis, lors d'une délibération, les deux protagonistes discutent des différentes options, discussion caractérisée par l'interaction. Médecin et patient s'efforcent de parvenir à un accord. Cela implique deux décideurs et non plus un seul. Le malade devient acteur du système de soins. Il veut être informé aussi bien sur la nature, la cause et la gravité de la maladie que les programmes thérapeutiques, les résultats des tests diagnostiques.

C'est vers ce modèle que la communauté de médecine générale souhaite tendre de nos jours.

De nombreuses institutions réaffirment cette volonté de placer le patient au centre des décisions le concernant, comme le démontre la WONCA en 2002 dans sa définition de la médecine générale en citant les principes de décision partagée, d'autonomisation du patient... (3) ou d'autres instances comme la HAS en France (4), la SFMG qui définit l'approche centrée patient (ACP) dans les compétences du médecin généraliste (5). Cette volonté ne concerne pas uniquement la France, et s'exprime également à l'échelle internationale. Pour exemple, au Canada, le Québec s'est doté d'un programme national de santé publique marqué par cette philosophie (6). Y sont introduits des principes éthiques tels que l'amélioration de la santé et du bien-être des individus en passant par la reconnaissance de la capacité de l'être humain à faire ses propres choix y compris en matière de santé. Un outil d'aide à la décision a également été développé au Canada, le MADEO, le Modèle d'Aide à la Décision par l'équipe d'Ottawa. Il vise à réduire le conflit décisionnel et à optimiser le processus décisionnel ; il s'assure que la décision prise par le patient est informée par le meilleur niveau de preuves scientifiques et en lien avec les valeurs du patient.

C'est donc vers ce modèle de décision partagée que la médecine générale actuelle souhaite s'orienter, dans les prises de décisions, notamment au cabinet du médecin généraliste.

2. La relation médecin-patient de nos jours

La médecine générale moderne s'organise autour de plusieurs concepts théoriques. Le Dr Marie Alice Bousquet a établi une liste de concepts théoriques utilisés en médecine générale dans la pratique courante, au nombre de soixante-six, regroupés en grands chapitres. Parmi ceux-ci, figurent l'approche centrée sur le patient (ACP) (7), l'evidence based medicine (EBM) (8) et la décision médicale partagée (DMP) (9). Ces concepts sont complémentaires dans la prise en charge globale du patient, dans le but d'optimiser les résultats de la démarche de soins.

a) Définition de la médecine générale

La WONCA a établi en 2002 un texte, véritable déclaration consensuelle, définissant la discipline de médecine générale (MG)-médecine de famille (MF). Y sont également définies, les tâches professionnelles et compétences essentielles à la pratique de la médecine générale.

Les caractéristiques centrales définissant la MG- MF :

- Premier contact avec le système de soins, accessible à tous ;
- Coordination des soins et des ressources du système de santé ;
- Approche centrée sur le patient ;
- Consultation personnalisée, illustrée par la relation médecin-patient ;
- Soins continus ;
- Démarche décisionnelle déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires ;
- Pathologies aiguës et chroniques ;
- Intervention à un stade précoce et indifférencié des pathologies ;
- Promotion et éducation pour la santé ;
- Action spécifique en santé publique ;
- Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle (3).

Ces caractéristiques ont été actualisées en 2011 avec ajout de :

- Responsabilisation et autonomisation du patient (10).

Les six compétences fondamentales à l'exercice de la MG :

- Gestion des soins de santé primaires ;
- Soins centrés sur la personne ;
- Aptitude spécifique à la résolution de problèmes ;
- Approche globale ;
- Orientation communautaire ;
- Adoption d'un modèle holistique (3).

Parmi toutes ces caractéristiques, il sera souligné particulièrement, la consultation centrée autour de la relation médecin-patient, l'approche centrée patient, la démarche décisionnelle déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies, la prise en charge des dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. Nous retiendrons dans les compétences, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale et l'adoption d'un modèle holistique.

Les caractéristiques et compétences citées, sont soulignées car elles font partie de la relation médecin-patient et plus encore car elles concourent à une relation médecin-malade de qualité.

Tous ces principes montrent l'évolution de la relation médecin-patient et de la prise de décision médicale, en s'éloignant d'un modèle « biomédical » pur, pour se recentrer autour du

patient, ses souhaits, sa vision de la maladie et des soins ; où le médecin ne décide plus seul de ce qui est bon pour le patient compte tenu de sa pathologie, mais où médecin et patient discutent pour obtenir un accord sur ce qui convient de faire dans le cadre de sa pathologie et adapté à lui.

b) L'approche centrée patient

Ce concept voit le jour dans les années cinquante, grâce à Carl Rogers, psychologue américain, qui est le premier à utiliser le terme « d'approche centrée sur la personne » en 1969. Pour lui, la relation d'aide nécessite « une attitude psychique d'ouverture et de réceptivité » (11). Ce principe est repris par Michael Balint, psychiatre anglais. Pour lui, il s'agit d'une nécessité de « diagnostic global tenant compte des symptômes, de la personnalité et de l'environnement du patient » (12).

Ce concept est généralisé à la médecine générale-médecine de famille par une équipe canadienne, menée par Joseph Levenstein. La médecine générale se décentre peu à peu du biomédical, pour l'intégrer au sein d'un ensemble, le patient, avec ses spécificités propres : son ressenti, sa personnalité, son environnement, sa vision des soins... (13).

Dans les années 2000, l'approche centrée patient est officiellement incorporée dans les principes de la médecine générale par la WONCA (3) et la SFMG (5). Cette approche centrée patient s'inscrit dans les compétences à acquérir pour être médecin généraliste. En effet, le CNGE a rédigé en 2009, un référentiel des compétences à acquérir pour être médecin généraliste.

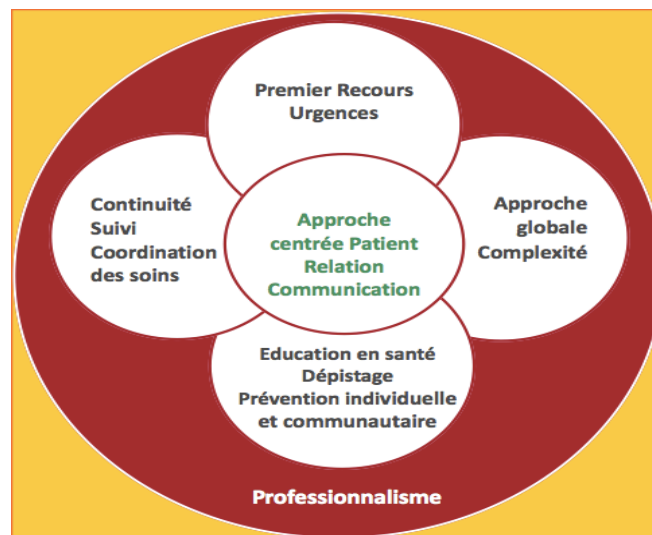


Figure 1- Marguerite des compétences, CNGE, 2009

Ce concept d'approche centrée patient, est défini par le CNGE comme la « capacité à construire une relation avec le patient dans son contexte environnemental en utilisant des habiletés communicationnelles de manière éthique et dans l'intérêt du patient » (14). Pour la HAS, il s'agit d'une « démarche s'appuyant sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluri-professionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps » (4).

c) *La décision médicale partagée*

Ce concept se développe depuis les années 1990, en France et dans les pays Anglo-saxons. Il a été initialement décrit par le Docteur Charles Cathy, sociologue spécialisée dans les sciences médicales :

- Implication d'au moins deux personnes (patient et médecin) ;
- Partage mutuel de l'information entre les deux acteurs ;
- Participation du médecin et du patient au processus de décision ;
- Prise de décision commune avec consensus sur l'option choisie.

Il distingue ce modèle de relation, du modèle paternaliste (médecin décideur) et du modèle informatif (patient décideur) (15).

En 2013, la HAS a réalisé un état des lieux relatif à la décision médicale partagée et en donne une définition : « processus au cours duquel, lorsqu'une décision relative à la santé d'un patient doit être prise, praticien(s) et patient partagent une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique, et où le patient reçoit le soutien nécessaire pour exprimer ses préférences et envisager les différentes options possibles relatives aux soins, afin de choisir d'un commun accord entre elles de manière éclairée ». « C'est un modèle de décision médicale en deux étapes clés que sont l'échange de l'information et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord » (16).

Pour la SFMG, la démarche décisionnelle en médecine générale passe par la dénomination de la situation clinique par le praticien, avec l'évaluation des diagnostics potentiellement graves à éliminer rapidement, tout en tenant compte des éléments environnementaux, pour négocier les décisions. A partir des données biomédicales, des caractéristiques du patient, celles du médecin et des éléments conjoncturels, les décisions proposées par le médecin vont faire l'objet d'une négociation. Dans un premier temps, le médecin évalue ce qui est « souhaitable » selon la situation clinique, puis cela va évoluer vers l'évaluation de ce qui est « possible » selon les caractéristiques du patient, du médecin et la conjoncture. Le médecin explique donc ce qui est « souhaitable », le patient lui ce qui lui semble « possible ». Il y a donc négociation entre le « souhaitable » et le « possible » pour obtenir un « acceptable » commun.

La DMP est à l'intersection de l'EBM et des compétences en communication centrée sur le patient, approches essentielles pour des soins de qualité. Quatre enjeux de la DMP ont été identifiés dans la littérature : participation du patient aux décisions qui le concernent, la réduction du recours inapproprié aux soins, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, réduction des inégalités sociales de santé (17).

Pour Hoffman, EBM et DMP sont des concepts qui contribuent tous deux à des soins de santé de qualité, et sont en ce sens, interdépendants et constituent le noyau de la consultation médicale (18).

Ce concept de la pratique de la médecine générale, possède un cadre juridique, par la loi du 4 Mars 2002 qui établit que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » (19).

d) *L'evidence based medicine*

L'EBM ou médecine fondée sur les preuves (ou encore médecine factuelle) a été développée à l'Université de médecine de Mc Master (Ontario, Canada) au début des années 1980, en réponse à l'accroissement constant des publications scientifiques qu'il fallait assimiler et intégrer à la pratique (20). Ce fut d'abord une nouvelle méthode d'enseignement, puis dans les années 1990, l'EBM est devenue une méthodologie pour les praticiens (21). Ce concept est né d'une nécessité d'évaluation rigoureuse des pratiques cliniques (22).

L'EBM est un paradigme qui combine les preuves (les données de la recherche), la connaissance du médecin (l'expérience clinique) et le choix du patient (ses préférences).

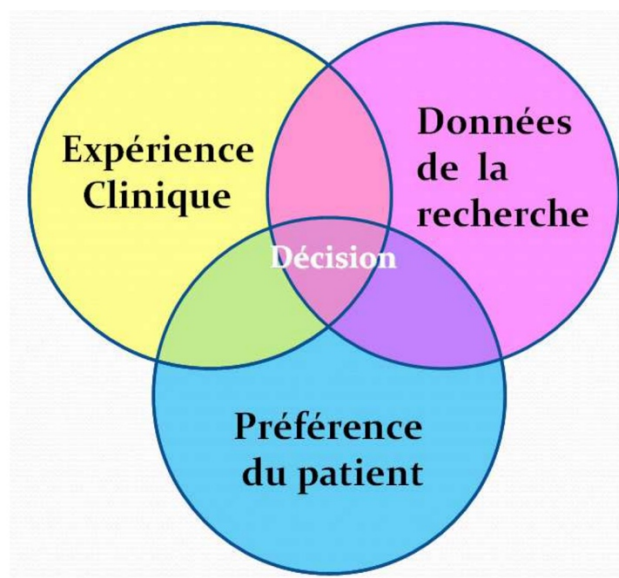


Figure 2 – Schéma représentatif de la prise de décision dans le cadre de l'EBM

L'une des limites de ce concept d'EBM est que dans de nombreux cas, les preuves sont absentes ; une autre limite est la difficulté d'appliquer à un patient précis les conclusions d'une étude générale (23). Il existe donc de nombreuses zones d'incertitude, dites zones grises. C'est un modèle qui suscite également chez certains médecins, des craintes, comme l'appauvrissement de la pratique clinique en faveur de stratégies diagnostiques et d'algorithmes décisionnels peu souples, la crainte d'une dérive normative avec le risque de non prise en compte des réalités du contexte d'exercice et également du contexte particulier et des préférences du patient (même s'ils doivent être intégrés dans l'étape d'application des informations retrouvées, conformément au concept d'EBM) (23). Pour beaucoup de médecins, l'EBM se résume à la recherche dans la littérature des données les plus actuelles de la science concernant une pathologie donnée, l'EBM est ainsi assimilé à une démarche biomédicale pure ce qui n'est pas le cas dans sa définition.

Le but de l'EBM est d'intégrer les meilleures preuves de la littérature au jugement clinique du praticien et aux préférences et désirs du patient. Le but est donc une meilleure prise en charge des patients, but poursuivi par le médecin.

e) Synthèse

La relation médecin-patient est une relation singulière, véritable rencontre soignante. Celle-ci a évolué au cours du temps, d'un système paternaliste et biomédical, dominé par les préoccupations centrées sur la maladie et relayant le patient au second plan ; vers un modèle bio-psycho-social, qui replace le patient au centre des soins et des choix concernant sa santé, en développant son autonomisation et sa responsabilisation. Il existe une réelle volonté de nos jours, de faire évoluer le modèle de relation vers un modèle centré autour du patient, comme le prouve le texte de la WONCA, qui définit l'ACP, l'EBM et la DMP, comme des caractéristiques de la médecine générale et des compétences nécessaires à l'exercice de celle-ci. Cette évolution est également inscrite dans la loi du 4 Mars 2002 et possède donc un cadre légal.

B. La demande injustifiée

1. Définition

Il n'existe pas dans la littérature de définition unique, consensuelle, de ce que représente une demande injustifiée. Certains ont essayé de la définir pour les besoins de leurs travaux.

Ainsi le Dr Levasseur la définissait comme « *tout ce qui dans la relation patient - médecin déroge au cadre strictement professionnel* » (24)

Le Dr Lotfi a mis en avant dans sa thèse, cette difficulté à définir cette notion, dans la mesure où elle fait appel au jugement personnel de chaque médecin, basé sur des valeurs variées, allant de l'autorité légale aux propres convictions intimes ; de plus, parfois, le jugement professionnel peut être altéré par certains facteurs, pouvant pousser le médecin à agir contre son gré. Mais elle ne donne pas de définition. (25)

Les Docteurs Gerbaud et Julien ont défini pour leur thèse une demande injustifiée comme « *une demande de prescription non conforme aux recommandations médicales en vigueur et/ou qui ne correspond pas à la manière du médecin généraliste de pratiquer la médecine* » (26).

On voit bien qu'il est difficile de définir précisément ce qu'est une demande injustifiée, celle-ci étant propre à chaque médecin, à chaque relation médecin-patient.

2. Quel est l'enjeu de ces demandes ?

Le premier enjeu peut être de nature économique. A l'heure où la maîtrise des dépenses de santé représente un enjeu important, en 2017, la consommation de soins et biens médicaux était évaluée à 199,3 milliards d'euros dont 8,9 milliards pour la consommation de soins de médecins généralistes de ville, 4,5 milliards d'analyses et prélèvements de laboratoires et 32,6 milliards d'euros de médicaments en ville (27).

Il existe également un enjeu pour le médecin, pour son bien-être, pour qu'il soit en accord avec lui-même et ses convictions, sur sa manière de pratiquer la médecine. Faire face à ces demandes non justifiées et pouvoir y répondre oui ou non lorsqu'il s'agit de notre décision, permet d'être en accord avec soi-même, d'avoir un bien être professionnel et de pouvoir pratiquer sereinement. Éviter les facteurs de stress, pratiquer sereinement, pour préserver une qualité de vie personnelle et professionnelle satisfaisantes, sont importants à l'heure où plus d'un généraliste sur dix déclare être en détresse psychologique.

Il existe également un enjeu pour les patients. Dire non lorsque les demandes sont injustifiées pour éviter des examens inutiles, pouvant être source d'effets secondaires, de faux positifs, d'incidentalomes avec une cascade de conséquences en découlant (retentissement

psychologique, examens supplémentaires, certains invasifs avec des effets secondaires, des complications...). C'est dans ce contexte qu'une remise en cause des dépistages organisés a émergé au sein de la communauté médicale. C'est là qu'est né le concept de prévention quaternaire (28).

Mais il peut exister d'autres intérêts, pour le médecin, pour le patient, pour la relation médecin- patient, que nous allons rechercher dans ce travail.

C. Naissance de la question de recherche

1. Situation et vécu

Sur un plan personnel, j'ai été confrontée à des demandes qui me paraissaient injustifiées. Si certaines sont faciles à refuser, en s'appuyant sur le cadre légal ou sur des contre-indications médicales, certaines donnent lieu à de vraies négociations, négociation prenant tout le temps de la consultation voir même plus, éprouvante sur le plan émotionnel, stressante car on se trouve dans l'argumentation permanente, la justification, la tension également.

Une situation m'a particulièrement marqué. J'avais reçu à plusieurs reprises une jeune femme, sans aucun antécédent ni traitement, pour des diarrhées chroniques, bien qu'avec des périodes d'amélioration, avec des douleurs abdominales, évoluant depuis sept mois. Elle avait bénéficié de bilans biologiques, coprocultures et parasitologie des selles, échographie abdominale, consultation spécialisée chez le Gastro-entérologue avec fibroscopie et coloscopie avec biopsies multiples pour écarter une MICI... Je la voyais à la fin de tous ces examens pour lui donner les résultats des biopsies, normales. Elle était surprise de ce résultat, ne l'acceptait pas, et réclamait une imagerie supplémentaire car elle était toujours symptomatique. J'avais pris soin d'en discuter avec mes confrères du cabinet qui la connaissent bien également et le spécialiste : elle semblait plus en détresse psychologique en lien avec son activité professionnelle de commerciale avec une expression somatique. Ma première réaction avait été de lui refuser l'imagerie, m'appuyant sur la liste des examens réalisés, surtout les biopsies et leur normalité. Mais elle ne voulait pas en rester là, elle avait besoin d'une solution à son problème qui l'invalidait. Quand j'abordais doucement la question de son bien-être moral et professionnel, elle s'opposait, expliquant qu'on lui en a déjà parlé mais que ce n'était pas ça, qu'il devait vraiment se passer quelque chose dans son corps puisqu'elle avait ces symptômes. Je reprenais une autre fois les résultats pour m'appuyer dessus mais elle ne changeait pas de point de vue, elle voulait un examen d'imagerie. Je lui expliquais que pour moi, il n'y avait pas d'autre examen qui pourrait avoir une utilité après les endoscopies avec biopsies, mais elle continuait sur son point de vue, ses douleurs et ses diarrhées... Voyant l'impasse de la situation, j'avais pris une solution intermédiaire, je lui avais proposé un scanner abdominal, et je lui avais expliqué qu'on se reverrait avec le résultat et que, s'il était normal, il n'y aurait pas d'autres examens puisqu'on avait vraiment tout fait et qu'alors il faudrait qu'on discute de son moral, qu'on s'occupera de cette sphère-là pour voir si cela n'améliorerait pas la situation. J'étais très partagée après cet entretien: à la fois soulagée d'avoir trouvé une solution et de pouvoir avancer avec cette patiente afin de la soulager (soit au niveau digestif si le scanner trouve quelque chose soit au niveau psychologique), soulagée que cela la satisfasse, soulagée que cela ne se termine pas en de mauvais terme ce que je redoutais au début de la consultation vue la tournure de celle-ci, soulagée également que cela se termine car ce fut une consultation difficile à tout point de vue. Difficile car j'étais sous tension, je devais argumenter sans cesse, j'essayais de maintenir ma position et mon avis tout en essayant de tenir compte de l'avis de ma patiente. Mais je m'interrogeais sur le bien-fondé de ma prescription, car je n'en attendais pas un résultat anormal, donc pourquoi l'avoir prescrit ? La négociation avec la patiente m'a fait passer d'une position de refus que je pensais être la bonne, à l'acceptation de sa demande, à laquelle je n'étais

plus fermement opposée, voire à laquelle je trouvais maintenant un intérêt pour aborder la suite, sans altérer la relation médecin-patient.

C'est suite à cette consultation que je me suis interrogée sur ces demandes injustifiées et comment les médecins y faisaient face. Les interactions, échanges avec les patients, la relation médecin-patient en somme, dans tout ce qu'elle représente en médecine générale, est riche de difficultés, de questionnements et d'apprentissages, raison pour laquelle j'ai décidé d'en étudier une partie.

2. Bibliographie

Le Dr Jouve, pour son travail de thèse soutenue en Décembre 2017, s'est intéressée aux demandes jugées abusives par les patients. Elle étudiait le refus opposé à la demande du patient, en s'intéressant aux représentations des demandes abusives, aux déterminants et stratégies de gestion de ces demandes. Elle interrogeait également les médecins sur leur ressenti et l'évolution de la relation médecin patient (29).

Les Docteurs Gerbaud et Julien ont fait leur travail de thèse sur les déterminants de consultation amenant le médecin généraliste à céder à des demandes de prescription injustifiées et les stratégies de refus. Ce travail s'intéressait aux difficultés du refus, incitant le médecin à céder. La subjectivité prenait une part importante dans la décision finale. Peu de demandes étaient réellement injustifiées si le médecin prenait le temps de se pencher sur le motif réel de la démarche du patient. Des sentiments d'échec et de culpabilité étaient présents parmi les médecins interrogés (26).

Le Dr Lotfi pour sa thèse a étudié un aspect de la relation médecin-patient, les refus opposés aux demandes jugées abusives des patients, en s'intéressant au vécu des médecins installés et des remplaçants. Son travail a permis de révéler les différents types de demandes et les difficultés du refus, ainsi que ses conséquences. Le ressenti avait été exploré succinctement (25).

Le Dr Meda s'est intéressé aux affects du médecin face à une demande injustifiée, à leur ressenti. Elle étudiait l'impact au niveau personnel et professionnel sur le médecin, mais également l'impact sur la relation médecin-patient. Cette thèse recherchait également des solutions aux difficultés rencontrées (30).

Notre thèse mélange des éléments du Dr Meda en s'intéressant au ressenti des médecins lorsqu'ils accueillent la demande, y répondent et au décours. Elle rejoint également la thèse du Dr Jouve en s'intéressant aux stratégies de réponses. Mais notre travail ne s'intéresse pas seulement aux refus, mais à toutes les issues possibles de ces demandes. Nous traitons également des demandes injustifiées et pas des demandes abusives, les demandes abusives n'étant qu'une partie des demandes injustifiées. Nous souhaitons également avoir la vision et la définition des médecins de ce qu'est « une demande injustifiée » puisqu'il n'y a pas de définition précise dans la littérature.

Cela démontre l'intérêt des jeunes générations de médecins généralistes pour cette thématique des demandes injustifiées.

3. Problématique

Lorsque le médecin est confronté à ces demandes qu'il juge inappropriées, il ne peut pas seulement répondre selon des données scientifiques, légales... à sa disposition. En effet la relation médecin-patient est une relation particulière, où chaque décision s'inscrit dans l'EBM mais pas uniquement. Elle tient compte également de l'approche centrée sur le patient, fondamentale et à ne pas négliger. Pour chaque décision qu'il doit prendre, le médecin doit tenir compte des données médicales, scientifiques et légales à sa disposition, mais également du patient et de son contexte, son état d'esprit, ses souhaits, ses représentations, les conséquences pour ce patient... Chaque décision en devient quasiment unique et adaptée à chaque patient.

Le médecin détient un savoir et des compétences qu'il mobilise pour répondre aux demandes des patients. Mais le médecin est également un être humain, avec ses représentations, ses affects, ses limites et sa vision de l'exercice de la médecine. Il doit également composer avec, dans son évaluation de la situation et dans les décisions qu'il peut prendre.

4. Question de recherche et objectifs

La question de recherche posée était : Quels sont les procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face à une demande qui paraît injustifiée ?

Les procédés comprennent à la fois la façon dont le médecin analyse la demande et les outils qu'il utilise pour analyser cette demande puis y répondre.

L'objectif principal était de définir les procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face aux demandes injustifiées de leurs patients.

Les objectifs secondaires étaient :

- Définir, selon le point de vue des médecins généralistes, ce qu'est une demande injustifiée ;
- Étudier si le processus de négociation modifie l'avis du médecin au sujet de la demande ;
- Mettre en évidence les issues possibles à la demande injustifiée ;
- Évaluer les affects mis en jeu et les impacts de ces demandes injustifiées ;
- Évaluer si ce procédé de négociation peut entrer dans le champ de l'épuisement professionnel.

III. Matériel et méthode

A. Recherche bibliographique

Les termes utilisés dans la recherche sont : « demandes injustifiées », « demandes non fondées », « demandes abusives », « demandes non conformes ».

La recherche bibliographique a été réalisée à partir de plusieurs sources : Pub Med, Cismef, Prescrire, Google Scholar, Elsevier Masson Consulte, Cochrane et Babord +.

B. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative analysant des données verbales recueillies lors d'entretiens semi-dirigés.

1. La définition de la recherche qualitative

C'est la recherche qui produit et analyse des données descriptives telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observatoire des personnes (Taylor et Bogdan, 1984). Elle renvoie à une méthode de recherche intéressée par le sens et l'observation d'un phénomène social en milieu naturel (31). Les méthodes de recherche qualitative visent à comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains aspects de phénomènes sociaux tels que la santé et la maladie. La recherche qualitative englobe toutes les formes de recherche sur le terrain de nature non numérique, tels que les mots et les récits. Elle étudie les gens dans leur milieu naturel plutôt que dans des situations artificielles ou expérimentales (32). La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement. Cette approche est utilisée depuis quelques années dans la recherche en Médecine Générale. Les applications en sont très concrètes, plus particulièrement pour les aspects relationnels des soins. La démarche fait référence aux modèles culturels et à la culture vécue. La recherche qualitative ne cherche pas à mesurer ou à quantifier, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative (33).

2. Le but de la recherche qualitative

Le but est de connaître les facteurs conditionnant un certain aspect du comportement de l'acteur social mis au contact d'une réalité (31). Le but s'inscrit dans la « description grossière » et la compréhension ancrée dans le terrain et en profondeur de l'objet de l'enquête. Les avantages d'une collecte de données qualitatives bien menée résident dans la richesse des données collectées et la compréhension plus en profondeur du problème étudié. La recherche qualitative vise non seulement à décrire, mais aussi à aider à obtenir des explications plus significatives sur un phénomène (32). Elle permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? » ; elle permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et « la science dure ». Particulièrement adaptée à la recherche en Médecine Générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (33).

3. Synthèse

Le choix de la méthode qualitative nous permet donc « d'étudier les facteurs conditionnant un certain aspect du comportement de l'acteur social mis au contact d'une réalité ». L'acteur est ici le médecin généraliste installé et il s'agit d'étudier les procédés mis en jeu par le médecin, dans une réalité qu'est la demande injustifiée faite par un patient : Comment le médecin définit-il une demande injustifiée ? Comment la reçoit-il et comment l'analyse-t-il ? Comment y répond-il ? Comment se déroule cette consultation particulière ? A-t-elle un impact sur le médecin, sa pratique ?

C. Population étudiée

La définition de la population étudiée est contenue dans l'objet de ce travail. Il s'agit de médecins généralistes libéraux. Les médecins généralistes ont été recrutés via le moteur de recherche « les pages jaunes ». Pour des raisons de commodité en rapport avec le lieu de domicile de la thésarde, les médecins généralistes ont été recrutés dans le département du lieu de domicile de la thésarde et le département limitrophe : Pyrénées Atlantiques et Landes.

Lors de la constitution de l'échantillon, le critère de diversification est important, c'est-à-dire de diversifier les cas de manière à inclure la plus grande variété possible. Il existe une diversification externe ou contraste, dont la finalité théorique est de donner un portrait global d'une question ou de contraster un large éventail de cas variés. Il existe également la diversification interne qui permet une étude en profondeur d'un groupe restreint plutôt que d'une vision globale d'un groupe hétérogène.

Ici, le contrôle de la diversité externe se faisant par le choix même de l'objet, les médecins généralistes installés ; c'est le principe de diversification interne qui s'applique en considérant des variables générales (sexe, âge ...) et des variables particulières (lieu d'exercice, années d'installation, maître de stage ou non) (34). Il s'agit d'un échantillonnage raisonné. Les médecins étaient donc recrutés au fil des « pages jaunes », en tenant compte du lieu d'exercice (urbain et rural), du sexe, du type d'installation... afin d'obtenir une plus grande variété de médecins recrutés et d'obtenir différents points de vue.

Les critères de sélection sont :

- Le sexe, dans un objectif de parité respectée ;
- Le mode d'exercice : urbain et rural ;
- L'installation du médecin : seul et en collaboration ;
- Dans le pôle urbain ont été sélectionnés des médecins exerçant dans différents types de quartiers
- Le fait d'être MSU (Maître de stage des universités) ou non

Les critères d'exclusion :

- Si les médecins exerçaient en association, un seul médecin du groupe était interviewé.

D. Grille des entretiens semi-dirigés

La grille a été élaborée par la thésarde et le directeur de ce travail. Elle s'est inspirée de situations vécues par les deux médecins.

L'objectif était de recueillir des données concernant les procédés mis en place par les médecins pour faire face aux demandes injustifiées de leur patient.

Cela comprenait donc :

- La définition du médecin de ce qu'est pour lui une demande injustifiée.
- Puis l'exploration d'une situation vécue :
 - ➔ Le déroulé de la consultation : le patient et sa présentation, l'intervention ou non d'un tiers, les échanges et l'issue de la consultation ;
 - ➔ Comment le médecin analyse la demande : son avis initial et son ressenti sur la demande, sa connaissance du patient et l'influence que cela peut avoir, puis son ressenti pendant et après la consultation, ses difficultés ;
 - ➔ Les aides et outils pour y répondre : la stratégie de réponse du médecin.
- Puis l'exploration de la réalité du médecin face aux demandes : fréquence du problème, intérêt, tolérance du médecin, impact sur lui ou sa façon de pratiquer.

Un entretien exploratoire a été réalisé auprès d'un professeur de médecine associé de la faculté de médecine de Bordeaux afin de tester la grille d'entretien, la compréhension des questions. Cela a permis de recueillir les critiques et de faire évoluer cette grille.

La grille a évolué au fil des entretiens. En effet, il s'est avéré que le fait de connaître ou pas le patient avait toute son importance, dans la stratégie utilisée et la réponse faite. Il a donc été demandé aux médecins, à partir du huitième entretien, d'évoquer et analyser une situation avec un patient connu et un patient inconnu.

E. Déroulé de l'enquête

1. Le recrutement et le déroulement de l'entretien

Les médecins ont été contactés par téléphone par la thésarde, afin de présenter le projet de thèse et de prendre rendez-vous.

Les conditions de l'entretien étaient donc annoncées par avance :

- Une durée moyenne de vingt minutes ;
- Le lieu, situé au cabinet du médecin généraliste interviewé pour ne pas lui imposer de déplacement ;
- Le sujet de la thèse traitant des demandes injustifiées pouvant être faites au médecin par ses patients, il leur a été demandé de relater une demande faite en consultation afin de discuter autour de ce cas. Les médecins étaient prévenus pour ne pas qu'ils soient pris au dépourvu et qu'ils n'aient pas de situation venant spontanément à leur mémoire ;
- Les participants étaient prévenus lors du contact téléphonique que l'entretien serait enregistré, afin d'être retranscrit sur informatique de manière anonyme, puis analysé, et enfin détruit après la thèse. Cet élément a été annoncé à nouveau en début d'entretien.

2. Le recueil de données : les entretiens semi – dirigés

Le recueil des données s'est fait par des entretiens semi-dirigés, ceux-ci étaient ici le dispositif exclusif de recueil de données, le principal mode de recueil (35).

Les entretiens se déroulaient sur un mode semi- dirigé, enregistrés par un enregistreur audio. Tous les entretiens ont eu lieu au cabinet médical des participants.

Ce mode d'entretien a été choisi car l'entretien individuel permet de garantir une plus grande spontanéité et liberté dans la réponse. Le mode semi- dirigé permet une liberté de parole tout en maintenant un cadre relativement strict (35), en abordant des thèmes prédéfinis dans le guide d'entretien, comme importants à aborder.

La thésarde a tenté, du mieux possible, d'accorder une écoute active à l'interviewé, en mettant en œuvre le plus possible, les principes de congruence, d'attention positive, d'attitude non-directive et d'empathie. Elle s'est appliquée à adopter une « décentration de soi- même », tout en essayant d'approfondir les réponses par des procédés de relance.

F. Méthode d'analyse des résultats

1. Retranscription du verbatim

Les enregistrements numériques des entretiens semi- dirigés ont servi de base à l'analyse. Chaque entretien a été retranscrit manuellement et en intégralité par la thésarde, dans des fichiers individuels, au format docx. La retranscription a été faite mot à mot et sur la totalité des enregistrements, les hésitations et les traits non verbaux ont également été retranscrits. On obtient alors ce qu'on appelle le verbatim.

Afin de respecter l'anonymat de chaque médecin interrogé, un processus d'anonymisation a été mis en place. Les caractéristiques générales (âge, sexe, type d'exercice, durée d'exercice, maîtrise de stage et durée de celle-ci) ont été renseignées dans un tableau pour chaque médecin. Chaque médecin s'est vu attribuer un code d'anonymisation : M1, M2 ... pour la retranscription de l'entretien et l'enregistrement des caractéristiques générales. L'attribution du code et le médecin auquel il se rapporte ont été placés dans un tableau, dans un dossier à part, ne figurant pas dans la thèse.

2. Analyse du contenu : le codage

Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo.

La première phase consiste en un codage ouvert : il s'agit de la lecture de la retranscription de l'entretien et le codage de fragments de texte, indiquant le thème principal.

La deuxième phase est le codage axial : il s'agit de comparer les codes ouverts entre eux, et de les combiner en un code général, axial. Chaque code ouvert peut appartenir à plusieurs codes axiaux.

La troisième phase est la phase de codage sélectif : on prend les codes axiaux, on construit la théorie en plaçant tous les codes trouvés et en établissant des connexions (36). Il s'agit de la phase d'interprétation où les idées et thèmes sont réorganisés afin de dégager les concepts exposés et les avis exprimés, pour permettre une meilleure lisibilité de l'ensemble.

Le codage a été effectué par triangulation des données : il s'agit du recours à plusieurs points de vue, plusieurs perspectives, pas uniquement ceux de la thésarde, permettant une plus grande validité. Le codage a été effectué par la thésarde et le directeur de thèse.

G. Aspects éthiques et réglementaires

Selon l'article 2 du décret 2017 – 884 du 9 Mai 2017, cette étude qui vise à évaluer les modalités d'exercice des professionnels de santé, les médecins généralistes, et leur ressenti, n'est pas une recherche sur la personne humaine. L'accord d'un CPP n'était donc pas requis. Une déclaration à la CNIL a été réalisée au préalable.

IV. Résultats

A. Caractéristiques sociologiques du corpus

Au total, douze entretiens ont été enregistrés de Février 2018 à Octobre 2018. Ils ont été conduits par la thésarde et se sont déroulés au cabinet de l'interviewé. Tous les entretiens ont été retranscrits.

Lors de la prise de rendez-vous par contact téléphonique, il y a eu quatre refus de participer à l'étude : trois émis par la secrétaire de médecins hommes sans motifs invoqués, et un émis directement par un médecin femme pour un agenda surchargé. Six messages laissés via des secrétariats sont restés sans réponse.

Les trois derniers entretiens ont vu leur grille d'entretien être modifiée car certains thèmes importants n'étaient pas abordés spontanément par les médecins.

Le recueil a été arrêté à douze car la saturation était atteinte. La majorité des occurrences est arrivée à saturation à partir du huitième entretien.

Le corpus principal est composé de :

- Six entretiens menés auprès de médecins généralistes femmes et six entretiens menés auprès de médecins généralistes hommes ;
- L'âge allait de trente ans à soixante – trois ans. L'âge moyen était de 50,5 ans ;
- Sur douze interviewés, cinq exerçaient en milieu urbain et sept en milieu rural ;
- La durée d'installation allait d'un an à trente- six ans. La durée moyenne était de dix-huit ans ;
- Sur douze médecins, dix exerçaient en groupe et deux exerçaient seuls ;
- Sur douze participants, trois étaient maîtres de stage, depuis un à dix ans, la moyenne étant de sept ans ;
- La durée des entretiens allait de huit à trente – huit minutes. La durée moyenne était de vingt minutes.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau suivant :

Médecin	Âge (années)	Sexe	Type d'exercice	Lieu d'exercice	Durée d'exercice (années)	Maître de stage des universités (MSU)	Durée maîtrise de stage (années)
M1	48	M	Groupe	Urbain	13	Non	
M2	50	F	Groupe	Urbain	12	Non	
M3	57	F	Groupe	Rural	28	Non	
M4	55	F	Groupe	Rural	23	Non	
M5	60	M	Seul	Urbain	30	Non	
M6	63	M	Seul	Rural	36	Non	
M7	54	M	Groupe	Urbain	24	Non	
M8	30	F	Groupe	Rural	1,5	Non	
M9	30	M	Groupe	Rural	1	Non	
M10	40	F	Groupe	Urbain	4	Oui	1
M11	61	F	Groupe	Rural	22	Oui	10
M12	57	M	Groupe	Rural	21	Oui	10

B. Analyse du contenu

1. La demande injustifiée

a) Une définition propre à chaque médecin

Comme retrouvé lors de la recherche bibliographique précédant le travail de thèse, la définition de ce qu'est une demande injustifiée est subjective, propre à chaque médecin et varie d'un médecin à l'autre. Ainsi, les médecins interviewés en donnent des définitions variées.

- Selon un cadre réglementaire : deux des participants l'ont définie comme **un écart par rapport à la déontologie médicale** « *Toute demande qui est contraire à l'éthique, la morale et à la déontologie* » (M1) « *les règles déontologiques vis-à-vis des confrères, des spécialistes* »(M3), le même médecin définit cette demande également comme **un écart aux règles de la CPAM** « *les règles de la sécu, puisqu'en tant que médecin installé on est très tributaire d'elles* »(M3) ; le M1 la définit également **par rapport aux règles éthiques**.
- Selon ses convictions personnelles : un des participants définit une demande injustifiée comme ce qui est **contraire à ses convictions personnelles** « *Aussi bien mes convictions, ma façon de travailler* » (M3) « *Une demande qui est en désaccord avec mes convictions. Voilà... Avec ma conception de la médecine, de son exercice* » (M12). La **notion de raisonnable** est évoquée « *Toute demande qui n'a pas lieu d'être. Non... Toute demande... euh... (longue pause, réflexion), qui sort du raisonnable on va dire* » (M1).
- Selon l'exercice de la médecine : pour certains médecins, une demande est injustifiée **lorsqu'il existe une discordance entre la clinique et la demande** « *Quelque chose qui n'est pas médicalement logique ou prouvé, ou hors du raisonnement médical... On va dire...* » (M10). D'autres médecins définissent cette demande par rapport aux **recommandations officielles** « *qui n'est pas en rapport avec la médecine et la pratique... euh comment dire... qui n'est pas justifiée par une justification médicale pure, qui n'est pas écrite dans les bouquins quoi, qui ne fait pas partie des référentiels...* » (M8).
- La notion de manipulation en vue d'un bénéfice pour le patient : à la fois une **manipulation des règles**, un **détournement de la loi** au profit du patient « *Quelque chose qui apporte un bénéfice secondaire à la personne qui la demande, alors sans que ce soit justifié mais... Oui la notion de bénéfice secondaire... Ouais qui est pas justifiée, qui... euh... un abus de la loi, ou de ... un détournement, un abus ou un détournement de ce qui est prévu dans la loi pour avoir un bénéfice secondaire* »(M4) ; aussi bien qu'une **manipulation du médecin** « *C'est des gens qui essaient de nous manipuler quand même aussi un peu* »(M4).
- La notion d'abus : « *Et quelque chose d'abusif dans le sens de... Qui dépasse les droits... enfin ce que nous on peut faire, ou ce que la personne peut... Ouais... Euh...* » (M10).

- Par rapport à l'EBM : « Je dirais que c'est une demande, qui pour moi ne correspond pas du tout à la situation ou à l'état clinique de la patiente. Une discordance en fait, entre la demande et le fameux EBM... Une discordance entre ce qu'elle demande elle et ce que toi tu recoupes de toute la situation, les données, la personne, la science... Et il y a une discordance entre les deux » (M9).
- Une situation difficile à gérer : « Quelque chose de difficile à gérer en consultation » (M7).
- Une définition par l'exemple précis : pour l'un des médecins, la demande injustifiée est **représentée par l'arrêt de travail** pour un motif ne relevant pas d'un arrêt « L'arrêt de travail. L'arrêt de travail pour une rhinopharyngite. C'est la typique demande totalement injustifiée. » (M2).
- Une définition subjective et propre à chaque médecin : « Et après, je pense que c'est aussi, en fonction du vécu, du ressenti... Le ressenti injustifié pour quelqu'un, va pas l'être du tout pour le voisin, pour un autre médecin. C'est personne dépendante aussi. Donc voilà » (M10).
- Difficile à définir : Deux médecins s'accordent sur la **difficulté à définir** ce qu'est une demande injustifiée « C'est compliqué parce que c'est un champ qui est vraiment très large, très vaste » (M1) « Difficile... » (M3).

b) Des ressentis différents concernant la fréquence des demandes

La fréquence ressentie des demandes est très différente selon les médecins.

Plusieurs médecins estiment être **très peu confrontés** à ses demandes jugées injustifiées, voire qu'elles sont très **rare**s :

« Non pas tant que ça. Parce que je borde pas mal mes patients par rapport à ça. » (M1) « Non je ne crois pas » (M2) « Non. Franchement non. J'aurais pas trouvé dix cas » (M3) « Non pas trop. Et encore moi je ne dois pas en avoir beaucoup, par rapport à d'autres » (M4) « Il y en a pas beaucoup en fait » (M5) « Ça part jamais d'un mauvais sentiment... C'est rarissime... Les gros trucs injustifiés... C'est rarissime... » (M6) « Pas si souvent que ça en fait, pas si souvent » (M7). Pour un médecin, les demandes injustifiées seraient un **produit de la CPAM et n'existeraient pas** « Un mythe de la Sécu. C'est la sécu qui a inventé ça » (M6).

Pour d'autres, elles sont au contraire **fréquentes** « J'ai regardé sur Internet et il faut que je fasse ça'. Ça m'agace. Ça c'est assez fréquent et agaçant » (M11).

Le médecin M1 estime que **bien qu'il y soit peu confronté**, ces demandes **reviennent régulièrement** : « C'est un problème auquel on est confronté régulièrement ». L'un des médecins interrogés trouve que les demandes injustifiées sont **régulières mais pas fréquentes** « Fréquemment non quand même. Régulièrement mais pas fréquemment » (M11).

Selon certains médecins, elles **varieraient selon le lieu d'exercice** et seraient **plus fréquentes en milieu urbain que rural** : « Je pense quand même qu'on en a ici très peu. Parce qu'on a une clientèle rurale, respectueuse, travailleurs » (M4), « Mais nous en campagne, on connaît tout le monde, on sait qui est qui, même les gens qu'on ne soigne pas » (M6) « En ville je pense. En ville, ben parce que les médecins ne connaissent pas leurs malades. Donc ils prennent... Dans les cabinets où il y plusieurs médecins, tout le monde partage un peu la

clientèle de tout le monde. En fonction des emplois du temps de chacun et ça tourne un peu comme ça aussi. Donc c'est différent. » (M6).

Certaines demandes seraient également plus fréquentes que d'autres. Ainsi, les demandes d'**IRM** seraient plus fréquentes « *Alors globalement, globalement, le plus de demandes, bon j'ai rien de particulier là... Globalement c'est des IRM qu'on nous demande.* » (M5) ; tout comme les demandes d'**arrêt de travail** « *Là où on se fait quelques fois abuser, je parle des arrêts de travail, parce que c'est le truc le plus...* » (M6). Il s'agit également des demandes de faxe d'**ordonnances sans consultation** « *Mais sinon c'est beaucoup de demandes, comme ils veulent pas trop nous déranger, ils nous demandent de faxer des ordonnances à la pharmacie* » « *Il y a cinq ans, je n'ai pas envoyé un fax dans l'année. Là, il n'y a pas une journée où j'en envoie pas. J'ai les fax de toutes les pharmacies de Saint Jean, de Ciboure... Avant j'avais aucun numéro.* » (M5). Les demandes à l'**initiative de tiers paramédicaux** sont jugées plus fréquentes par plusieurs médecins « *Et on est très confrontés au : Mon ostéo m'a dit que vous deviez me prescrire l'IRM du bassin, mon kiné m'a dit que... Ma sophrologue m'a dit que...* » (M2) « *Donc là, systématiquement les mecs ils reviennent... On sait même pas pourquoi ils ont été les voir... Et donc l'ostéo 'on va peut-être faire une IRM quand même'. 'Mais une IRM de quoi ? De l'épaule ? Mais qu'est-ce que tu as au fait ?'. Ils arrivent donc, et souvent, le kiné-ostéo... Plus les ostéo... Qui eux disent 'Ben non faudrait une IRM'* » (M5). Pour l'un des médecins, la demande qu'elle reçoit le plus est celle de **certificat d'aptitude sportive sans examen** « *Oh ben oui, ça peut être des certificats par exemple, des certificats médicaux, de l'aptitude sportive de gens qu'on connaît pas et qui croient qu'on va les faire comme ça, sans les voir... Je crois que c'est la plus fréquente celle-là.* » (M11). Pour un autre, il s'agit des **demandes de prescription de transport dans le cadre d'une ALD** « *Oui, notamment les bons de transport pour des consultations qui ne sont pas du tout en rapport avec la pathologie à 100%, ça c'est très fréquent.* » (M8).

Concernant la **dynamique de ces demandes injustifiées**, les avis des médecins sont **discordants**. Certains les estiment en hausse « *Alors plus souvent qu'avant. Plus souvent qu'il y a vingt ans ça c'est sûr* » (M4) « *De plus en plus* » (M5) ; alors que d'autres, comme le médecin M7, au contraire, estiment que ces demandes se font de moins en moins fréquentes.

c) *L'intérêt potentiel de ces demandes injustifiées*

- L'expression d'une inquiétude : plusieurs médecins s'accordent sur le fait que les demandes injustifiées peuvent **révéler une angoisse concernant sa santé**, que le patient peut exprimer sous la forme d'une demande (d'examen complémentaire, de biologie, d'avis spécialisé...) qui paraît alors injustifiée ; mais dont le seul **but est de se rassurer** quant à son état de santé. « *Je suis relativement tolérant parce que j'essaie toujours un peu de comprendre ce qu'il y a derrière.* » (M1) « *Et en fait, son motif c'était 'il y a pleins de cancers dans ma famille donc je voudrais savoir si j'ai un cancer et donc je voudrais un scanner du corps entier'. Voila.* » (M3) « *C'est des gens inquiets qui ont lu sur Internet...* » « *Après il y a les inquiets qui veulent une IRM d'emblée, l'écho abdo du gamin qui a mal au ventre... ça aussi...* » (M4) « *Mais par contre, s'il est inquiet de quelque chose on peut faire autre chose du coup, d'un peu plus...* » « *C'est ce que je viens de dire, souvent ils angoissent... Derrière la demande injustifiée, il y a souvent une angoisse. Donc c'est à nous de décrypter l'angoisse qu'ils ont derrière le but de la demande* » (M6). Ces demandes pour réassurances sont **jugées fréquentes** par le médecin M6 et c'est le **rôle du médecin de rechercher la demande cachée** derrière la demande injustifiée.

- Porte d'entrée dans une pathologie : les demandes injustifiées peuvent permettre au médecin de **diagnostiquer une pathologie** ; le médecin M5 prend pour exemple les patients consultant pour asthénie avec demande de biologie, qui est alors injustifiée pour le médecin, l'état de santé du patient n'étant pas inquiétant et ne relevant pas d'un examen sanguin ; mais la consultation permet de mettre en évidence un syndrome anxio-dépressif. « *Fatigué, donc en fait c'est souvent de la déprime. Archi fréquent. Voilà et puis quand on leur dit 'mais vous êtes un peu déprimé non ?' 'Ah ben non' 'Si' 'Oui vous avez raison, je vais plus voir mes amis, je réponds plus au téléphone...'. Le cas avant-hier, je lui ai dit 'Bon tu fais ton bilan mais tu auras droit à ton Seroplex dans quatre ou cinq jours'.* » (M5).
- Apprendre à mieux connaître son patient : « *Oui parce que ça permet toujours de mieux comprendre et de mieux connaître son patient* » (M1).
- Retour sur sa pratique et remise en question : faire face aux demandes injustifiées, peut permettre au médecin de se questionner, voire de se remettre en question, concernant sa pratique, ses choix, ce qu'il est prêt à faire ou non ... « *Ça permet aussi, à nous, de nous poser des questions sur les limites, sur le cadre qu'on s'impose et sur la vision qu'on a de la relation avec les patients et de ce qu'on est prêt à accepter ou pas.* » (M1).
- Un exercice pour le médecin : pour l'un des médecins, il s'agit d'un **bon exercice** dans l'expérience de confrontation « *Et je trouvais... Que ça a été un très bon exercice pour moi. Franchement ça a été un très bon exercice.* » (M9).
- Un intérêt pédagogique : certains médecins trouvent un **intérêt pédagogique** lors de ces demandes et plus précisément dans le refus. Cela peut permettre au médecin d'**éduquer le patient** concernant une pathologie, un mode de vie « *justement, là je m'étais dit que si je la revoyais, je lui aurais expliqué gentiment que nos enfants ils doivent s'adapter, et que si sa fille n'aime pas et ne mange pas, et ben tant pis, puisqu'on lui a proposé quelque chose et qu'elle l'a refusé, parce qu'elle trouve que ce n'est pas bon. Ce n'est pas justifiable d'un PAI...* » (M2). Cela peut permettre également d'**éviter la récurrence de la demande** « *De façon à ce qu'ils ne recommencent pas la prochaine fois. Parce que ben, si on leur explique pas, six mois après ils reviennent pour redemander le même truc donc bon* » (M5). Cela permet au médecin d'**expliquer le fonctionnement qu'il souhaite et les limites** « *Comme ça il a compris, il revient pas en disant « Je veux ça ». Non, « j'ai ça, je sens ça » et après on se débrouille* » (M5), « *Pour en parler et dire « Non, moi je vous explique comment ça fonctionne, et là c'est pas ce que vous pensez... » Voilà. Peut-être que ça peut avoir cet intérêt là...* » (M10). Par opposition, le médecin M4 **ne croit pas en l'éducation du patient** à travers ces demandes « *Éduquer le patient j'y crois pas moi...* » (M4).
- L'intérêt direct pour le patient : il s'agit du **bénéfice direct** pour le patient lorsque le médecin accède à sa requête, sans que celle-ci soit justifiée. **Il obtient ce qu'il veut**. Pour exemple, l'arrêt de travail pour convenance personnelle. « *Ben l'intérêt pour le patient, oui* » (M4), « *Le patient il a tout intérêt à demander, s'il demande pas il aura rien quoi.* » (M11)

- Une aide pour le médecin : le médecin M3 voit certaines demandes comme **une aide dans sa consultation**, en termes d'hypothèses diagnostiques auxquelles il n'aurait pas pensé ou d'examens à visée diagnostique qu'il n'aurait peut-être pas envisagés... « *Oui des fois ça peut... Parce que eux ressentent quelque chose donc ça peut nous faire dire 'ah oui mais j'ai pas pensé...' » « Oui, le médecin est humain et on peut ne pas penser à tout » (M3).*
- Aucun : certains médecins n'y voient **aucun intérêt**, et qualifient ces demandent de « **perte de temps** » « *Non... Non je ne pense pas. Non je ne pense pas que ça ait un intérêt. Je pense aux demandes d'arrêt de travail qui peuvent être injustifiées... ça aussi c'est compliqué à gérer des fois. Mais un intérêt non. » (M11), « C'est pourri. Pour moi c'est nul, c'est de la perte de temps, c'est pas de la médecine. » (M2), « Mais voilà, c'est vrai qu'au premier abord, on s'en passerait ! On dit « ça me fait perdre du temps, ça m'énerve » » (M10).*

d) Une situation génératrice de difficultés pour le médecin

1. Par rapport au contexte

La gestion du temps : Le temps de consultation est court. Si le médecin dépasse le temps qu'il s'est fixé par consultation, il prend alors du retard, retard pour les patients qui attendent, retard pour lui le soir et il quitte alors plus tard le cabinet. Cela peut être une source de difficultés, de stress. « *A gérer les coups de fils, essayer d'appeler les différents médecins pour confirmer sa version, parce que ça prend du temps, je n'arrivais à joindre personne... » (M7).*

2. Par rapport à la demande

Les demandes argumentées par Internet : Le patient fait une demande après avoir consulté de son côté Internet, il justifie sa demande par ses recherches et ce qu'il a lu sur Internet « *Ce qu'il faut savoir c'est qu'aujourd'hui les gens viennent vous voir, après avoir consulté Internet. C'est quasi systématique. Allez c'est 90% donc ... C'est compliqué » (M6).*

3. Par rapport au patient

- Génère un doute sur l'impact sur la relation médecin/patient : Lorsque le médecin n'accède pas à la requête du patient, soit lorsqu'il propose une solution alternative, ou lorsqu'il émet un refus ; pour tout autre réponse qu'un « oui » franc et massif, le médecin s'inquiète du retentissement que sa réponse peut avoir sur la relation qu'il entretient avec le patient « *Oui en se disant, 'est ce qu'il va m'en vouloir ?' » (M3).*
- La gestion du patient s'énervant/ de la tension qui monte : Le médecin peut éprouver des difficultés à mener sa consultation, la discussion, à maintenir sa position, face à un patient qui perd son calme. La tension monte et peut être difficile à gérer. « *Je voyais que le patient commençait à s'énerver... Donc ça ça a été compliqué. » « La tension qui montait » (M7).*

- Patient imperméable : Le médecin M2 rapporte une difficulté à faire face à un patient borné, buté, qui refuse d'entendre ses arguments, qui reste sur ses positions malgré les explications du médecin « *C'est à dire que celui en face quand il veut quelque chose, y a ceux qui peuvent entendre, la discussion où je vais argumenter... Et y a celui qui veut ça et qui ne va rien écouter, de toute façon il veut ça... Et ça ça va vachement m'agacer...* » (M2).
- Croire ou non le ressenti du patient : « *Au début c'est ça qui est compliqué... Parce que tu sais pas ce qu'ils ressentent les gens* » (M9).
- Ressentir le manque de confiance du patient : « *Où ta décision a été mise un peu sur la sellette, tu sens que la personne en face elle a pas confiance... Je trouve que c'est désagréable d'avoir une personne en face de toi qui a pas confiance. C'est désagréable pour toi, dans ton travail. Enfin pour moi, dans mon travail. C'est désagréable.* » (M9).
- Contredire le patient : « *difficile à contredire.* » (M8).

4. Par rapport à soi-même

- La nécessité de se justifier : Une des difficultés rapportées est la nécessité de se justifier, de justifier ses décisions « *Plus difficile oui parce quel faut se justifier* » (M7). C'est d'autant plus difficile que la décision est unilatérale et donc difficile à justifier.
- Doute si réponse apportée est appropriée : Il est difficile au médecin d'être certain d'avoir pris la bonne décision et cela entretient un doute « *D'avoir la certitude que la demande était injustifiée. Parce qu'une fois qu'on le sait après c'est plus facile.* » (M1) « *Oui parce qu'après on se dit toujours 'oui bon est ce que j'ai bien fait de refuser'* ». « *Oui. C'est à dire que pendant la consultation, on a notre conviction, celle de l'examen clinique, tout ça... Mais après c'est vrai que...* » « *Est ce que j'ai bien fait ? Est-ce que...* » (M3) « *Donc attention au refus quand même. Ben c'est notre boulot. Il faut prendre des risques* » (M5).
- La difficulté de dire non : « *Donc c'est compliqué de dire non.* » (M9).
- La difficulté de toujours dire non lorsque c'est injustifié : « *C'est compliqué de toujours dire non* » (M12).

e) Les types de demandes

Ils sont divers et variés.

- Concernant un arrêt de travail : Plusieurs médecins ont évoqué des consultations où la demande injustifiée concernait **un arrêt de travail**. Pour le médecin M6, il s'agissait d'une demande d'arrêt de travail pour stress post traumatique « *Le mari d'une femme qui venait de faire une rupture d'anévrisme, qui était hospitalisée à Bordeaux. Cet homme était détruit, on pensait pas qu'elle s'en sortirait. Et qui voulait être auprès de sa femme. Voilà. Il est venu me voir pour faire l'arrêt de travail.* » (M6) Il peut s'agir aussi des **demandes faites a posteriori** « *C'est quand ils viennent nous voir pour une pathologie, qu'ils n'ont pas été au boulot, et que ... Bon... ils ont une pharyngite*

quoi... » (M6) ou la **prolongation d'un arrêt** relaté par le médecin M4. Parfois la demande d'arrêt était faite de manière **itérative**.

- Une demande d'examen complémentaire : Pour le médecin M5, il s'agissait d'une **demande de biologie** pour asthénie « *Ou le bilan complet aussi 'Un bilan complet et mettez moi tout là, vraiment tout' 'Mais attendez on l'a fait il y a quatre mois' 'Non mais là je suis fatigué'. Le plus grand motif de consultation 'Je suis fatigué' » (M5). Il peut s'agir également de demandes d'**imagerie complémentaire comme une IRM** pour lombalgie commune « *C'était une dame, comme ça, il n'y a pas longtemps, elle avait mal au dos, elle a pas passé son IRM. Elle l'avait demandé d'emblée. » (M5). Le médecin M3 a fait face à une demande de scanner corps entier pour asthénie « *Donc je lui propose de faire un bilan, il me demande un scanner du corps entier » (M3).***
- Concernant une prescription médicamenteuse : Le médecin M5 a été confronté à des demandes de **prescriptions médicamenteuses sans consultation**, en renouvellement ou non, certaines à **faxer directement à la pharmacie**. « *Mais sinon c'est beaucoup de demandes, comme ils veulent pas trop nous déranger, ils nous demandent de faxer des ordonnances à la pharmacie, c'est plus rapide que de venir s'emmerder à attendre là » « C'est que ça leur évite de venir... C'est pas tout à fait pareil... Parce qu'ils n'ont pas envie d'attendre... C'est une renouvellement d'un somnifère ou d'un traitement anti-hypertenseur... Parce qu'ils ont perdu la boîte ou je sais pas quoi... Mais ils veulent pas trop s'emmerder à venir... Pour beaucoup... Donc ils demandent si on peut faxer... » (M5). Une patiente du médecin M2 demandait un **changement de médicament** anticoagulant, sans fondement médical « *c'est une vieille dame qui était sous Préviscan, et sa fille qui est naturopathe, un peu sorcière, magnétiseuse, tout ce qu'on veut lui a dit que c'était un très très mauvais médicament et qu'il fallait que je la mette sous Sintrom, que c'était beaucoup mieux. » (M2). Pour les médecins M1 et M7, la demande concernait une **molécule particulière**, respectivement la méthadone et le zolpidem, avec une suspicion de mésusage. « *Le fait qu'il disait avoir pris ses derniers traitements de méthadone deux semaines auparavant, il les avait pris trois jours avant en fait si je me souviens bien » (M1), « pour une demande toute bête de Zolpidem, le somnifère » (M7). L'un des médecins a reçu une demande de **prescription de cannabis** à but antalgique.***
- Une demande de visite à domicile : certaines demandes de **visites à domicile** sont jugées injustifiées par le médecin M5, sur le déplacement : les patients nécessitent une consultation médicale mais celle-ci peut s'effectuer au cabinet médical, le patient peut physiquement se déplacer mais demande une visite pour convenance personnelle, par facilité (absence de véhicule, ne souhaite pas patienter au cabinet...) ou pour simplement amener un papier administratif (le motif de la visite n'est pas une consultation médicale et ne justifie donc pas un déplacement). « *Donc le problème c'est qu'elles sont pas toutes...justifiées. Justifiées médicalement de consultation, mais pas à domicile. Dans... Allez... Neuf cas sur dix. C'est-à-dire que les gens pourraient se déplacer. Mais ils n'ont pas le permis, la bagnole est en panne, le gendre est parti avec la bagnole ou le mari, donc ils n'ont pas de bagnole. Donc c'est simplement parce qu'ils n'ont pas de voiture qu'ils ne viennent pas. » « Enfin elle m'a appelé pour que je lui apporte le bon. En visite à domicile. Elle a pas besoin de moi, que le bon. » (M5).*

- Déclaration de médecin traitant : « *Je l'examine, je fais une ordonnance, il me demande d'être son médecin traitant* » (M2), le caractère injustifié de la demande, a été sur la présentation du patient, jugé irrespectueux par le médecin, qui ne comprenait donc pas pourquoi il souhaitait qu'il soit son médecin traitant puisqu'il n'avait aucune considération pour ce qui se passait dans le bureau.
- Faux certificat médical : Un **certificat pour la justice** a été demandé au médecin M7, par un patient placé sous contrôle judiciaire, qui ne s'était pas présenté à son rendez-vous pour un motif tout autre que médical « *Et en disant '' Docteur j'ai dit au juge que j'avais une angine et que je n'avais pas pu me déplacer au commissariat, il me faut un certificat''* » (M7). Pour un autre, il s'agissait d'un **faux certificat de maladie pour une absence à une épreuve du baccalauréat** en raison d'un voyage. D'autres demandes concernaient un **certificat pour un changement de logement social** ou un **faux certificat d'accident**.
- Prescription de séances de kinésithérapie en vue d'un remboursement d'acte ostéopathique : « *alors au moins elle est honnête, elle me dit « il a besoin de ... Il est suivi par l'ostéopathe, il a besoin de kiné respiratoire, comme ça je serai remboursée de l'ostéopathie* » (M4).
- Demande de rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : « *Et la demande par mail de la maman c'était que je fasse un PAI pour sa fille parce que la nourriture de l'école est tellement mauvaise, 'vous comprenez docteur ce que c'est que la cantine, c'est vraiment pas bon, donc comme je ne veux pas qu'elle mange, il faut qu'on fasse un PAI'* » (M2).
- Congé enfant malade : « *Et là, au moment de partir, la mère me dit 'Vous pourriez pas me faire un jour enfant malade ?'...* » (M4).
- Prise de rendez-vous auprès d'un confrère par le médecin même : « *Donc il voulait que j'appelle, carrément, le professeur, pour lui avoir un rendez-vous, avec lui* » (M4).
- Soins dans le cadre d'un accident de travail : le patient souhaite une prescription de soins dans le cadre de son accident de travail, or ces soins ne semblent pas rentrer dans le cadre de l'accident pour le médecin M6 « *Donc il vient trois semaines après pour se faire faire une réparation de l'alignement dentaire, parce qu'il a pris un coup en accident du travail...* » (M6).
- Demande de rédaction de protocole de soins : demande d'ALD pour BPCO avec un patient n'entrant pas dans les critères.
- Mention non substituable sur l'ordonnance : « *Après ce que j'estime injustifié, c'est les gens qui me demandent de mettre « Non substituable » sur tous les médicaments* » (M12).
- Demande d'euthanasie : « *Et si j'avais des contacts pour pouvoir l'orienter vers des cliniques qui pratiquaient l'euthanasie, parce que vraiment cette douleur était intense et qu'elle considérait qu'elle avait pas à subir ses douleurs* » (M9).

*Synthèse
La demande injustifiée*

- *La définition est subjective et propre à chaque médecin. Ils en donnent des définitions variées : selon un cadre réglementaire, selon leurs convictions personnelles, selon l'exercice de la médecine, selon la notion de manipulation en vue d'en tirer un bénéfice, selon la notion d'abus, selon l'EBM, comme une situation difficile à gérer.*
- *Le ressenti des médecins est différent concernant la fréquence des demandes : certains trouvent qu'elles sont fréquentes mais d'autres les trouvent au contraire rares.*
- *Les demandes seraient plus fréquentes en milieu urbain que rural.*
- *Certains types de demandes seraient plus fréquents : l'IRM, l'arrêt de travail, l'ordonnance sans consultation, les demandes à l'initiative de tiers paramédicaux.*
- *Les médecins peuvent y voir différents intérêts : rechercher une demande cachée et notamment de réassurance, un intérêt pédagogique, cela leur permettrait un retour sur leur pratique et une remise en question, de mieux connaître leur patient. Pour le patient l'intérêt est direct, obtenir ce qu'il souhaite.*
- *Les types de demandes sont très divers : arrêt de travail, examens complémentaires, prescriptions médicamenteuses, visites à domicile non justifiées...*
- *Faire face aux demandes injustifiées est une situation génératrice de difficultés pour le médecin.*

2. Le contexte de la demande injustifiée

a) *Le mode de la demande*

Les demandes sont effectuées selon plusieurs voies : en face à face au cabinet, ce qui concerne la majorité des demandes, mais pas exclusivement. Elles sont parfois faites **par mail ou par téléphone**. Le médecin M4 relate donc une demande faite par téléphone « *Après il y en a une qui m'a téléphoné et qui m'a dit, alors que je ne la vois quasiment jamais, 'mon petit fait...' alors je sais pas quoi, des bronchites asthmatiformes je crois, donc elle me dit 'Il a besoin de...'* » et il reconnaît qu'une **demande injustifiée est encore plus injustifiée par téléphone**, qu'il y accède donc moins « *les demandes injustifiées sont beaucoup plus injustifiées par téléphone...* » (M4). **Le refus est plus fréquent et catégorique**, et se fait **sans explication en mettant un terme à l'échange**, pour ce médecin lors de ces demandes « *Quand c'est par téléphone c'est souvent non négociable et souvent plus tendu. Moi j'aime pas qu'on me demande un truc par téléphone. Au moins qu'on ait le courage de venir en face. Donc par téléphone c'est souvent non et je dis non, et puis je raccroche moi, parce que déjà, souvent je suis en train de faire autre chose... On va pas perdre du temps, par rapport à celui qui est couché à côté... Voilà...* » (M4).

Le médecin M2 reçoit des demandes **par mail**. L'un des médecins rapporte des demandes faites par **messages laissés au secrétariat**.

b) *Le rôle du tiers et la relation médecin-patient dans la demande*

1. Le rôle du tiers dans la demande injustifiée

Celui-ci peut avoir plusieurs implications, il peut être à **l'origine de la demande**.

Cela peut être un **membre de la famille** « *c'est une vieille dame qui était sous Préviscan, et sa fille qui est naturopathe, un peu sorcière, magnétiseuse, tout ce qu'on veut lui a dit que c'était un très très mauvais médicament et qu'il fallait que je la mette sous Sintrom, que c'était beaucoup mieux* » (M2), cela peut être **une connaissance** « *Et elle me dit 'j'ai une copine qui m'a dit, qui m'a demandé si je m'étais fait faire le cortisol'* » (M6) ; mais cela peut également être un **tiers paramédical**, comme cela a été le cas pour les médecins M2 et M5, qui jugent ses demandes à l'initiative du tiers paramédical fréquentes « *Et on est très confrontés au 'Mon ostéo m'a dit que vous deviez me prescrire l'IRM du bassin, mon kiné m'a dit que... Ma sophrologue m'a dit que...'* » (M2) « *Donc là, systématiquement les mecs ils reviennent... On sait même pas pourquoi ils ont été les voir... Et donc l'ostéo 'On va peut-être faire une IRM quand même'. 'Mais une IRM de quoi ? De l'épaule ? Mais qu'est-ce que tu as au fait ?'. Ils arrivent donc, et souvent, le kiné-ostéo... Plus les ostéo... Qui eux disent 'Ben non faudrait une IRM'.* » (M5).

Il existe le cas de figure du **tiers présent en consultation**, comme le rapporte le médecin M10. Ce tiers peut être un **allié thérapeutique** « *Je sais pas, je pense à un couple, comme ça, j'ai pas une idée en tête... Mais si y'a un couple, qu'un des deux fait une demande qui nous paraît injustifié, ben suivant le conjoint, ce qu'il pense... S'il pense comme nous, ou dans le sens de son conjoint, ben ça peut être aidant ou pas... On peut des fois, quand c'est question d'angoisse, on peut s'appuyer sur le tiers, qui va dire « Mais oui elle te l'a déjà dit la dernière fois... C'est pas grave ». Et donc ça peut être un allié. » (M10). Mais il peut également être **un opposant et déstabiliser la consultation** « *Dérangeant si on essaie d'aller dans un sens et que l'autre, il va complètement dans l'autre sens... Bon ben ça peut être un peu plus difficile...* » (M10).*

2. La relation médecin-patient

L'un des médecins interrogés, rapporte l'importance d'une **relation médecin-patient basée sur une confiance réciproque et nécessaire** « *Si on est pas là dedans, c'est pas la peine de soigner les gens, il faut surtout pas les soigner, parce que c'est que des sources d'ennuis... C'est ... Un jour ou l'autre, vous vous êtes pas motivé, n'étant pas motivé puisque le courant passe pas, on peut ne pas être objectif et de toute manière... Enfin, ça c'est de notre côté... Et inversement, si le patient n'a pas confiance en vous, un jour ou l'autre il vous reprochera quelque chose... Donc dans les deux cas de figure, c'est pas bon.* » (M6). C'est dans ce contexte que se font pour lui les demandes.

Pour un autre, **les affects tiennent une place importante dans la relation** « *Je pense que dans notre travail, on a intérêt... C'est bien d'avoir une bonne relation avec nos patients... On doit pas tous les aimer loin de là, mais de là à pas les aimer du tout c'est pas possible. Et je pense qu'on doit se préserver un peu nous-même. Donc si moi quand je vois ma liste de patients je me dis « Oh non pas lui, pas elle, oh non... » et c'est pas le cas. Donc tous les gens que je vois, globalement je les aime bien, et je les vois avec plaisir. Donc je me dis c'est bon, j'ai réussi comme je voulais* » (M2).

La relation peut également être **basée sur la négociation** « *Donc, toujours des négociations : pour le paracétamol, puis ensuite elle a été faire de la kiné. Pour le paracétamol parce qu'il paraît que c'était toxique, c'est une femme très bio, qui mange des graines. Elle a refusé au départ la kiné parce que ça servait à rien, et puis finalement elle a commencé à faire de la kiné, et elle a trouvé ça cool parce qu'on s'occupait d'elle, qu'on lui faisait des massages et tout ça...* » (M9).

La relation médecin-patient peut être modifiée par la demande injustifiée « *Disons qu'en début de relation elle était beaucoup plus sympa qu'à la fin* » (M9).

c) L'impact de la demande sur le temps

Concernant la durée des consultations, où ces demandes sont émises par le patient, les médecins apportent des réponses différentes.

Deux des médecins, M5 et M7 relatent des **durées de consultations allongées**, notamment car elles nécessitent plus d'explications, d'échanges. « *Donc quand ils demandent un truc, ben on prend le temps* » « *Enfin moi je prends le temps. Tant pis. On prend du temps* » (M5) « *Là, ça a dû durer à peu près une heure la consultation* » (M7).

Deux médecins rapportent eux **des consultations plus brèves**, soit par choix pour mettre un terme à l'échange concernant la demande injustifiée « *La consultation a été brève, ça a dû durer deux minutes* » « *brève, désagréable mais efficace* » (M1) soit car ils sont pressés pour une raison extérieure au cabinet médical « *Non. Là non... Lui non. Non, j'étais pressée j'avais rendez-vous après* » (M4).

Pour d'autres, elles sont d'une **durée habituelle**, similaire à une consultation pour un autre motif médical « *finalement ça a pris le temps d'une consultation, bien vingt minutes* » (M7).

d) *Le comportement repérable chez le patient*

Celle-ci est importante puisqu'elle influe sur l'état d'esprit du médecin, elle conditionne la suite de la consultation et donc la réponse à la demande injustifiée.

Ainsi, certains patients ont été jugés comme **irrespectueux et inadaptés** par les médecins les recevant en consultation et recevant leur demande. « *Et c'est vrai que j'ai eu un jour, un jeune patient, qui est arrivé, une chaîne en or autour du cou, la casquette à l'envers, il parle comme ça, il fait des grands gestes, son téléphone a sonné une fois, deux fois, trois fois pendant la consult... C'était un bruit de circuit automobile... Donc ça fait hihannnn (imitation du bruit du circuit). Je déteste ça.* » (M2), « *Donc il arrive et au bout de dix minutes il me téléphone, enfin je reçois un coup de fil 'Vous en avez pour combien de temps ?'* » (M4). **Cette présentation** peut entraîner un **agacement dès le début de la consultation**.

Un **caractère autoritaire** peut accroître la difficulté du médecin à dire non « *De contredire un patient, surtout quand c'est quelqu'un de vraiment autoritaire en face* » (M8).

Face à un premier refus, certains patients peuvent **se montrer insistant** « *je sentais qu'elle s'agaçait un peu et qu'elle insistait, qu'elle ne lâcherait pas tant qu'elle n'aurait pas eu gain de cause* » (M2), « *Sur le coup il ne comprenait pas trop parce que pour lui c'était justifié, donc il a insisté un petit peu* » (M3), « *et alors il m'a pris la tête...* » (M4).

D'autres patients, peuvent **s'énerv** face au médecin « *je sentais quelle avait du mal à gérer cette consult, qu'elle ne le supportait pas, elle s'énervait, elle s'énervait...* » « *Elle est hypertendue, elle avait les joues rouges, elle commençait à s'agacer et je me suis dit : 'bon, allez, 85 ans... laisse tomber'* » (M2).

Un autre médecin a quant à lui été confronté à un **comportement violent** « *avec un échange qui était... enfin... je pensais que ça allait aboutir à de la violence de sa part...* » « *Oui violence physique, à un moment je me suis dit que j'allais en prendre une* » (M7).

Certains patients adoptent un **comportement culpabilisant et provocateur** envers le médecin « *Mais il y a toujours, enfin il y a souvent la petite phrase 'bon ben j'espère qu'il ne m'arrivera rien'* » (M7).

Certains au contraire, ont une **approche basée sur l'affectif**, notamment pour faire changer d'avis le médecin « *Le ton lui était plutôt larmoyant donc il était plutôt sur un mode affectif* » (M1).

Un type de présentation particulier, influençant le déroulé de la consultation, est le patient qui vient au cabinet **sans rendez-vous** lorsque le médecin reçoit sur rendez-vous, cette **présence contrainte** n'est pas appréciée « *Il débarque donc à mon cabinet, en consultation sans rendez-vous, rien du tout...* » « *débarqué dans mon cabinet entre deux patients* » (M7). Cette présence est vécue comme **une contrainte** par le médecin « *Il s'est imposé...* » (M7).

e) *Le patient en récurrence de demande*

Certains patients sont décrits par leur médecin comme demandant fréquemment des prescriptions, ils ont une certaine **habitude dans la demande** « *Ce sont toujours les mêmes qui demandent* » (M4), « *C'est tout le temps les mêmes... Qui ont pris une bonne habitude...* » (M5).

La difficulté est que **si la demande a été acceptée auparavant elle revient** « *Donc voilà, pour la dépanner, parce que c'était le lendemain, je lui avais apporté. Donc là, elle m'a redemandé de lui apporter, demain midi* » (M5) et elle peut même **devenir un dû** « *Et comme on l'a fait une fois, ben ça rend service, c'est normal... Après ça devient un dû...* » « *si on refuse, ils vont surtout trouver qu'on est devenu con 'parce qu'il était pas comme ça avant. Avant il refusait rien'* » (M5). **Ce profil « patient demandeur » revêt même un caractère agaçant** pour l'un des médecins « *Par contre quand ils viennent ceux-là, ils viennent en général avec dix symptômes, parce qu'ils n'ont pas le temps, soit ils bossent, soit ils vont à la pêche ou j'en sais rien... Et donc quand ils viennent alors là...* » (M5).

Face à ces patients, le médecin reconnaît être **moins disposé à accepter** « *ce sont des patients qui demandent toujours quelque chose et alors là c'est vrai que ceux-là, on a tendance à avoir les poils qui se hérissent. Et aller dans le non plus facilement* » (M11).

Mais tous les patients faisant une demande jugée injustifiée, n'ont pas ce profil demandeur, ce qui peut même **alerter le médecin** lors de la demande.

f) *Stratégie d'adaptation des demandes*

Selon les médecins, avant même que le médecin ne reçoive la demande, le patient **adapte sa demande à la réaction du médecin, il anticipe sa réaction**. Ainsi, certains médecins disent ne pas avoir beaucoup de demandes pour cette raison « *Après les gens ils sont habitués à nous, donc ils savent aussi comment on réagit, peu ou trop... Moi je pense que certains se disent « Oulala il faut pas l'agacer parce qu'elle va râler ». Je pense que je peux être très gentille mais râleuse aussi. Donc ils le savent. Et du coup il y a des choses qu'ils vont même pas oser me demander peut être.* » (M2), « *Ils ont vu que moi je faisais pas, ils m'ont plus jamais demandé.* » (M4).

Le **patient choisit le médecin** à qui il fait sa demande « *Et il me dit que non, qu'il pensait même qu'ils étaient venus me voir à moi spécialement et pas lui, parce qu'ils savaient que lui, d'emblée, il aurait dit non* » (M9).

g) *Contexte initial de tension réciproque*

Parfois ces demandes se font dans un contexte particulier, de **tension réciproque**, tension présente avant que la demande ne soit faite « *En colère mais il était déjà en colère en arrivant ... Parce qu'il était en colère parce qu'il était pas à l'heure... J'ai été le chercher deux fois et il n'était pas là... Donc j'ai commencé moi à me faire un 100% d'ALD en attendant. Donc il arrive et au bout de dix minutes il me téléphone, enfin je reçois un coup de fil « Vous en avez pour combien de temps ? ». Alors je lui dis « Ben attendez, parce que vous étiez en retard, vous n'étiez pas là ». Il y avait du monde dans la salle d'attente qui lui a dit « elle est venue vous chercher deux fois, vous n'étiez pas là » et je lui dis « A 36 vous n'étiez pas là, bon maintenant il est 46, je vous prends mais... ». Bon et puis c'est un monsieur, il est psychiatrique. Voilà, donc il est pas parti, plus énervé qu'il n'était arrivé* » (M4).

h) Les jeunes médecins

L'un des médecins pense que **les jeunes médecins sont plus fermes** face aux demandes injustifiées « *Je me rends compte que les jeunes, qui connaissent pas forcément les gens, ils sont un peu plus catégoriques quoi* » (M11).

i) Les médias et la société de consommation

Plusieurs médecins sont confrontés à des demandes après que les patients aient **consulté Internet** : « *J'ai regardé sur Internet et il faut que je fasse ça*'. Ça m'agace. Ça c'est assez fréquent et agaçant. » (M11).

Certains médecins rapportent une « **attitude de consommation** » des patients, vis-à-vis du système de soins, notamment en raison du tiers payant « *Ils vont à la pharmacie avec la carte vitale, ils remplissent la brouette, la camionnette de médicaments et ils n'ont pas payé un centime* » (M5).

Synthèse
Le contexte de la demande

- *Les demandes peuvent être faites en face à face, par mail, par téléphone ou par message laissé via le secrétariat. Les médecins trouvent qu'une demande est plus injustifiée lorsqu'elle est faite par téléphone.*
- *Un tiers peut être impliqué dans la demande. Il peut être à l'origine de la demande (membre de la famille, connaissance, tiers paramédical). Les demandes à l'initiative de tiers paramédicaux sont jugées fréquentes par plusieurs médecins. Le tiers peut également être présent en consultation, soit comme allié thérapeutique soit comme opposant.*
- *Pour certains médecins, la relation médecin-patient est basée sur une confiance réciproque, pour d'autres sur les affects et d'autres la négociation.*
- *La durée de ces consultations est variable selon les médecins, allant de brèves à allongées.*
- *Des présentations inadaptées peuvent avoir une influence : le patient irrespectueux agaçant certains médecins, le patient autoritaire qui accroît la difficulté à dire non, le patient insistant, le patient culpabilisant et provocateur qui peut faire douter, le patient violent, le patient sans rendez-vous dont la présence est ressentie comme une contrainte.*
- *Certains patients ont un « profil patient demandeur », ils sont habitués à faire des demandes et le médecin est moins disposé à accepter.*
- *Le patient adapte sa demande à la réaction du médecin, réaction qu'il anticipe. Il peut même choisir le médecin à qui il fait la demande.*
- *La demande peut se faire dans un contexte initial de tension réciproque.*
- *Les jeunes médecins seraient plus fermes face à ces demandes.*
- *Les demandes s'inscrivent dans une société de médias dominés par Internet et également de consommation.*

3. Le médecin face aux demandes injustifiées

a) *Les stratégies de réponse*

Pour répondre à ces demandes, les médecins mettent en place plusieurs stratégies, variant d'un médecin à l'autre.

1. Stratégies basées sur la communication

- Annoncer sa disponibilité si besoin malgré un refus : le médecin n'accède pas à la requête du patient, mais il lui explique qu'il reste présent, s'il a besoin d'en reparler, s'il a besoin de soins, s'il a d'autres symptômes ... « *je lui ai simplement dit que s'il y avait un problème médical, qu'elle vienne et qu'on le réglerait ensemble mais qu'en aucun cas je ne ferai un certificat de complaisance* » « *J'ai dit 'pas de certificat médical, s'il y a un motif médical j'y réfléchirai avec vous, à la meilleure façon de faire'* » (M2).
- Énoncer clairement le cadre : lorsque le médecin accède à la requête en sachant que la demande est injustifiée, il pose le cadre, prévient le patient qu'il accepte mais à titre exceptionnel et que ce sera l'unique fois. Le patient est **prévenu des limites** fixées par le médecin. « *il y a des moments où j'accepte des choses mais en mettant un cadre en disant que c'est la première et la dernière fois notamment si je sais que ça relève de l'urgence* (M1). Cela permet au médecin, **d'éviter la récurrence de la demande**. Le médecin peut **imposer un cadre ferme dès le départ**, le faire savoir, et rester sur sa position « *Ma position est claire de toute façon 'Si vous voulez pas de génériques c'est votre droit mais vous le dites au pharmacien et vous faites l'avance des frais et vous vous faites rembourser après'. Donc il n'y a pas trop de discussion.* » (M12).
- Expliquer les refus : beaucoup de médecins s'accordent sur le fait qu'ils expliquent souvent, si ce n'est toujours pour la plupart, leurs refus « *Mais ça se justifie, ça s'explique. On peut expliquer les choses.* » « *Tout le temps. C'est expliquer sereinement les choses* » (M2) « *ben je lui expliquais ce que je trouvais ou ce que je ne trouvais pas* » (M3) « *Parce que je lui ai quand même expliqué pourquoi, que c'était pas pour pas qu'il touche ses indemnités... Et que ça servait à rien, puisqu'il allait être hospitalisé.* » (M4) « *Tout est dû donc je comprends qu'ils ne comprennent pas si on refuse leur demande... Mais bon... On dit ça tranquillement. A peu près intelligemment, on brusque pas. Je ne les insulte pas. On leur fait comprendre quand même que bon... Il faut surveiller un peu la tension mais je leur dis surtout que c'est pas pour l'acte, que j'en ai rien à secouer de vingt-cinq euros...* » « *on prend le temps d'expliquer le pourquoi du comment* » (M5). Cette phase d'explication du refus, permet au médecin **d'éviter une récurrence de la demande** « *De façon à ce qu'ils ne recommencent pas la prochaine fois. Parce que ben, si on leur explique pas, six mois après ils reviennent pour redemander le même truc* » (M5).
- S'approprier la demande : Le médecin accepte la demande tout en la complétant avec ce qu'il souhaite lui, en la modifiant selon son point de vue, pour obtenir l'**adhésion du patient** sur sa proposition. Il **utilise la demande** du patient. « *Je lui ai dit 'oui pourquoi pas mais il y a d'autres choses à faire quand même'. Donc on lui a fait le cortisol, pourquoi pas, mais on lui a fait surtout une TSH* » (M6). Le médecin accepte et **modifie la demande selon son point de vue**.

- Le médecin apporte une solution : Lorsqu'il émet un refus, le médecin propose une solution au patient, même lorsque la solution n'est pas de son ressort « *Alors la dame elle va pas venir, mais elle peut envoyer... J'en sais rien moi... Sa femme de ménage avec qui elle s'entend bien... Ou tout simplement le VSL, le taxi, il peut passer...* » (M5).
- Proposition d'une solution alternative à la prescription : Lorsque la demande émise par le patient, n'est pas la prescription jugée la plus adaptée par le médecin, il ne refuse pas fermement toute prescription mais propose une solution alternative. Il **réoriente la demande**. « *on va d'abord faire un bilan sanguin , voir s'il n'y a pas une anémie, un problème de thyroïde tout bête qui expliquerait votre fatigue, et ça nous orientera si on trouve quelque chose pour faire d'autres recherches mais plus orientées* » (M3) « *Elle aura pas d'IRM. Elle a eu un scan.* » (M5) « *en fonction de ça, on adapte la réponse, qui parfois s'éloigne de ce qu'ils souhaitaient et au bout du compte c'est vrai qu'ils vous disent 'oui c'est vous le docteur'* » (M6). Il explicite ensuite son choix pour renforcer sa proposition « *il a fallu que je lui explique que d'abord l'examen n'était pas adapté, que s'il était inquiet de quelque chose ce n'était pas celui-là qu'il fallait faire pour telle raison...* » (M6).
- Relance de la discussion et le patient apporte la solution : « *il m'a donné lui même tous les arguments, enfin il a scié la branche sur laquelle il était assis* » (M1).
- Impliquer directement le patient : le médecin reformule la demande devant le patient pour confronter le patient à sa demande « *Du coup je reprends pour essayer de voir si j'avais bien compris « Vous avez une épreuve du bac le Vendredi, vous partez le Jeudi... » « Oui c'est ça » « Je suppose que la date du bac vous l'aviez depuis un moment ? » « Oui oui on l'avait depuis un moment mais là y'avait des billets moins chers en partant le Jeudi... » « Oui d'accord ok. Et donc ce que vous me demandez, c'est un certificat médical, en fait un faux certificat médical, pour qu'elle n'ait pas zéro en fait, que je fasse un certificat médical comme quoi elle est malade, pour du coup l'aider au bac ? » « Oui voilà c'est ça » » (M9). Il peut **mettre le patient directement face à sa demande en lui demandant ce qu'il en pense** « *Ben est-ce que vous pourriez me faire l'ordonnance ?* » « *Ah et là vous pensez que je vais vous dire quoi ?* » « *Ben je sais pas* » » (M10).*
- Expliciter la démarche clinique globale : Au-delà des explications du refus, le médecin explique l'intégralité de sa démarche clinique. Le patient connaît donc le pourquoi du refus, mais également les examens alternatifs, les résultats attendus et les implications pour la suite de sa prise en charge « *Le dos, avec la hernie discale... Le cliché standard... Et puis on explique tout, ce qu'il y aura à faire dans un mois s'il y a pas d'évolution, l'augmentation des traitements, etc etc... C'est vrai que le chirurgien se sera dans trois mois. Pas avant. 'Oh mais il va falloir attendre jusque-là ?' ' Mais oui' »* (M5).
- Réponse spontanée : Le médecin répond spontanément, à la suite de la demande, sans délai. La réflexion peut ensuite se faire au cours de la consultation, des échanges, avec parfois modification de l'avis du médecin au cours de la consultation, au fur et à mesure de sa réflexion. Cela a été le cas pour le médecin M7.
- Le médecin laisse une ouverture malgré le refus : Le médecin ne ferme pas complètement la porte « *J'ai quand même expliqué que ce n'était pas net et définitif, qu'on en reparlait si ça allait pas mieux avec la kiné et tout ça.* » (M11).

- Stratégie d'évitement : Parfois, le médecin met en place cette stratégie pour se préserver, ou pour préserver la relation avec le patient. « *Non, j'ai botté en touche et je l'ai renvoyé vers une structure, vers la clinique dont il était sorti visiblement quelques jours avant* » (M1) « *Je suis capable de les gérer mais je ne les aime pas. Donc je vais les éviter, pas par lâcheté, mais parce que ça sert à rien le conflit.* » (M2).
- Négociation : Parfois, les échanges autour de la demande injustifiée aboutissent à un authentique processus de négociation, avec une série d'échanges, d'arguments, dans le but de parvenir à un accord le plus satisfaisant possible pour les deux parties. « *Donc on a bataillé un peu, je lui explique que c'est la même chose, que de toute façon il faudrait rééquilibrer l'autre traitement et que je ne voyais pas l'intérêt de switcher comme ça, surtout, et je le lui ai bien dit, parce que sa fille le décide, sa fille qui n'est pas médecin et qui est juste, entre guillemets, naturopathe et que voilà. Et en fait elle a tellement tellement bataillé que j'ai cédé.* » (M2). Le médecin essaie de comprendre le patient et de retourner la situation à son avantage.
- Utilisation d'un ton particulier : Il peut s'agir d'un **ton ferme** pour appuyer le refus « *moi j'ai été d'emblée très ferme* » (M1) « *Oh ben moi je savais que j'allais pas lui faire alors bon, il peut... Après je lui ai dit 'On va pas perdre notre temps, je vous le fais jusqu'au 3'* » (M4). Cela peut également être l'utilisation de l'**humour**, pour **désamorcer une situation tendue** « *Et alors là, je l'ai fait entrer en lui disant « Ah le râleur ! Bonjour monsieur, asseyez-vous ». Donc voilà je l'ai un peu...* » (M10).

2. La gestion du temps

- La gestion du temps et des échanges : le médecin parle peu, raccourcit volontairement les échanges pour mettre un terme à la demande « *Lui a beaucoup parlé et moi peu, parce que sur des choses comme ça je préfère être court et concis et direct* » (M1)
- Mise en place d'un délai de réponse : La réponse est différée dans le temps, le médecin y revient dans un second temps. Ce délai permet au médecin de réfléchir à la réponse qu'il va apporter, à la meilleure façon de la formuler « *enfin ça m'a pris trois jours avant de répondre, je me disais mais comment je vais faire* » (M2).
- Technique du silence : Suite à la demande, le médecin laisse un temps sans réponse, sans un mot. Cela permet au médecin de peser ses mots et au patient de se confronter à sa demande « *Je trouve que quand tu fais un blanc aussi... Je me suis rendu compte et ça je le faisais pas avant... Au début j'avais horreur des blancs. Et je me suis rendu compte, que quand y'a des blancs, ça permet aussi aux gens de se confronter à ce qu'ils viennent de dire et de temps en temps ça permet de mieux faire passer ce que je vais dire après.* », « *Non. J'essaye de ne pas le faire parce que tu dis des trucs que tu regrettes après... Les gens ils retiennent quand même tout ce que tu dis. Je préfère me taire pendant dix secondes... Ça fait un petit blanc c'est pas grave... Le blanc c'est bien aussi...* » (M9).
- Stratégie d'étape : La réponse n'est pas une décision définitive, le patient pourra y revenir plus tard.
- Demander l'avis d'un confrère : Cela permet de différer la prise de décision dans le temps, en attendant la consultation avec un confrère.

3. Le recours à des ressources externes

- Consultation des recommandations devant le patient : cela donne plus de poids à la parole du médecin, car étayée et de façon officielle par des recommandations. Le patient a devant lui la preuve que le médecin s'est renseigné de ce qu'il convient de faire dans sa situation. « *Donc j'ai pas honte de leur rendre la pareille en allant voir la faculté sur Internet aussi. Devant eux.* » « *Et c'est accepté* » (M6).
- S'appuyer sur les examens réalisés pour argumenter : « *J'ai eu la chance de pouvoir, avec la télétransmission, j'ai pu regarder les radios et effectivement c'est pas de très très bonne qualité, mais il ne m'a pas semblé qu'il y avait de fracture évidente. En tout cas, s'il y en avait une, c'était tellement petit que ça changeait pas la prise en charge de toute façon... Et donc on a argumenté là-dessus...* » (M11).
- S'appuyer sur des connaissances médicales expliquées au patient : « *Pour les génériques, je dis que ça ne peut se justifier que si vraiment il y a une allergie prouvée, ce qui est rare, je n'ai jamais vu le cas encore ; ou une présentation qui n'est pas pratique. Pour certains collyres effectivement c'est compliqué.* » (M12). Certains médecins **expliquent leur démarche clinique globale** « *Ah oui ! Parce que pour leur expliquer tout le système... Le dos, avec la hernie discale... Le cliché standard... Et puis on explique tout, ce qu'il y aura à faire dans un mois s'il y a pas d'évolution, l'augmentation des traitements, etc etc... C'est vrai que le chirurgien se sera dans trois mois. Pas avant.* » (M5).
- S'appuyer sur le cadre légal : « *Le fait que un, j'ai pas le droit de le faire, parce que si je le fais, je suis passible de radiation, parce que c'est un faux et ça je ne veux pas* » (M9).
- Prendre un avis complémentaire : Cela permet au médecin d'étayer sa décision « *Donc je l'ai orienté vers un rhumatologue qui était à peu près d'accord avec mon diagnostic* » (M9).
- Utilisation d'un test diagnostique : « *Les demandes d'antibiotiques ça y'en a beaucoup moins, depuis les streptotest, on leur dit « Non mais c'est négatif regardez ». »* » (M2).

4. La gestion de ses propres affects

- Garder une attitude calme : Cela peut être pour **apaiser et maintenir le refus** « *Donc dans ces cas-là, j'essaie de garder mon calme pour apaiser tout en étant dans le refus* » (M7), ou bien pour **maintenir le dialogue et faire entendre sa position** « *D'arriver à le faire calmement. Parce que des fois, ça peut... On peut être énervé ou presque en colère, et là le message va pas passer de la même façon, va pas être entendu en face.* » (M10).
- Exprimer ses affects pour se reconcentrer : l'un des médecin, confronté à une demande injustifiée, a eu besoin d'exprimer sa surprise afin de se reconcentrer « *Je croyais qu'elle se foutait de moi. Je lui ai dit « mais vous plaisantez ? » « Non » « Mais vous vous fichez de moi ? » « Non, non ». Mais je pense qu'elle se fichait de moi. J'avais besoin de le dire. Et du coup ça m'a permis de... De reprendre un peu le dessus, parce que sur le coup là... »* » (M9).

5. La stratégie est fonction du contexte professionnel du médecin

« y'a des moments où on est plus disponible que d'autres dans son esprit pour être... Pour expliquer quoi. Voilà... Un Vendredi soir c'est plus difficile qu'un Lundi matin par exemple ! » (M11).

b) Les affects du médecin

1. Les affects pendant la consultation

La suspicion

- De la suspicion vis-à-vis du patient : Le médecin est suspicieux parce que le patient est **toxicomane** « D'emblée, suspicieux dans la mesure où je suis toujours très vigilant avec les toxicomanes » « Parce que je pense que c'est quelqu'un qui devait prendre de la méthadone notamment pour la revendre ou pour de la surconsommation » « Il y a toujours une méfiance vis à vis des patients toxicomanes, on sait pas trop comment réagir et comment ils peuvent réagir. » (M1). Ou bien il peut le **suspecter de toxicomanie** « Je sentais qu'il y avait quelque chose qui clochait... de bizarre pendant la consultation... » (M7).
Le médecin se déclare plus suspicieux face à un **patient inconnu** « Surtout que c'était quelqu'un que je ne connaissais pas. » (M6). Un patient faisant preuve de **nomadisme médical** éveille également la suspicion du médecin « Visiblement il faisait preuve de nomadisme médical. » (M1) « il avait fait plusieurs médecins sur Bayonne. » (M7).
- De la suspicion vis-à-vis de la demande : le médecin peut être suspicieux par rapport à ce qui est demandé mais il laisse le bénéfice du doute au patient « Donc avant de me dire « Non, c'est du cinéma », je préfère me dire qu'elle a mal, pour pouvoir bien la prendre en charge. » (M9).

Un ressenti négatif, de la contrariété

- Contrariété initiale : Le médecin **accueille de façon négative** la demande lorsqu'il la reçoit. Le médecin est **déstabilisé** par la demande. « Ah j'aime pas qu'on me demande donc ça m'a un peu bloqué, un peu agacé et comme après ça c'est bien passé ça allait, mais au départ ça m'a agacé. » (M3) « Oui ça me rend très nerveux. Justement un peu moins tolérant » (M5).
- Désagréable : Les consultations lors desquelles sont faites des demandes injustifiées sont **qualifiées de désagréables** par le médecin « brève, désagréable mais efficace. » (M1).

La surprise

« C'est tout mais cette demande-là m'a paru énorme » (M2), « Ça m'a pas paru... Après coup je trouvais ça drôle. Et étonnant qu'il m'ait demandé ça... » (M10).

Remise en question

Le médecin peut se remettre en question pendant la consultation « *Et puis je me dis, parce que je me connais aussi, bon tu passes de l'un à l'autre, ça va rien changer dans l'absolu, euh... dire non parce que j'ai décidé que j'allais dire non, c'est pas non plus la solution. Et puis bon si elle ça peut l'apaiser que je change.* » (M2), « *Tout en essayant de garder des limites quand même. De me remettre en question « Bon est-ce que ça vraiment... Est-ce que c'est pas moi qui était dans un mauvais jour... Ca m'a énervé alors que ça n'en valait pas la peine... »* » (M10).

Stress et tension

La demande injustifiée génère un **stress croissant** au fur et à mesure de la consultation « *Ben début de consultation, je savais pas trop sur qui j'allais tomber et je suis quelqu'un d'assez tranquille, et en fin de consultation j'éprouvais de la tension... Ça génère du stress.* » (M7). La **négociation est également génératrice de stress** et celui-ci cède une fois le processus de négociation terminé « *Une fois qu'on a fait notre marchandage de marchand de tapis, là c'est bon on est un peu apaisé. Une fois la négociation, on est apaisé. Et en général on est plus trop sous tension.* » (M11). Cette consultation est perçue comme **compliquée**, et le médecin est **éprouvé par la demande** « *J'en sortais rincé... J'en sortais rincé parce que ça durait longtemps, j'essayais d'être convainquant...* », « *Donc franchement vraiment éprouvant. Donc à la fin de la consultation, il fallait que je souffle un peu... Vraiment... ça me pompait mon énergie...* » (M9). Ce sont des **consultations tendues**, qui **amènent une tension**.

La contrainte

Concerne surtout les **demandes a posteriori** ou les **patients sans rendez-vous**. Dans ces cas-là, le médecin se sent contraint d'accéder à la demande dans le premier cas, contraint de recevoir le patient dans le second. « *Ça justifiait pas un arrêt de travail... Voilà... Là on est piégés. Et on fait l'arrêt de travail d'une journée.* » (M6) « *Il s'est imposé...* » (M7).

La colère

Là encore, le médecin est **déstabilisé**, **perd sa tranquillité habituelle** et **se met en colère** face au patient durant la consultation et les échanges « *Oh moi j'étais furax* » (M2) « *Moi sur le coup il m'a énervé...* » (M4).

La nécessité de prendre sur soi

Les médecins ressentent la nécessité de prendre sur eux pour faire face à ces demandes injustifiées « *Mais voilà, c'est quand même un peu dur, il faut prendre sur soi... Prendre sur soi pour pas exploser, pour pas se mettre en colère, essayer de rester à peu près calme... Parce qu'il y a des fois... Surtout si on est soi-même un peu fatigué...* » (M11).

Aucun impact sur le médecin

Le médecin accueille la demande injustifiée comme tout autre motif de consultation, comme expliqué par le médecin M4.

A priori non concerné par la problématique

L'un des médecins pensait au départ ne pas être concerné par cette problématique des demandes injustifiées, puis a finalement changé d'avis « *Non, parce qu'au départ, injustifié, je pensais que ça me concernait pas... Et puis en fait, oui, ça concerne tout le monde. Mais c'est parce que ça peut être tout et n'importe quoi en fait.* » (M10).

2. En pratique, le caractère injustifié du point de vue du médecin

La façon dont est faite la demande peut suffire à la rendre injustifiée aux yeux du médecin, comme les demandes par téléphone « *les demandes injustifiées sont beaucoup plus injustifiées par téléphone...* » (M4)

La suspicion d'un mésusage « *J'ai commencé à faire l'ordonnance, parce que je me suis dit que ce n'est que du zolpidem mais après maintenant ce sont des ordonnances sécurisées, donc j'avais aucun dossier... Je sentais qu'il y avait quelque chose qui clochait... de bizarre pendant la consultation...* » (M7). Ici, l'ordonnance sécurisée a servi d'alerte et a argumenté le refus.

Le médecin peut attribuer le caractère injustifié par rapport **aux règles administratives**, de la **CPAM** par exemple ; mais il peut ou pas, en tenir compte, et être en accord ou non avec ces règles « *Vu de la Sécurité Sociale, ça peut paraître injustifié mais ce n'est que comptable.* » (M6)

Le médecin juge la demande injustifiée car elle **sort du cadre médical**, elle **ne relève pas des compétences du médecin** « *Même si c'est même plus du médical, mais ça déborde largement de nos compétences et en même temps c'est facile pour nous de faire un certificat médical en disant ben non elle peut pas manger ce n'est pas bon pour elle la pauvre.* » (M2)

Il peut exister un **décalage entre la clinique et la demande** « *la consultation ne puisse pas valider des choses supplémentaires et que le patient considère lui qu'il en a besoin. Pour moi injustifié c'est que la consultation ne peut pas le justifier, ne peut pas aller dans le sens de la demande* » (M3). Il peut exister une discordance entre l'observation et la plainte. Ainsi, **l'examen demandé n'aboutit pas à la réponse** ou **il existe d'autres hypothèses diagnostiques** « *ça faisait plusieurs petits points qui pouvaient expliquer une fatigue et que pour moi ce n'est pas un examen de première intention. Et on ne peut pas... enfin c'est inconcevable de faire un scanner des pieds à la tête* » (M3).

La demande peut être jugée **inutile** car n'apportant **aucun bénéfice au patient sur le plan thérapeutique** « *je lui explique que c'est la même chose, que de toute façon il faudrait rééquilibrer l'autre traitement et que je ne voyais pas l'intérêt de switcher comme ça* » (M2).

3. Une consultation qui peut ne pas laisser indifférent par la suite

Le ressenti des médecins après ces consultations est très différent d'un médecin à l'autre.

Les affects des médecins et l'impact au niveau personnel

Le médecin peut ressentir un sentiment de **satisfaction, d'être en accord avec sa réponse** « *Le sentiment d'avoir bien fait les choses, d'avoir fait ce qui était juste* » « *j'étais plutôt satisfait de la façon dont ça s'est terminé* » (M1).

Ils peuvent, au contraire, ressentir de la **frustration**, le sentiment d'être **en désaccord avec leur réponse** « *Donc j'ai cédé en disant à la fin, 'je trouve absurde de ma part d'avoir accepté de changer parce que votre fille naturopathe vous dit de le faire, mais vous vous agacez tellement que je laisse tomber, je baisse les bras, je vous le donne et on en parle plus'.* » (M2) « *Des fois, on est un peu lâche...* » (M4).

Lors de ces demandes injustifiées, le médecin peut ressentir un **effet salvateur et rassurant du refus**, par la **levée du doute perturbateur**. Le médecin peut être perturbé, inquiet, s'il accède à une demande qu'il jugeait pourtant injustifiée ; le refus inhibe ce doute. « *Non j'essaie d'être assez strict. Je préfère bien dormir après... Quand j'ai fait un refus, je préfère dormir sur mes deux oreilles... Que d'avoir un doute...* » (M7).

Le fait de faire face au patient et à sa demande, peut permettre au médecin de **se remettre en question** « *Je pense qu'on peut se tromper... Je pense qu'on peut avoir tort... Je pense qu'on peut remettre en question des choses... Là aussi, je pense que personnellement dans ma pratique, je suis assez ouverte donc je peux reconnaître que je me suis trompée* » « *Alors des fois je réfléchis, au bien-fondé de... Je me demande pourquoi je m'agace autant, est ce que c'est par excès de fierté, par orgueil, parce que c'est moi le docteur... C'est pas ça en fait.* » (M2).

Le médecin M4 parle de son expérience sur les demandes injustifiées avec **dérision** « *Lui ça m'a fait rigoler parce qu'il est tellement... Bon là il a failli casser la figure à son voisin, donc bon c'est plus grave que... Bon c'est un monsieur qui a fait dix ans de prison donc euh... Non là ça m'a fait rire* » (M4).

Les médecins rapportent un sentiment de **doute** fréquent : doute sur la plainte, doute si la demande est ajustée ou non à la situation, doute sur la réponse apportée.

Le médecin peut ressentir du **soulagement**, lors de la rupture de la relation médecin – patient, suite à une demande injustifiée ayant mis le médecin en difficultés.

Mais parfois l'impact perdure plus « *Ça reste un peu mais bon... après la preuve c'est que je vous en parle encore, que ça m'a marqué* » (M7).

Impact au niveau professionnel

Parfois, le médecin prend conscience d'avoir été **manipulé, il se remet en question et modifie sa pratique** en conséquence « *Mais je l'ai compris tard. Du coup j'ai fini, après avoir eu l'impression de m'être bien fait avoir, j'ai complètement changé ma façon de faire.* » (M9).

Certains médecins reconnaissent être **impactés au niveau professionnel** par ces demandes. La **journée de travail peut être impactée** et le médecin **ne travaille pas dans sa tranquillité habituelle** « *Oui ça a perduré... oui ça perdure quand même dans la journée, ça gâche un peu la journée...* » (M7). La journée est d'autant plus perturbée s'il existe une **répétition des demandes** « *ça dépend de s'il y en a eu deux trois dans la matinée, ça commence à me perturber pour le reste de la journée.* » (M12).

Ces demandes sont ressenties comme une **perte de temps** dans la journée de travail « *Ce sont des consultations qui m'enquiennent, en fait, parce que je pense que j'ai mieux à faire qu'expliquer qu'on peut pas être allergique à tous les génériques. Donc c'est pas très passionnant. C'est plutôt irritant.* » (M12).

Pour le médecin M7, faire face à ces demandes injustifiées, **nourrit l'épuisement sur la journée et peut nourrir l'épuisement professionnel** « *L'épuisement professionnel il est pour tout. Pour la quantité d'heures de travail, pour la paperasse, pour beaucoup de choses... Ça y participe aussi.* » (M7). Pour l'un des médecins, les demandes injustifiées **mettent dans le burn-out** « *Dont un qui a fait un burn-out, c'est le père d'un copain à moi, qui a fait un burn-out, et ce qui l'a mis en dedans c'est ça, les demandes injustifiées. Et de batailler.* » (M9).

Impact faible voir nul

Certains médecins ne **sont peu voire pas impactés** par ces demandes injustifiées « *Non. Sur moi, oui s'il y a trop de demandes comme ça, ça aura un impact mais comme je vous disais, je suis un peu stricte sur des trucs, j'ai pas trop de demandes inconsidérées je crois* » (M2), « *Ça m'empêche pas de dormir* » (M4), « *Ah ça m'empêche pas de dormir ! Si y a un truc qui m'empêche de dormir c'est pas ça non. Ah non, non non.* » (M5). « *Non c'est comme ça et je passe à autre chose* » (M12). L'une des explications apportées par l'un des médecins est le fait qu'il **a éduqué sa patientèle et a donc peu de demandes** « *Je pense que c'est pas un gros problème, parce que j'ai une patientèle qui est ancienne, que j'ai éduqué au fur et à mesure, qui me connaît...* » (M12).

c) La connaissance du patient : facteur influençant le médecin et la réponse ?

- Patient connu :

Pour certains médecins, le fait de connaître le patient, son contexte, sa personnalité, son cadre de vie, peut permettre de **reclasser une demande qui apparaissait injustifiée en demande justifiée, de recontextualiser la demande.** « *Après peut être que le fait de les connaître, ça va classer une demande injustifiée, en demande justifiée...* » (M4) « *plus nous on connaît leur histoire et on a tendance à essayer de comprendre la démarche* ».

La demande **peut constituer une alerte**, lorsqu'elle est émise par un patient connu, et connu comme ne demandant jamais rien « *Alors soit on connaît le patient, et on sait qu'il faut s'alerter s'il demande quelque chose parce que c'est pas son habitude* » (M11).

Le médecin **accepte plus facilement**, même s'il a conscience du caractère injustifié de la demande, avec un patient qu'il connaît « *Plus on connaît sa patientèle et je pense plus on est en souplesse par rapport à ça je pense.* » (M1). Si le patient est **connu dans la sphère privée**, le **refus est plus difficile** « *avec quelqu'un, qui je sais est suivi dans le cabinet depuis plus de*

30 ans, que je connais, parce qu'il est impliqué dans la vie culturelle locale, c'est beaucoup plus difficile de le contredire » (M8).

Le fait de connaître le patient, et d'autant plus s'il n'est pas apprécié du médecin, peut placer le médecin d'emblée dans une attitude négative vis-à-vis du patient, **de par ses a priori**, et de ce qu'il peut demander. « Sur le plan humain déjà, je l'apprécie pas tellement donc... C'est vrai que... Je me méfie de ce qu'il peut me demander. » (M4).

Les **patients connus essaieraient plus**, profitant de leur relation avec le médecin. « C'est ce que je disais initialement, que plus on connaît ses patients, et plus ils savent ou ils estiment avoir de marge de manœuvre » (M1) « lui probablement il osera plus s'il nous connaît, s'il nous a déjà vu. Plutôt que le médecin qu'il n'a jamais vu et il n'osera pas demander comme ça. » (M3). Lorsque cela devient du **copinage**, il n'y a **pas de limites dans la demande** « quand on le connaît bien, c'est presque du copinage, donc ils vont se permettre de demander beaucoup plus de choses » (M5).

Le médecin est **plus sûr de sa réponse**, lorsqu'il juge qu'une demande est injustifiée, lorsqu'il connaît le patient. En effet il connaît mieux son dossier médical, ses antécédents, son mode de vie, son caractère etc... Cela **renforce sa conviction que la demande est injustifiée** « Nous à être plus sûr quand ça paraît injustifié » (M3).

Pour le médecin M7, les **refus seraient plus faciles à expliquer** à un patient connu et seraient **mieux acceptés** « Enfin le refus est en général mieux pris » (M7). Il y aurait donc **moins de tensions** lors de ces consultations « Lorsqu'on a une relation avec un patient, qu'on le connaît bien, qu'on le connaît depuis longtemps, on peut ... Il n'y a pas de tensions... » (M7).

Lorsque le médecin sent que la demande injustifiée cache une demande de réassurance, comme il connaît bien le patient, il peut **le rassurer autrement qu'en accédant à sa demande** « Donc quand on connaît la personne, voilà... On peut arriver à trouver une façon de la rassurer autrement, sans prescrire l'examen demandé. Par exemple. Quand c'est quelqu'un qu'on connaît pas, ça peut être plus délicat... » (M10).

Pour d'autres, le fait de connaître ou non le patient, **ne les influence pas** dans leur réponse. Ils essaient donc d'appliquer les mêmes principes, les mêmes règles, à tous les patients. « Non, non... Ça influe pas parce que... On a des rapports de confiance avec les gens... » (M6), « Je ne crois pas que ça influe sur ma réponse... Moi je mets mes critères à moi, qui sont pas ... » (M4).

- Patient inconnu :

Les patients inconnus **feraient plus de demandes injustifiées** « Ce sont souvent des gens qui ne sont pas des patients de mon cabinet en plus » (M7).

Le médecin serait **plus suspicieux** face à un patient inconnu « Surtout que c'était quelqu'un que je ne connaissais pas » (M6).

Les refus seraient **plus conflictuels** d'après certains médecins, avec un patient inconnu du médecin « Oui. C'est plus conflictuel » (M7).

Pour certains médecins, il est **plus facile de refuser** une demande venant d'un patient qu'ils ne connaissent pas « *Je crois que quand on le connaît pas, on peut se permettre plus facilement de dire non* » (M11), « *Dans le sens ou ça aurait été un touriste, ou quelqu'un que je vois pour la première fois, j'aurais pas de mal à refuser* » (M8).

Faire face à une demande injustifiée concernant un patient inconnu est **plus difficile par manque de repères** « *La question c'était est-ce qu'il l'avait pas déjà fait trois semaines avant... Et que du coup elle avait absolument besoin d'être rassurée... Voilà, ça je savais pas... Et donc... Bon voilà... C'est quelqu'un que je ne connaissais pas donc c'est plus difficile aussi...* » (M10). Le médecin est **plus réservé** avec un patient inconnu « *Ben oui, parce que si je connais pas, je dis « Bon ok mais je vous revois* ». Sans avoir de doutes « *Il faut que j'apprenne à vous connaître* ». C'est plus dans ce sens-là « *Je ne vous connais pas, on se revoit dans deux jours si ça va pas mieux* ». Du coup, c'est différent pour moi. Peut-être que je ferai différemment dans quelques années, que je ferai pareil avec tout le monde, mais pour l'instant j'ai besoin de connaître... » (M9).

Le médecin **pose des limites dès le départ** avec les patients inconnus « *Ceux qui me connaissent pas, des nouveaux patients, ça paraît clair de mettre dès le départ des barrières, à ne pas franchir. Et ils reviennent ou ils reviennent pas ça dépend.* » (M12).

d) Une tolérance variable selon les médecins, selon le médecin lui-même, selon les patients et le contexte

1. Selon le contexte

Le médecin peut se montrer **plus tolérant** lorsque les demandes sont **faites au cabinet, en face à face, plutôt que par téléphone** « *Je suis peut-être plus tolérante quand les gens, enfin, plus... Plus... Plus gentille entre guillemets quand j'ai les gens en face de moi ou... Comme la maman là, son histoire d'enfant malade bon... pff* », « *les demandes injustifiées sont beaucoup plus injustifiées par téléphone...* » (M3).

2. Selon les patients

Le médecin est **plus tolérant**, même s'il a conscience du caractère injustifié de la demande, **avec un patient qu'il connaît** « *Plus on connaît sa patientèle et je pense plus on est en souplesse par rapport à ça je pense.* » (M1). **La présentation du patient** influence également le médecin, sa tolérance envers la demande injustifiée « *ça dépend qui est en face, ça dépend. Si le gars arrive, que je l'ai jamais vu, pour demander une IRM, presque avant de dire bonjour... Non.* » (M5).

3. Selon les différentes approches des médecins

L'un des médecins déclare être **tolérant**, notamment parce qu'il **cherche ce que peut cacher** cette demande injustifiée « *Je suis relativement tolérant parce que j'essaie toujours un peu de comprendre ce qu'il y a derrière.* » (M1). Plusieurs médecins se trouvent même **trop tolérants** « *Ah oui. Je suis même parfois trop tolérant.* », « *J'accepte des choses parfois que j'estime pas justifiées. Je peux être assez cool quand même.* » (M12).

Certains médecins font preuve de **souplesse face aux demandes** « *Parce que des fois, il y a des situations où, ben voilà, faut quand même être arrangeante... J'estime... Après c'est caractère dépendant de chaque médecin... Il y a des médecins qui vont être sur leur ligne, c'est comme ça et pas autrement... A deux centimètres de la ligne, ben c'est plus la ligne... Et puis, moi j'ai plutôt tendance à essayer de ...Oui voilà... De m'adapter...* » (M10).

Certains médecins rapportent avoir une **attitude stricte** face aux patients et à leurs demandes jugées injustifiées « *Si c'est justifié oui, je vais accepter, je peux aller dans leur sens, je suis pas butée, mais après donc je dois avouer que j'aime bien décider moi* » « *Donc des fois je leur dit 'Quand j'amène la voiture au garage, je laisse faire le garagiste, je n'y connais rien'.* » (M3) « *Non, je suis pas très cool moi.* » (M4) « *Non j'essaie d'être assez strict* » (M7).

4. Selon le vécu du médecin

Le médecin peut être **plus ou moins tolérant selon son contexte personnel** « *Parce que là je suis de bonne humeur, c'est Vendredi ça va bien... Mais comme chacun d'entre nous et vous aussi je suppose, il y a des fois ou ... (soupir) On a envie d'aboyer ou de sortir les griffes...* » (M2)

Le médecin M5 reconnaît être de **moins en moins tolérant au fil des années**, face à ces demandes injustifiées.

e) Différentes issues possibles à ces demandes

1. Les demandes acceptées et les raisons de cette acceptation

Certaines demandes ont été acceptées, malgré leur caractère injustifié, car le **médecin se sentait contraint**. C'est le cas des demandes **d'arrêt de travail, a posteriori**, le patient se présentant en consultation et n'ayant pas été travailler « *Mais elle m'a mis devant le fait accompli aussi. Elle avait pas été au travail quoi* » (M4). Le médecin peut se sentir contraint car il avait déjà **accepté la même demande auparavant et celle-ci devient un dû** « *Et comme on l'a fait une fois, ben ça rend service, c'est normal... Après ça devient un dû...* » (M5).

Certains médecins peuvent accéder aux requêtes infondées de leurs patients par **peur de les perdre de leur patientèle** « *Alors je pense que certains collègues ont un peu les jetons de temps en temps... Moins maintenant, parce qu'au début ils avaient peur de perdre des clients, des patients* » (M5).

Ils peuvent également accepter pour **préserver la relation** avec leur patient « *Oui je fais carrément. On peut pas se mettre les gens à dos pour des broutilles comme ça quoi.* » (M6).

Le médecin peut accepter, tout en connaissant le caractère injustifié de la demande, simplement parce qu'il **connait le patient** et a donc plus de difficultés à lui dire non « *Donc je lui ai fait. Parce que je la connais et parce que... Mais franchement c'était injustifié.* » (M4). Connaissant le patient, le médecin peut vouloir **ménager son patient** « *Donc ça veut pas dire que je cède au caprice mais là je sentais qu'elle s'agaçait trop et que bon... je m'en fichais de la perdre comme patiente mais je sentais quelle avait du mal à gérer cette consult, qu'elle ne le supportait pas, elle s'énervait, elle s'énervait...* » (M2).

Le médecin peut accepter car **il a des difficultés à dire non**.

Si la demande revêt un caractère « **raisonnable** » pour le médecin, il peut y répondre favorablement « *Non non il faut que ce soit entre guillemets raisonnable* » (M8).

Le médecin peut accéder à la demande du patient en vue d'une **réassurance commune** « *Ça l'a rassuré, ça sera normal parce que ça a toujours été normal. Moi je serai tranquille parce qu'on passera pas à côté d'une hyperthyroïdie.* » (M6).

Bien qu'ayant conscience du caractère injustifié, le médecin peut y trouver **sa propre justification** « *Des fois il y a des situations sociales, qui font que, j'y trouve une justification* » (M12).

Le médecin peut accepter certaines demandes, **pour gagner du temps** ; ou plutôt pour ne pas en perdre en éventuel(les) explications, justifications, conflit... « *pour aller plus vite. Voilà, parce que j'avais pas envie de négocier. C'était entre midi et deux, j'avais pleins d'autres choses à faire... Voilà, pour aller plus vite ...* » (M4).

Lorsque le médecin accepte **contre ses convictions personnelles**, il peut **expliquer cette acceptation contrariée** au patient « *Et donc il y a des jours où on va dire « Bon ok je vous le mets votre truc et puis vous me rappellerez dans trois jours parce que ça n'aura pas marché.* » » (M10), « *vous vous agacez tellement que je laisse tomber, je baisse les bras, je vous le donne et on en parle plus* » (M2). Il peut **également accepter tout en posant des limites** « *Je lui en ai fait deux et au deuxième je lui ai dit que ce serait le dernier...* » (M9).

Pour l'un des médecins lorsque la demande est **faite par une femme enceinte**, une demande d'arrêt de travail notamment, il accepte par peur de regretter un refus.

2. Le médecin a pu changer d'avis au cours de la consultation

Après avoir **accepté initialement** la demande, le médecin voit son avis se modifier en cours de consultation, **au fur et à mesure de sa réflexion** et des échanges, pour finalement aboutir à un refus. **Le refus est le fruit de son cheminement.** « *J'ai commencé à faire l'ordonnance, parce que je me suis dit que ce n'est que du zolpidem mais après maintenant ce sont des ordonnances sécurisées, donc j'avais aucun dossier... Je sentais qu'il y avait quelque chose qui clochait... de bizarre pendant la consultation... Et après, à la fin, j'ai pris l'ordonnance, je l'ai déchirée et je ne lui ai pas donnée.* » (M7) « *il me demande d'être son médecin traitant, je commence à remplir le papier et à mi-chemin je me dis « mais tu es complètement folle ! Tu vas pas être son médecin quand même !* ». Et là, j'ai déchiré le papier, je lui ai donné » (M2). Lorsque le médecin répond rapidement, spontanément, puis la réflexion se fait au cours du dialogue. Le **dialogue peut modifier l'avis du médecin** « *Ou alors, ça arrive même des fois, de se dire que c'est pas si injustifié que ça* » (M11).

Suite à un **premier refus**, le **patient se place dans l'affectif et l'émotion**, et le médecin **finit par céder** « *Elle est hypertendue, elle avait les joues rouges, elle commençait à s'agacer et je me suis dit : « bon, allez, 85 ans... laisse tomber* ». Donc j'ai cédé » (M2)

3. Les demandes refusées

La consultation peut être écourtée, le **refus bloquant le dialogue et mettant un terme à la consultation**, sans explications « *Donc je lui ai dit que chez moi ça se passait pas comme ça, et du coup ça a tout bloqué* » (M12). Pour le médecin M4, le refus à la demande faite par téléphone met également un terme à l'échange, sans explications « *Donc par téléphone c'est souvent non et je dis non, et puis je raccroche moi, parce que déjà, souvent je suis en train de faire autre chose... On va pas perdre du temps, par rapport à celui qui est couché à côté... Voilà...* » (M4). Ce refus peut parfois entraîner une **rupture de la relation**.

Certains refus peuvent également aboutir à un **climat de violence** de la part du patient, mais cette violence **ne modifie pas la position du médecin**, il maintient son refus malgré la contrainte physique « *C'est fou quand même. Mais je me disais que je préférerais recevoir un coup de poing que lui faire ce faux certificat médical, tellement j'étais dans le refus.* » (M7).

Lors de ces refus le médecin peut **expliquer les limites** ou **apporter une solution alternative**.

En réponse au refus, certains patients se montrent **culpabilisant et provocateur, ou insistant** « *Mais il y a toujours, enfin il y a souvent la perte phrase « bon ben j'espère qu'il ne m'arrivera rien* ». *Du genre, je te fais culpabiliser.* » (M7).

D'après la plupart des médecins, globalement les patients **acceptent et écoutent les refus lorsque ceux-ci sont expliqués**. Les **refus expliqués se font sans conflit** et il n'y a alors **pas de retentissement sur la relation médecin-patient**. « *Non ! Non le ton n'est pas du tout monté, ça s'est passé très calmement, parce que je leur ai expliqué... Je me dis que quand on leur explique les choses...* » (M9).

f) Des solutions proposées pour affronter ces situations

La **discussion avec un confrère**, est une solution pour l'un des médecins, **pour s'apaiser**. Un autre cherche **l'approbation d'un confrère**, d'être **conforté dans sa position par l'avis d'un confrère** « *Et puis après j'en ai parlé à mon collègue aussi... Dès qu'il y a un truc qui me chiffonne j'en parle aussi...* » (M9), « *Non... Après, on a la chance d'être plusieurs ici, donc on peut en parler... Le fait d'en parler, que quelqu'un dise « Oh tu as bien fait », ça va mieux quoi... ça fait du bien ! Ça permet d'apaiser un peu...* » (M11).

Un des médecins souhaiterait un **relai de la CPAM**, que ce soit cet organisme qui gère les demandes d'arrêt de travail « *Donc... pff voilà... C'est pas à nous de faire la police dans ce domaine-là* » (M6).

Pour l'un des médecins, **se préserver de l'épuisement** passe par la **pose de limites** dès le début de l'exercice et le fait de **s'y tenir** « *Mais je pense que c'est important, dès le début, d'essayer de... de tenir le cap... C'est pas toujours facile. C'est loin d'être facile, loin, loin...* » (M9).

Pour un autre, **éviter le conflit** permet également de **se préserver** « *Mais là j'ai cinquante ans et il y a un moment où si on sort tout le temps les griffes, on s'épuise... Donc il faut trouver une façon de se préserver soi, d'éviter les conflits* » (M2).

Synthèse

Le médecin face aux demandes injustifiées

- *Pour répondre aux demandes, les médecins peuvent mettre en place plusieurs types de stratégies, celle-ci étant fonction du contexte professionnel du médecin :*
 - . *Des stratégies basées sur la communication*
 - . *La gestion du temps*
 - . *Le recours à des ressources externes*
 - . *La gestion de ses propres affects*
- *Pendant la consultation, les affects ressentis sont négatifs.*
- *Les médecins peuvent ressentir de la satisfaction lorsqu'ils font entendre et accepter leur réponse, dans le cas contraire ils ressentent de la frustration. Ils éprouvent également doute et remise en question.*
- *Ces demandes peuvent impacter le professionnel, lui imposer une remise en question avec modification de sa pratique. Sa journée de travail peut être impactée.*
- *Les demandes injustifiées peuvent nourrir l'épuisement professionnel et mettre en burn-out.*
- *Certains médecins sont peu impactés.*
- *La connaissance du patient influence différemment les médecins : avec un patient connu certains acceptent plus facilement, d'autres au contraire refusent plus facilement. Pour certains, il serait plus facile de refuser face à un patient connu, pour d'autres face à un patient inconnu.*
- *Avec un patient inconnu, certains médecins sont plus suspicieux, les échanges seraient plus conflictuels.*
- *Pour certains médecins, les patients connus essaieraient plus, pour d'autres ce sont les patients inconnus.*
- *La tolérance envers ces demandes est différente d'un médecin à l'autre ; un même médecin peut être plus ou moins tolérant selon son contexte personnel et professionnel.*
- *Ces demandes peuvent avoir différentes issues :*
 - . *Acceptées car le médecin se sent contraint, a peur de perdre son patient, à des difficultés à dire non...*
 - . *Changement d'avis pendant la consultation. La demande acceptée initialement est finalement refusée, le refus étant le fruit du cheminement du médecin. Suite à un refus, le patient a pu faire changer d'avis le médecin.*
 - . *Certaines demandes sont refusées ; certaines bloquent la consultation et y mettent un terme.*
- *Certaines solutions ont été proposées pour affronter ces situations : discussion avec un confrère, relai par la CPAM, poser des limites aux patients...*

V. Discussion

A. A propos de la méthode

1. Du choix qualitatif

Notre travail de recherche est une étude qualitative avec analyse de données verbales recueillies lors d'entretiens semi – dirigés.

a) Une recherche qualitative

Il s'agit d'une méthode de recherche intéressée par le sens et l'observation d'un phénomène social en milieu naturel (31). Elle permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? » ; elle permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et « la science dure ».

Particulièrement adaptée à la recherche en Médecine Générale, elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (33).

Elle a donc, dans notre recherche, toute sa place. Elle permet de répondre au « comment » le médecin généraliste fait-il face aux demandes injustifiées de ses patients ? Elle s'intéresse à un phénomène social qu'est la relation de soin entre un médecin et son patient. Et elle aborde également un aspect difficilement quantifiable : le fonctionnement du médecin et les affects.

b) Analyse des données verbales

L'analyse des données verbales s'effectue à partir de la retranscription d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes. Elle s'intéresse au « comment » du médecin, c'est-à-dire à son fonctionnement, sa pratique, mais également ses affects face à une situation réelle et vécue, qu'est la demande injustifiée faite par un patient au médecin.

c) Des entretiens qualitatifs

Le choix du recueil des données s'est porté sur des entretiens individuels. Ils permettent un accès direct au ressenti et au vécu des médecins généralistes, et celui – ci peut se livrer plus librement qu'au cours d'entretiens en groupe. Ils permettent l'obtention d'un matériel riche, authentique.

Le guide d'entretien sert de support, de repère, cherchant à balayer le plus d'aspect de la question de recherche. Il n'est pas suivi de manière stricte, le but étant de guider le discours de l'interviewé sans le diriger. Les questions ne sont donc pas posées dans l'ordre du guide, mais le cheminement des questions s'adapte au fil de la discussion.

2. Du choix de la population

Il peut être reproché à l'échantillon sa taille, douze médecins, donc un échantillon de petite taille.

L'objectif était de constituer un corpus le plus riche et le plus divers possible « non strictement représentatifs mais caractéristique de la population » (37). Les coordonnées des médecins contactés ont été trouvées via les « pages jaunes ».

La recherche via les pages jaunes a pu écarter certains médecins non-inscrits. La participation se faisait sur la base du volontariat ce qui sous-tend des facteurs propres à ces médecins, une sensibilité particulière au sujet, induisant un biais de sélection. Il y avait un équilibre entre nombre de médecins hommes et femmes, ainsi que dans les âges, et les lieux d'exercice. Mais seuls trois médecins sur douze étaient maîtres de stage.

3. De la validité et de la constitution de la grille d'entretien

Nous souhaitons recueillir, dans notre travail, le fonctionnement et la pratique des médecins, pour répondre à une demande injustifiée. Nous souhaitons également explorer la façon dont ils accueilleraient cette demande, ce qu'ils en pensaient avant, pendant et après la consultation, donc leur ressenti, leurs affects. Pour aborder ces aspects, il fallait partir d'une consultation vécue. Il n'a pas été imposé que ce soit la dernière vécue. Cela a pu entraîner un biais dans le choix de la consultation qu'ils relataient, celle choisie pouvant être la plus marquante, avoir un côté anecdotique.

Le fait de faire appel au souvenir du médecin a pu entraîner un biais de mémorisation.

De plus, spontanément les médecins racontaient une deuxième voire une troisième consultation.

4. Du déroulé de l'enquête

Il est important de noter que l'entretien est une rencontre entre deux individus singuliers. Il existe donc une intersubjectivité entre l'intervieweur et l'interviewé.

a) Prise en compte du contexte

La durée de l'entretien a été annoncée, dès la prise de rendez-vous, d'une durée équivalente à une consultation, environ vingt minutes, permettant au médecin de l'intégrer dans son planning sans trop de difficultés ; limitant les refus par manque de temps ou limitant l'inquiétude du médecin de prendre du retard dans son planning de consultations.

Le lieu choisi était le cabinet du médecin généraliste participant à l'étude, lieu qui lui est familier et dans lequel il se sent à l'aise. L'entretien se déroulait de part et d'autre du bureau (sauf pour un médecin par choix de celui -ci), permettant au médecin de rester à sa place de professionnel et de maintenir une certaine distance pouvant être sécurisante.

b) Influence de l'interviewé

Le médecin généraliste devant exprimer son ressenti, ses affects ainsi que son fonctionnement, il peut exister un biais de désirabilité. L'enquêteur étant un confrère médecin généraliste, le participant peut adapter ses réponses, par crainte d'être jugé ou pour obtenir une évaluation positive, il peut essayer de donner une réponse qu'il croit plus adaptée. Il peut tenter d'impliquer l'intervieweur pour avoir son avis, ou valider son point de vue ; pour justifier ses pratiques ou ses affects.

Lors de l'entretien, il est demandé au médecin de faire appel à ses souvenirs et de relater une consultation ; il peut donc exister un biais de mémorisation lors du rappel de la situation vécue.

c) Intervention et attitude de l'intervieweur

Le manque d'expérience de la thésarde a pu nuire au recueil des données.

En effet, lors des entretiens, elle a pu poser les questions de manière orientée ou fermée induisant un biais d'intervention. Elle a pu couper la parole par moment ou influencer le médecin interviewé par son mode de communication non verbal : hochement de tête, mimiques ... Elle avait également peu d'aisance sur les relances et reformulations, et des difficultés d'adaptation aux réponses, toujours en lien au manque d'expérience dans la conduite des entretiens.

5. Du mode d'analyse

a) Restitution des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité par la thésarde pour éviter toute perte de matériel.

L'enregistrement audio présente plusieurs avantages : il libère l'intervieweur de la prise de notes et lui permet d'être plus concentré et réactif lors de l'entretien. Il évite également de perdre des données.

Mais il peut générer, au moins en début de consultation, une forme de gêne de la part du médecin interviewé, avec une certaine retenue.

b) Analyse du contenu

La retranscription de chaque entretien a été codée à l'aide du logiciel NVivo, découpée en fragments, « nœuds », puis ceux-ci ont été réarrangés en catégorie pour faire ressortir des thèmes.

Cette analyse a été effectuée par la thésarde seule dans un premier temps, puis lors d'une deuxième analyse avec le directeur de thèse, pour limiter le biais d'interprétation. Cette triangulation des données permet une plus grande validité.

B. A propos des résultats

1. La demande injustifiée

a) Une définition variable et subjective

Cette étude montre que la définition de la demande injustifiée est subjective, est celle que le médecin en donne. Chaque médecin la définit de façon différente. C'est le médecin qui qualifie la demande.

On voit bien que cette demande est injustifiée mais dans un contexte donné, pour un patient donné et à un moment donné. Ainsi, une même demande pourra être perçue différemment selon le patient qui la formule, comment il la formule, l'état d'esprit du médecin au moment où il reçoit la demande, le cadre qu'il s'impose. Elle sera également perçue de façon différente d'un médecin à un autre, ce qui est injustifié pour un médecin ne le sera pas forcément pour un autre.

La définition d'une demande abusive repose autant sur des données objectives que sur des sensibilités personnelles.

Plusieurs définitions ont été données dans la littérature :

« Une demande de prescription non conforme aux recommandations médicales en vigueur et/ou qui ne correspond pas à la manière du médecin généraliste de pratiquer la médecine » (26).

« tout ce qui dans la relation patient - médecin déroge au cadre strictement professionnel » (24).

« Une demande jugée abusive est une demande persistante du patient qui cherche à obtenir un avantage aux dépens du médecin, bien que non-justifiable compte tenu de la science et de son éthique personnelle » (38).

Cette dernière définition concerne les demandes abusives, ce qui ne représente qu'une partie des demandes injustifiées. En effet, elles ne sont pas toutes considérées comme un abus, le patient ne cherchant pas forcément à en tirer un quelconque avantage.

La première définition regroupe la plupart des définitions données par les médecins de notre étude, à savoir un écart par rapport à un cadre réglementaire et par rapport à la vision que le médecin a de la médecine et sa pratique. Mais cela illustre parfaitement la variabilité et la subjectivité qu'il y a derrière, puisque chaque médecin exerce différemment, accepte des contraintes différentes, et aborde différemment sa pratique de la médecine.

Si l'on devait recouper les définitions données par les médecins de notre étude, pour donner une définition de ce qu'est une demande injustifiée :

Une demande injustifiée est une demande difficile à gérer, s'écartant du cadre réglementaire imposé par la déontologie, la CPAM et les recommandations officielles ; s'écartant également des convictions personnelles du médecin et de son exercice de la médecine, de l'EBM, et qui peut revêtir une forme d'abus et/ou de manipulation.

b) Le paradoxe chez les médecins de la fréquence des demandes

Certains médecins de l'étude, ont annoncé ne pas se sentir concernés au départ, par la problématique des demandes injustifiées. Puis, lors de l'entretien, ils n'ont pas eu de difficultés à raconter une, voire bien souvent plusieurs, situations vécues, où ils ont été confrontés à une demande injustifiée. Le médecin M10 illustre parfaitement ce paradoxe :

« Non, parce qu'au départ, injustifié, je pensais que ça ne me concernait pas... Et puis en fait, oui, ça concerne tout le monde. Mais c'est parce que ça peut être tout et n'importe quoi en fait ».

Lorsqu'il leur est demandé s'il s'agit d'un problème fréquent, ils sont nombreux à répondre par la négative. Pourtant, lorsqu'on les fait parler, ils déclarent que les demandes d'arrêt de travail, surtout à posteriori sont très fréquents, tout comme les demandes d'examen complémentaires à l'initiative de tiers paramédicaux. Il existe une différence entre les médecins, sur la perception des demandes injustifiées, mais également un paradoxe chez certains médecins.

Une étude réalisée par le Dr Levasseur, a recensé tout ce qui dans la relation médecin-patient déroge au cadre strictement professionnel et 7% des actes ont donné lieu à des demandes jugées non fondées. Cette étude confirme également la différence d'appréciation entre les médecins, sur leur perception des demandes non fondées. Un second travail rapporte que pour les généralistes interrogés, 68 actes sur 100 sont pleinement justifiés (39).

c) L'enjeu principal : la recherche de la demande cachée

Lorsque l'on interroge les médecins sur l'intérêt qu'ils peuvent trouver dans ces demandes injustifiées, plusieurs réponses sont données : mieux connaître son patient, la remise en question du médecin, un exercice pour le médecin, un intérêt pédagogique afin d'éduquer le patient pour éviter la récurrence de la demande. Tous y voient un intérêt différent. Deux médecins n'y voyaient même aucun intérêt et vivaient cet échange comme une perte de temps.

Mais la réponse qui prédomine nettement et que beaucoup de médecins ont citée, est la recherche d'une demande cachée. En effet, plusieurs médecins s'accordent sur le fait qu'il faut aller au-delà de la demande injustifiée, rechercher les motivations du patient. Bien souvent, cela révèle une inquiétude du patient concernant sa santé. Le but de la demande est de le rassurer quant à son état de santé.

Ces demandes de réassurance sont jugées fréquentes par une majorité des interviewés. Ils expliquent que c'est le rôle du médecin d'aller au-delà et de rechercher la demande cachée derrière cette demande injustifiée.

Cet élément est retrouvé dans plusieurs travaux sur les demandes non fondées, dont la thèse du Dr Jouve.

On peut rapprocher de cette demande cachée, le concept de « demande écran », décrit par la SFMG :

« Il arrive que le motif officiel d'entrée dans le système de soin ne soit pas le vrai sujet de préoccupation et le vrai problème à résoudre du patient. C'est ce qu'on appelle la demande écran. Cette situation est propre aux soins primaires. Il revient au médecin de rechercher quelle est la réelle demande du patient. » (40).

Un autre concept proche retrouvé dans la littérature, est celui de « l'agenda caché ». C'est le fait que les patients consultent leur médecin pour un motif autre que celui clairement exprimé (41).

Il est donc important pour le médecin d'être attentif envers son patient au cours de la consultation, afin de percevoir les attentes et besoins de celui-ci. Cela demande une démarche et une attention particulière puisque ces attentes peuvent être cachées.

d) Les types de demandes et la principale difficulté : l'arrêt de travail

Comme le montre notre travail, les demandes injustifiées peuvent concerner des motifs très nombreux et très variés.

Un travail les avait d'ailleurs classés en catégories dans lesquelles rentrent parfaitement les types de demandes recensés dans notre étude :

- La prescription (inadéquate, pour un tiers, hors RMO) ;
- L'anticipation (faire provision, renouveler la pharmacie familiale, ordonnance pour un voyage) ;
- L'exigence (déplacements illégitimes du médecin, horaires hors cadre, certificats illégitimes, prescription sous un autre nom) ;
- La régularisation (prescription a posteriori d'arrêt de travail, de médicament, d'examen) ;
- Les demandes diverses (24).

Mais la principale difficulté reste l'arrêt de travail. Les médecins sont nombreux à soulever cette difficulté. Pour certains, l'arrêt de travail représente la demande injustifiée par excellence, puisque lorsqu'on leur demande leur définition d'une demande injustifiée, ils répondent par l'exemple de l'arrêt de travail. Les études sur le même sujet retrouvent un résultat similaire. (25, 26,29).

Les médecins sont particulièrement en difficulté dans le fait de refuser un arrêt de travail. La difficulté est bien plus grande encore, lorsque la demande est faite a posteriori, que le patient a déjà été absent au travail. Le médecin se sent alors contraint et accède à la demande même si l'arrêt n'est pas justifié médicalement.

Selon un rapport de l'ANAES, en 2002, 85% des arrêts de travail pour cause de maladie étaient prescrits par les médecins libéraux (42). Ces chiffres confirment bien le fait que les médecins sont réellement confrontés au quotidien à la réalité de l'arrêt de travail.

Cette prescription d'arrêt de travail est définie par un cadre légal, à savoir le code de déontologie et le Code de la sécurité sociale.

Le code de déontologie rappelle que « *dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.* ».

Concernant le code de la sécurité sociale, il stipule que « *dans tous ses actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ». (Article L162-2-1 du code de la sécurité sociale).

Ce cadre légal illustre toute la difficulté de l'arrêt de travail pour le médecin. Il rappelle que le médecin est libre de ses prescriptions mais qu'il doit tenir compte de plusieurs paramètres : son devoir d'assistance envers le patient mais également son rôle d'acteur du système de soins. Il doit donc veiller à la dimension économique.

Malgré l'existence d'aide à la prescription émis par la CPAM, avec des durées indicatives d'arrêt de travail par pathologie, que les médecins connaissent, la pression du patient et la pression économique n'en sont pas moins présents. C'est pourquoi plusieurs médecins ont émis le souhait que cette prescription ne leur incombe plus et soit gérée par la CPAM.

Le médecin se retrouve donc tiraillé entre ce qu'il pense être adapté à la situation de son patient, l'attente du patient qui peut être différente de ce qu'il juge adapté, et la pression économique du système de soins. Le médecin doit se positionner à la fois sur la légitimité de mettre le patient en arrêt de travail, mais également sur la durée de celui-ci et cette décision reste subjective ce qui en fait toute la difficulté.

2. Le contexte

a) Le cadre proposé au patient

Pour certains médecins, l'attitude du patient part du postulat « qui ne tente rien, n'a rien ». Il n'y a donc pas de limites en théorie, hormis celle du médecin. La demande est injustifiée selon les repères du médecin, mais le patient en a probablement d'autres. C'est ainsi que certains patients ont pu être surpris de la réponse du médecin à leur demande injustifiée.

Les médecins comprennent que les patients fassent ces demandes, lorsqu'elles ne sont pas abusives, c'est-à-dire lorsqu'ils ne cherchent pas à en tirer avantage. Ils comprennent que les patients n'ont pas les mêmes connaissances médicales à leur disposition et qu'ils peuvent donc parfois faire des demandes qui ne sont pas fondées médicalement.

Les médecins acceptent moins les demandes hors cadre. Se pose alors la question des limites posées par le médecin, du cadre. Quand le cadre est posé, la demande hors cadre est donc injustifiée. Mais lorsque le cadre n'est pas connu, peut-on parler de demande injustifiée ? Le médecin n'est-il pas en partie responsable car il n'a pas fixé de cadre, de limites ?

Il semble qu'il y ait donc un réel intérêt à éduquer sa patientèle, à l'informer du cadre dans lequel on souhaite exercer, afin de prévenir ces demandes. Cela permet également d'expliquer le refus au patient lorsqu'elles surviennent, en leur rappelant les limites fixées.

b) Une modification du temps de consultation

Le temps est une difficulté particulière dans les demandes injustifiées pour certains médecins.

Notre étude a montré que, si certaines consultations étaient brèves ou de durées habituelles, certaines étaient d'une durée allongée. C'est donc un facteur de stress supplémentaire pour le médecin, de par le retard accumulé. En effet, cela peut retentir sur les consultations suivantes, par le mécontentement des patients, mais également parce que le médecin va terminer plus tard sa journée de travail.

L'autre difficulté réside dans le fait que le médecin doit faire tout le cheminement de la consultation, de plus une consultation compliquée, en un temps restreint.

c) Les médias et la société de consommation

Ces demandes injustifiées s'inscrivent dans un contexte d'évolution de la société.

En effet, les patients évoluent dans une société où l'information et les médias sont omniprésents. L'accès à Internet s'est considérablement développé et presque tous les patients y ont accès et peuvent désormais rechercher des informations de nature médicale. C'est ainsi que plusieurs médecins expliquent avoir des demandes de patients, après que ceux-ci aient

consulté Internet. Malheureusement la qualité des informations est très variable et les patients n'ont pas les connaissances suffisantes pour choisir et critiquer les sources qu'ils consultent.

Notre pays offre également un système de soin qui permet au patient de ne pas avancer d'argent pour certains soins : médicaments, examens complémentaires. Certains médecins trouvent que les patients n'ont plus conscience de la valeur financière de ces actes et que cela donne lieu à des consultations avec « la liste de courses ». Les patients « consomment » les soins à l'image de la société de consommation dans laquelle ils évoluent. Pour certains patients tout ce qui relève de la santé devient un dû. Ces éléments sont également retrouvés dans d'autres études (29, 43).

La qualité et l'équilibre de notre système de soins passe par une responsabilisation des patients. C'est ainsi qu'en 2004, lors d'une conférence de médecine générale, il a été suggéré que la loi du 4 Mars 2002 donne des droits aux patients sans la responsabilité qui va avec (43). Anne Laude dans son article « Le patient entre responsabilité et responsabilisation » relate également un débat de même nature qui aurait eu lieu lors des débats parlementaires relatifs au projet de la loi du 4 Mars 2002. Mais toute la question réside dans le fait de faire appliquer cette responsabilité au patient, ou du moins de les responsabiliser (44).

d) Un ressenti : moins de demandes en milieu rural

Certains médecins de l'étude ont évoqué le fait que les patients vivant en milieu rural faisaient moins de demandes injustifiées. Pour ces médecins, c'est lié au fait que les patients en milieu rural vivent dans des conditions plus difficiles, avec des métiers plus difficiles et ne s'en plaignent pas.

La littérature ne confirme pas ce ressenti des médecins.

Le Dr Levasseur relevait dans son travail, que le lieu d'exercice avait un effet sur l'acceptation du médecin des demandes non fondées : en cas d'exercice à la campagne ou dans une petite ville, les demandes jugées non fondées étaient acceptées plus facilement, à 75% contre 55% en ville (24).

3. Le ressenti des médecins

a) Les affects pendant la consultation : en grande majorité des affects négatifs

Lorsque la demande est formulée par le patient, elle est souvent mal accueillie par le médecin qui la reçoit. Dans notre étude, les affects décrits sont l'agacement, la contrariété, l'énervement voire même la colère. Ils sont tous du domaine du **désagréable**.

Ces sentiments négatifs ressentis lors de la formulation de la demande sont également retrouvés dans un autre travail de thèse s'intéressant à l'impact et au ressenti des médecins généralistes face aux demandes injustifiées. Mais pourquoi ces demandes sont-elles mal accueillies ? Pourquoi ne sont-elles pas reçues avec une neutralité identique à tout autre motif de consultation ?

Cette demande semble remettre en question la toute-puissance du médecin qui détient le savoir. Il doit donc se justifier et cela est difficile. Le médecin est déstabilisé par la demande.

Cette demande est déstabilisante car elle modifie le déroulement habituel de la consultation : plainte, interrogatoire, examen physique, diagnostic puis traitement ou examens complémentaires. Il existe donc une convention de la consultation à laquelle le médecin est

attaché. Cela a été rapporté dans notre étude par un médecin, il veut que le patient vienne avec une plainte et non pas une demande d'examen, le choix de la proposition de l'examen doit lui revenir. Cette perte d'initiative dont il est privé par le patient, déstabilise le médecin.

Les médecins ressentent également un **stress** croissant au cours de ses consultations, à cause du processus de négociation. A ce stress s'associe une certaine tension. Ils qualifient les consultations au cours desquelles sont faites des demandes injustifiées, d'éprouvantes, compliquées et tendues.

Certaines demandes aboutissent à un réel **conflit**. Selon le ressenti des médecins de notre travail, les conflits seraient plus fréquents lorsque les demandes injustifiées viennent d'un patient inconnu. L'un des médecins a même été confronté à un patient avec un comportement violent, il a craint une agression physique tout au long des échanges animés. Patients inconnus et médecin ne partagent pas de relation médecin – patient réellement. C'est ainsi que les concepts de confiance et de tolérance ne sont pas présents lors des échanges. Parfois, même celui de respect est manquant.

Le CNOM a réalisé une enquête en 2017 et publié un rapport en 2018 sur la santé des médecins. 90% des participants à l'enquête ont, au cours des trois derniers mois, dans le cadre de leur activité professionnelle, été confrontés à des situations stressantes (45).

b) Le ressenti après la consultation

1. Le doute

Le doute est un sentiment fréquemment rapporté par les médecins de l'étude. Il peut apparaître dans plusieurs cas : un doute concernant la plainte, un doute si la demande est réellement injustifiée ou pas, puis un doute sur la réponse apportée. Ce doute est générateur d'anxiété pour le médecin.

Pour plusieurs médecins, le doute est plus fréquent en situation de refus : ai-je bien fait de ne pas accéder à sa demande ? Rarement, le refus soulage ce doute. En effet, si le médecin accède à une demande qu'il juge pourtant injustifiée, ou limite, type prescription médicamenteuse ou certificat, et qu'il est inquiet des conséquences de cette acceptation. Le doute est présent et perturbe le médecin, sa tranquillité d'esprit. Le refus lui permet de s'affranchir de cette inquiétude.

Cela renforce l'importance d'être en accord avec la réponse que l'on apporte, pour pratiquer sereinement.

L'incertitude a donc des sources et des degrés différents en médecine générale comme le rapporte la sociologue Géraldine Bloy dans son article :

« Les omnipraticiens libéraux français semblent ainsi se distinguer par un contexte d'exercice qui, au motif de préserver la liberté, élève le degré et multiplie les sources d'incertitude dont ils doivent s'accommoder (...). L'incertitude médicale sur le front des savoirs se déploie selon elle sur trois différents niveaux : un niveau 1 qui « résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible », un niveau 2 qui « dépend des limites propres à la connaissance médicale » du moment, et un niveau 3 qui tient à la difficulté pour un praticien donné de faire la part du premier et du deuxième niveau. (...) L'incertitude liée à l'étendue des motifs possibles de consultation. (...) L'incertitude sur ce qui peut se passer en aval de la consultation est également forte » (46).

C'est donc un sentiment omniprésent avec lequel le médecin généraliste doit composer.

2. La remise en question

Il peut s'agir d'une remise en question personnelle, sur le caractère du médecin et son comportement. C'est ainsi qu'un médecin de l'étude se demandait après une consultation où il s'était énervé, si cela était réellement justifié, si ce n'était pas à cause de son contexte personnel

...

Mais cela peut également aboutir à une remise en question du médecin sur sa pratique. Parfois, cette remise en question peut entraîner une modification de la pratique du médecin. C'est ainsi que l'un des médecins expliquait au cours d'une conversation une fois l'entretien terminé, qu'il avait accepté de faire un certificat médical dans une affaire juridique impliquant l'un de ses patients. L'avocat avait utilisé le certificat contre le médecin. Le médecin s'est retrouvé avec une plainte contre lui et face à une procédure. Il a donc décidé de ne plus faire de certificats médicaux dans ces cas-là.

Les demandes injustifiées ne sont pas anodines et ont un retentissement sur le médecin. Elles touchent aussi bien la sphère personnelle que professionnelle du médecin, toutes deux étroitement intriquées.

3. L'impact négatif sur la sphère personnelle

On comprend aisément que des difficultés professionnelles peuvent retentir et avoir un impact sur la sphère personnelle. L'un des médecins rapportait que lorsqu'une consultation avait été éprouvante, comme celle relatée pour les besoins du travail de thèse, il rapportait ses problèmes à la maison. Une fois rentré chez lui, il continuait à repenser à sa journée ainsi qu'aux difficultés qu'elle avait comportées.

Dans son rapport de 2018, la CNOM a évalué que la consommation de médicaments et de psychotropes concerne 25% des médecins ayant participé à l'étude, 13,2% des participants ont rapporté avoir des idées suicidaires (45).

D'après la CARMF, en 2016, la première cause d'invalidité chez les médecins (toutes spécialités confondues) est représentée par les troubles psychiatriques à 43, 05%, cette proportion augmentant au fil des dernières années (47).

4. Le retentissement sur la journée de travail

Ces demandes injustifiées impactent le médecin et son fonctionnement sur la journée. Les médecins reconnaissent ne plus travailler dans leur tranquillité habituelle pour le reste de la journée. En effet, selon leur satisfaction par rapport à leur gestion de la demande injustifiée, les médecins peuvent éprouver soit de la satisfaction lorsqu'ils sont en accord avec la réponse apportée mais surtout de la frustration lorsqu'ils sont en désaccord avec la réponse apportée.

Selon E. Galam « *La signature de la bonne réponse, qu'elle soit positive ou négative est marquée par l'accord avec soi-même ; la signature du non que je n'ai pas osé formuler apparaît lorsque je ressens contrariété, colère ... après avoir dit oui* » (48).

Cela illustre tout l'intérêt de dire non, lorsqu'il s'agit de la décision du médecin, les sentiments de contrariété, colère, pouvant perdurer au-delà de la consultation au cours de laquelle on n'a pas osé dire non.

5. L'épuisement professionnel et le burn-out

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le *burn-out* se caractérise par un « *sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail* » (49). En France, une prévalence de l'ordre de 50 % chez les médecins généralistes a été retrouvée dans de nombreuses études.

Une première thèse réalisée en 2006, retrouvait un niveau de burn-out important chez les médecins généralistes français, un médecin sur deux (51,5%) souffrait de Burn-out (50).

Ce chiffre est retrouvé dans un autre travail de E. Galam en 2007, où 53% des répondants se déclarent spontanément menacés par le Burn-out Syndrom. Dans les problèmes difficiles à gérer, 25% des répondants ont cité les exigences et conflits avec le patient (51).

En 2018, le rapport du CNOM, retrouve chez les répondants à l'enquête, 54% présentant une réponse positive à l'item de l'épuisement émotionnel, 43% à la perte d'accomplissement personnel et 20% à l'item de dépersonnalisation des relations avec les patients. Ces trois items sont ceux de l'autoquestionnaire MBI (Maslach Burn-out Inventory) référence dans le dépistage du Burn-out (45).

Ces chiffres corroborent le ressenti des médecins de notre étude, à savoir que les demandes injustifiées peuvent nourrir l'épuisement professionnel.

Il y a donc un réel intérêt à prendre conscience de l'impact de ces demandes, et leur portée, pour rester vigilant envers notre état de santé psychique, qui peut en être impacté.

4. La réponse du médecin aux demandes injustifiées

a) *Les principaux éléments influençant la réponse du médecin*

Notre étude a permis de relever des facteurs prédisposant le médecin à tendre plus vers une acceptation ou un refus de la demande du patient.

Ainsi, certains éléments mettaient le médecin dans un état d'esprit tourné vers le refus :

- Le mode de la demande : la demande par téléphone (plus tolérant lors des demandes en consultation en face à face) ;
- La présentation du patient avec un comportement déplacé ou irrespectueux ;
- Le profil patient demandeur avec un patient habitué à faire des demandes injustifiées ;
- Le patient se présentant sans RDV lorsque ce n'est pas le mode de consultation du médecin ;
- Le contexte professionnel (retard de consultation, fatigue professionnelle) et personnel du médecin (fatigue, problèmes personnels) ;
- Les a priori sur le patient : le doute du médecin fait la demande injustifiée.

Le fait de connaître le patient ou non, influence différemment les médecins de notre étude. Certains déclarent se montrer plus souples et sont donc plus enclins à accepter avec un patient qu'ils connaissent. Cela peut s'expliquer par le fait que la connaissance du patient apporte des repères au médecin, cela lui permet d'aménager la demande dans un contexte connu. Certains ont également peur de rompre la relation en refusant.

A l'inverse, avec un inconnu, le manque de repères favorise le refus et il n'y a pas de craintes de mettre en péril la relation médecin-patient puisqu'elle n'est pas encore établie.

Pour un autre médecin, les patients connus connaissent les limites et le cadre fixés par le médecin, il n'accepte donc pas les demandes injustifiées des patients connus. A l'inverse, avec un patient inconnu, qui ne connaît donc pas le cadre de consultation du médecin, il peut accéder à une demande injustifiée mais en positionnant le cadre pour la suite.

Certains déclarent ne faire aucune différence entre patients, qu'ils soient connus ou inconnus, et leurs imposent le même cadre, les mêmes réponses à tous.

Un autre facteur important est la qualité de la relation médecin- patient préexistante. Ainsi, l'un des médecins interviewés avait une relation conflictuelle avec l'un de ses patients, reposant sur le conflit, la tension et la négociation permanente. Elle reconnaît être moins souple avec lui lorsqu'il fait des demandes apparaissant injustifiées.

On voit bien que la réponse faite par le médecin, à une demande injustifiée, est une réponse unique, adaptée à chaque patient, et à un contexte particulier.

b) Les stratégies de réponse

1. La communication : une compétence du médecin généraliste

Tous les médecins de notre étude s'accordent sur le fait que la gestion des demandes injustifiées, passe par la communication. Ils l'utilisent tous pour répondre aux demandes injustifiées.

Pour décrire leur réponse à la demande, ils utilisent plusieurs termes en rapport : « expliquer », « expliciter », « relancer la discussion », « énoncer le cadre », « reformuler ».

Les stratégies basées sur la communication, visent à faire adopter la réponse du médecin. Celle-ci peut être strictement unilatérale, point de vue seul du médecin, et est souvent plus difficile à faire adopter. Souvent, le médecin cherche donc un « compromis acceptable » pour les deux parties. Il peut ainsi accepter et s'approprier la demande du patient, la modifier selon son point de vue. Il peut proposer une solution alternative, réorienter la demande. Ces solutions sont souvent mieux acceptées par le patient, car ce n'est pas un refus ferme, le patient ne ressort pas « sans prescription » et ne se sent pas débouté de sa demande.

Pour faire adopter son point de vue, lorsque celui-ci est le refus, le médecin peut mettre le patient face à sa demande, en lui demandant ce qu'il en pense ou en reformulant la demande. Cela force le patient à se questionner sur ce qu'il demande, se remettre en question et se mettre à la place du médecin. Il apporte parfois lui-même la solution, la réponse. Le refus du médecin est alors facilité.

Cette compétence qu'est la communication fait partie du référentiel des compétences du CNGE, associé à l'approche centrée patient et la relation médecin- patient. Cette compétence est bien présente chez les médecins de notre étude.

La compréhension est une des attitudes de Porter. C'est le fait de tenter de comprendre empathiquement autrui. Cela institue un écoutant et un écouté. Cela permet de créer un espace de communication pour le patient (52).

2. Une place importante pour la négociation

Plusieurs médecins expriment clairement être dans un processus de négociation avec leur patient. Ainsi, plusieurs médecins emploient clairement le terme « *Une fois qu'on a fait notre marchandage de marchand de tapis, là c'est bon on est un peu apaisé. Une fois la négociation, on est apaisé* ».

Dans le travail du Dr Jouve, la négociation est utilisée par les médecins mais ils ont des difficultés à utiliser ce terme, l'un des médecins ayant même « une aversion » pour ce terme. Ils utilisent des dérivés mais décrivent utiliser ce processus. Les médecins de notre étude n'ont pas de difficultés rapportées avec ce terme, ils sont plusieurs à l'utiliser spontanément pour décrire leurs échanges avec le patient lors des demandes injustifiées (29).

La définition française de la négociation est la recherche d'un accord, centrée sur des intérêts matériels ou des enjeux quantifiables entre deux ou plusieurs interlocuteurs, dans un temps limité (53). Cette définition rejoint totalement le concept de décision médicale partagée. La SFMG utilise le terme de négociation pour expliquer le concept de décision médicale partagée : *il y a donc négociation entre le « souhaitable » et le « possible » pour obtenir un « acceptable » commun.*

Il est reconnu dans la littérature que la décision médicale partagée est un critère de soins de qualité. La négociation permet donc d'obtenir cette qualité de soin et celle – ci est largement utilisée par les médecins généralistes.

3. La gestion du temps

Il peut s'agir de différer la réponse dans le temps, en temporisant. Cela peut être le cas, en mettant en place un délai de réponse. Le médecin prévient le patient qu'il laisse un délai de réflexion. Cette technique n'a pas été retrouvée dans notre travail. En effet, aucun médecin n'a clairement exprimé à son patient le souhait de prendre le temps de réfléchir à la demande, et d'y répondre dans un second temps. La réponse peut aussi être différée en faisant appel à l'avis d'un confrère. Le médecin cherche alors à confirmer son avis ou appuyer sa décision. Cela donne plus de poids à la décision du médecin.

Le médecin peut gérer le temps de consultation et raccourcir volontairement les échanges. Il s'affranchit ainsi de la durée de consultation allongée. Il limite également le temps de parole du patient, qui a donc moins de place pour demander des explications et mettre en difficultés le médecin.

4. Le recours à des ressources externes

- Le code pénal et le code de déontologie médicale

L'un des médecins s'est appuyé sur le code de déontologie pour refuser une demande de faux certificat médical. Il a invoqué les risques qu'il encourrait en le faisant.

« Le médecin s'expose alors à des sanctions pénales et disciplinaires et peut être condamné à réparer sur le plan civil le dommage causé par l'intervention fautive » (Article 441-8 Code Pénal).

« La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite » (Article R. 4127-28 du code de Santé Publique).

« Lorsque les faits relatés sont faux ou que le document a eu pour objet ou pour effet de tromper le tiers auquel le certificat a été remis. Entre dans cette catégorie le faux certificat ou le certificat de complaisance qui ne repose l'un et l'autre sur aucune vérité médicale mais sur des motifs étrangers à l'exercice de la médecine » (Code de déontologie médicale).

La responsabilité médico-légale du médecin peut donc être engagée. Les médecins en ont conscience et n'ont en général pas de difficultés à en faire part au patient. Ce qu'a fait le médecin de notre étude.

La responsabilité du médecin peut être engagée soit en raison de son contenu, soit en raison de la remise à un tiers qui n'est pas admis à en prendre légalement connaissance. Selon le CNOM, le plus souvent, c'est le contenu qui met en difficulté le médecin qui a rédigé le certificat.

- L'utilisation de test diagnostic

L'un des médecins a évoqué l'utilisation de streptotest, pour appuyer une non-prescription d'antibiotiques. La négativité du test est un argument opposable à la demande du patient, avec en plus un support visuel. Le principe du test peut être expliqué au patient, avec le résultat attendu, et on peut ensuite le faire participer en lui confiant la lecture du test ou en lui montrant pour confirmation.

Ce résultat est confirmé par d'autres travaux (29).

5. La gestion de ses propres affects

Plusieurs médecins expliquent volontairement, et consciemment, garder une attitude calme. Il s'agit de ne pas se laisser déborder par les sentiments qu'ils peuvent ressentir et qui peuvent interférer dans le bon déroulement de la consultation. Leur but est d'apaiser pour maintenir le dialogue ouvert, et donc faire entendre leur position. Cela implique donc qu'ils ne se laissent pas déborder par la colère. En effet, lorsque le ton monte, chaque partie n'est ni attentive ni réceptive aux échanges, aux points de vue de l'autre. Le dialogue est stérile. Pour faire entendre sa position, le dialogue doit rester ouvert, dans le calme.

Cette stratégie est retrouvée dans un autre travail portant sur le même thème (30).

La thèse du Dr Gourrin, a mis en évidence l'intérêt de participer aux groupes Balint. Cela permet justement une meilleure gestion des affects, une amélioration « *du savoir-être par une prise en compte des émotions* » et du « *savoir-faire par l'acquisition de compétences en communication et par une réflexion sur la pratique médicale* » (54). La participation à des groupes Balint peut donc être une solution pour faire face aux demandes injustifiées.

6. Un recours aux différentes stratégies variable

Certains médecins concèdent qu'ils ont plus recours à certaines stratégies selon leur contexte professionnel.

En effet, s'ils sont disponibles, n'ont pas accumulé de retard dans leur consultation, ne sont pas éprouvés par d'autres consultations, ils vont plus tendre vers la communication et la gestion de leurs affects.

Si au contraire, ils sont pressés ou agacés, ils vont plus facilement tendre vers la temporisation notamment en demandant un avis à un confrère, voir même en raccourcissant la consultation. Ils se laisseront plus facilement déborder par leurs émotions.

L'importance est d'en avoir conscience, pour y être attentif et rester maître de ses choix.

c) Définition des « procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face aux demandes injustifiées de leurs patients »

Selon le dictionnaire Larousse, un procédé est « une méthode pratique pour faire quelque chose ; une manière d'agir, de se comporter ».

En résumé de notre travail, si on devait définir les procédés mis en place :

Le procédé consiste en l'analyse de la demande émise, selon le patient, le contexte et le ressenti du médecin ; le médecin interagit avec son patient en mettant en jeu des affects, entre dans un processus de négociation et apporte une réponse en utilisant la compétence « communication » ; cette réponse peut être l'acceptation ou le refus immédiat, ou le report de la réponse définitive, avec un cheminement du patient.

5. Le patient et la relation médecin-patient dans les demandes injustifiées

a) Quelle relation médecin-patient ?

On a vu que selon les médecins, le fait de connaître ou pas le patient, les influence différemment dans leur réponse, tout comme la qualité de la relation médecin-patient.

Pour beaucoup de médecins interrogés, les refus seraient plus faciles à expliquer et seraient mieux acceptés auprès de patients connus. Les explications ont peut-être plus de sens car médecin et patient partagent un continuum affectif, des attaches et des repères.

Le but est d'avoir une relation médecin-patient adaptée pour aboutir à une décision partagée, une décision commune, comme rappelé par la SFMG.

La SFMG a décrit trois types de relation médecin-patient, basés sur la sociologie :

- L'approche directive : Chacun des acteurs est cloisonné dans son rôle, le médecin est l'expert, il a le savoir. Le patient est le profane, il n'a qu'un choix logique et rationnel, suivre les instructions du médecin. Le dialogue médecin-malade est alors inutile.
- L'approche communicationnelle : Le médecin accepte de prendre en compte les interrogations du patient. Il se sent l'obligation de ne pas se contenter d'ordonner, son rôle est aussi d'expliquer. Le dialogue médecin-malade prend place dans la consultation, cependant il reste marginal. La logique reste la même que dans le premier cas, il faut éduquer le patient afin que celui-ci intègre le vrai savoir ou le refuse.
- L'approche négociée : Le médecin accepte non seulement de prendre en compte les interrogations du patient, mais aussi ses raisonnements, ses choix, et les conséquences de la maladie sur sa vie. La relation médecin-malade se complexifie, le médecin ne doit pas se contenter d'expliquer mais il doit adapter ses propositions thérapeutiques aux enjeux du patient. Le dialogue médecin-malade est central : la décision finale est le résultat d'un processus de négociation. Dans cette logique le malade est un partenaire (55).

Ainsi, un patient trop en accord avec le médecin est-ce vraiment une décision partagée ? Le risque de ce modèle est que le patient n'exprime pas ses interrogations, ses représentations, ses choix. Cela peut- être parce que le médecin a un comportement directif. Mais cela peut être lié à la personnalité du patient qui cherche une approbation du médecin. Mais il en résulte un déséquilibre et les choix du patient ne sont pas représentés.

La bonne relation médecin- patient est-ce alors tout accepter ? Il semble que non. Nous avons vu que le médecin peut ressentir de la frustration lorsqu'il est en désaccord avec la réponse apportée. Et cette frustration peut retentir sur son activité mais également sur son moral, et donc sa vie personnelle.

Pour l'un des médecins de l'étude, une relation médecin- patient de qualité est une relation basée sur une confiance réciproque. Pour ce médecin, il y a donc très peu de demandes réellement injustifiées. Le travail du Dr Gerbaud retrouve cet élément (26). En effet, la relation étant basée sur la confiance, il n'y a pas de notion d'abus ou de manipulation. La confiance réciproque atténue le caractère injustifié de la demande. Mais lorsque la confiance disparaît, il en est autrement. La relation que l'on met en place peut donc faire le lit des demandes injustifiées.

Cela confirme qu'une relation médecin patient de qualité semble être celle basée sur une approche négociée. La qualité de la relation est importante, avec une confiance réciproque. Dans cette relation, les deux points de vue sont entendus, et le but est de trouver un compromis acceptable pour le médecin et pour le patient. C'est le principe de décision médicale partagée.

b) Les affects dans la relation médecin – patient

L'un des médecins reconnaît mettre des affects dans ses consultations, dans ses relations avec le patient. Mais elle reconnaît également être plus affectée que certains de ses collègues par certaines demandes injustifiées.

Le partage émotionnel est-il un terrain facilitant les demandes injustifiées ? Tout comme l'identification au patient ? Lorsque le médecin s'identifie au patient (même âge, même culture, mêmes préoccupations, même situation), celle-ci est en général spontanément affective. Le patient peut jouer dessus, profitant de la situation pour faire sa demande injustifiée, en se disant que le médecin aura des difficultés à refuser. Le patient peut manipuler le côté affectif de la relation pour modifier l'avis du médecin. Le médecin peut également céder plus facilement car il se met à la place du patient auquel il s'identifie. Il y a donc des paramètres de la consultation qui peuvent nous échapper.

Le Dr Vodounnou dans son travail, a montré que les affects du sujet-médecin sont constamment présents dans la relation médecin-patient et dans la consultation, et qu'il y a un réel intérêt pour le médecin à étudier sa propre subjectivité au sein de la relation. Elle propose également des solutions comme effectuer « *un travail de distanciation notamment par la verbalisation* », par la participation à des groupes de pairs ou des groupes Balint (56).

Se pose également la question de la juste distance relationnelle.

Quatre auteurs se sont posés la question et discutent de ce thème dans « Une juste distance pour soigner ? »

« *L'absence de frontière est tout aussi dangereuse et nocive tant pour le patient que pour le soignant. Être tellement impliqué dans la situation que « on se met à la place de l'autre » comme on dit, revient, de fait à prendre la place de l'autre. Cette dépossession exclut le sujet*

de son existence. (...) Cette attitude est également dangereuse pour soignant : il s'épuise sans comprendre d'où vient cette fuite perpétuelle d'énergie » (57).

Il est donc important de se questionner sur la distance relationnelle que l'on peut mettre en place, et de la répercussion qu'elle peut avoir sur le médecin et sur le patient.

L'un des médecins avait initialement refusé une demande qui lui semblait injustifiée. Le patient s'est alors positionné dans un registre affectif, larmoyant, et le médecin a fini par changer d'avis et céder. La demande injustifiée renvoie le médecin à ses affects pour le patient. Un manipulateur peut s'en rendre compte et jouer dessus pour déstabiliser le médecin. Il pourra ainsi obtenir ce qu'il souhaite, car il saura activer des leviers chez le médecin, qui font appel à ses affects et le font céder. Il semble donc que rester dans l'affectif dans la relation médecin-patient ne soit pas une position idéale, et encore moins dans la gestion des demandes injustifiées. Mais certains mécanismes peuvent nous échapper.

Ce même médecin répondait à chaque situation de façon très spontanée et impulsive, toujours en y mettant beaucoup d'affects. Comment changer de registre pour faire face aux demandes, être moins impacté dans notre pratique ? C'est là qu'intervient le concept de « position meta ». Il s'agit d'un concept de Programmation Neuro-Linguistique. Il s'agit d'une « posture mentale qui permet de pratiquer une sorte de dissociation de nous-même afin d'être à la fois l'auteur et l'observateur de la scène ». L'utilisation de cette position permet de prendre de la hauteur lors des situations difficiles comme peuvent l'être les demandes injustifiées et d'autant plus lorsque les affects sont mis en jeu, qu'ils nous débordent. Cela permet de changer la manière dont on appréhende les choses et de modifier son comportement afin d'être moins dans la réaction, où les émotions sont livrées de manière très authentique (58).

Se poser la question des affects dans la relation médecin – patient, renvoie à la question « faut-il soigner ses proches ? ». Plusieurs travaux s'accordent sur le fait que le jugement du médecin est affecté, ainsi que son intuition et sa rationalité. Il perd son objectivité. Il va ainsi y avoir « une minimisation des symptômes, voir un déni » « une hypertrophie du sentiment de réassurance et atrophie du sentiment d'alarme ». Ces dysfonctionnements sont en lien avec cette « absence de cadre physique et psychique » (59).

Les affects sont donc difficiles à gérer dans la relation médecin-patient. Ils peuvent modifier l'objectivité du médecin. S'il est impossible de s'en défaire, puisque tout n'est pas maîtrisable, il faut au moins en être conscient et y être vigilant. Certaines techniques comme l'adoption d'une position meta peuvent nous aider à améliorer notre gestion de ces situations difficiles.

6. La personnalité du médecin

Des types de personnalités ont émergé de notre étude, avec une pratique différente et une gestion des demandes différentes.

L'un des médecins présentait une personnalité « rigide ». Il imposait un cadre ferme à tous ses patients, qu'ils soient connus ou inconnus. Lorsqu'il considérait qu'une demande était injustifiée, il la refusait sans difficultés. Il expliquait ses refus calmement. Il laissait peu de place à la négociation. Il estimait être peu concerné par le problème des demandes injustifiées et n'avait donc aucun impact de celles-ci. Une fois la consultation terminée, il « passe à autre chose ».

Un autre médecin présentait une personnalité plus « affective ». Elle s'exprimait sur un mode action/réaction, prenait tout pour elle. Elle évitait les conflits. Elle alternait sans interruption entre le « moi professionnel » et le « moi personnel ». Ainsi, elle était empathique avec ses patientes mères de famille auxquelles elle s'identifie « *je donne mon mail aux patients, euh... surtout pour les femmes, plus des femmes que des hommes, dont je sais qu'elles travaillent, elles ont des enfants, il faut téléphoner au cabinet et attendre trois minutes, c'est un peu compliqué de nous avoir* ». Lorsqu'elle évoque la demande injustifiée vécue, elle exprime avoir été en colère, toute rouge, s'énervant et avoir ressenti de la colère au décours. Le dialogue avec la patiente, bien que connue, était tendu et toutes deux s'énervaient. La négociation était présente, difficile. Elle reconnaît mettre des affects dans sa pratique et être donc plus « touchée » selon ses dires. Elle est visiblement plus impactée par la demande que le médecin « rigide » et la gère différemment.

Dans ces deux cas, la personnalité du médecin reflète sa pratique et sa gestion des demandes injustifiées. Mais la personnalité est un paramètre que le médecin ne peut pas complètement maîtriser et il doit donc composer avec dans sa pratique.

De plus, il existe un décalage entre la vision que le médecin a de lui-même et sa façon de pratiquer, et celle que nous avons perçue.

En effet, le médecin « rigide » en fin d'entretien déclare « *Je peux être assez cool quand même* » concernant sa gestion des demandes injustifiées, alors qu'il reconnaît tout au long de l'entretien, être strict, peu ouvert à la négociation. A contrario, le médecin « plus sensible » déclare « *c'est simple il faut dire non* » concernant sa gestion des demandes injustifiées, alors qu'elle reconnaît également avoir des difficultés, être touchée lors des échanges, et y mettre des affects.

On serait également tenté de dire qu'une personnalité plus « rigide » est moins prédestinée au stress, que la personnalité plus « affective ».

Le MBTI (Myers Briggs Type Indicator) est un des modèles de compréhension des différents types de personnalité. Il s'agit de l'analyse de quatre dimensions : orientation de l'énergie, recueil d'information, prise de décision et mode d'action. Pour chaque dimension, une personne a une préférence de fonctionnement, parmi deux. Par exemple, concernant la prise de décision, l'une des préférences est la Pensée, et l'autre le Sentiment. Ainsi, selon les préférences de fonctionnement de chacun, dans chaque dimension, cela permet d'identifier un type de personnalité. Il en existe plusieurs, chacun ayant ses points forts et points faibles. Leur intérêt est de cerner son mode de fonctionnement afin d'améliorer la communication, de mieux gérer stress et conflit (60).

Selon M. Brasseur, c'est « la méconnaissance de soi qui prédestine au stress ». Les individus n'ayant pas conscience de leur mode de fonctionnement, ils sont incapables de solliciter correctement les ressources internes qui leur sont propres, selon leurs préférences de fonctionnement. Ce n'est pas la typologie de personnalité qui prédestine au stress. Ainsi, le médecin « affective » n'est pas plus prédestiné au stress que le médecin « rigide ». Si elle est plus sujette au stress, c'est parce que, selon Brasseur, elle ne se connaît pas et n'est donc pas capable de mobiliser des ressources pour gérer les situations difficiles (61).

Il est donc important de se connaître, de travailler sur soi, pour améliorer la connaissance de soi, de ce qui détermine et influence nos comportements et comment améliorer notre communication, notre gestion du stress et des conflits.

7. Des solutions pour aider le médecin en difficulté dans cette problématique

a) L'exercice de groupe et la présence d'une salle de repos dans le cabinet

Les demandes injustifiées déstabilisent le médecin et peuvent les mettre en difficultés. Les médecins, spontanément, ont proposé des solutions pour les aider à améliorer cette gestion des demandes et leur vécu. Plusieurs médecins exercent au sein de cabinet de groupe et discutent des situations problématiques, comme ce fût le cas pour une demande injustifiée, avec leurs collègues. Cela leur permet de s'apaiser, de limiter l'impact sur la journée et de ne pas ramener ensuite les difficultés chez eux. Cela les aide à limiter l'impact professionnel et personnel. Cette discussion est non formelle, et se fait pour la plupart dans une « salle de repos », qui tient véritablement le rôle de « sas de décompression ». Il y a donc un intérêt à avoir, au sein du cabinet, un espace neutre, où le médecin ne pratique pas, où il peut se couper un instant de son espace professionnel.

b) Un relai par la CPAM

Les médecins sont en difficultés devant les demandes d'arrêt de travail. Ils sont unanimes : c'est un problème, fréquent qui plus est, qui les met en difficultés. Ils arrivent difficilement à refuser un arrêt de travail non justifié ou ont des difficultés à y mettre un terme. Trois des médecins souhaiteraient que la CPAM prenne le relai, qu'ils gèrent intégralement cette prescription et le suivi. Il est difficile pour le médecin, est générateur de stress, d'être à la fois garant des intérêts du patient et garant des intérêts économiques du système de soins. Il se retrouve comme piégé au milieu, entre les deux parties, chacun cherchant son avantage.

c) Des limites clairement définies dès le début de l'exercice

Certains participants expliquent que le fait de poser des limites aux patients, de l'en informer, de poser un cadre dès le début de la relation, permet de préserver le médecin de l'épuisement. Mais ils précisent qu'il faut garder cette ligne de conduite imposée, tenir les limites que l'on s'est fixées ce qui n'est pas toujours aisé.

Cette solution a été retrouvée dans le travail du Dr Meda (30). Il s'agit pour le médecin de réfléchir au type d'exercice qu'il souhaite : déterminer notamment la part du temps professionnel et du temps personnel, en fixant des horaires et en s'y tenant. Cela permet d'éviter tout débordement de la sphère professionnelle sur la sphère personnelle. En effet, lorsque le médecin s'en rend compte, il est difficile de faire marche arrière. Donc il faut fixer le cadre dès le début et s'y tenir.

d) Différer la réponse

Certains médecins ont évoqué cette stratégie de réponse, pour faire face à une demande injustifiée. Ils proposent souvent de prendre l'avis auprès d'un confrère, ce qui diffère la réponse dans le temps. Cela permet au médecin d'apporter une réponse à la demande du patient et donc de faire redescendre le niveau de tension que peut générer la demande.

Mais dans notre travail, aucun médecin n'a clairement dit à son patient qu'il souhaitait prendre un délai de réflexion et que la réponse serait donnée plus tard. L'un des médecins a pris un temps de réflexion, à une demande faite par mail, mais il n'a pas informé son patient qu'il souhaitait différer la réponse. Il semble que les médecins aient des difficultés à reporter cette

réponse. Ils se sentent contraints à apporter une réponse, une solution, immédiatement. Cela répond au schéma de consultation appris lors de la formation : le patient vient avec sa plainte, le médecin interroge, examine et propose une prise en charge. Lorsque le médecin réserve sa réponse, la dernière étape de la consultation n'est pas faite. La plupart des médecins ne sont pas habitués à fonctionner ainsi.

Pourtant, dans d'autres professions, les propositions et décisions sont rendues après un délai. C'est le cas dans le domaine de la justice. Toutes les décisions sont prises après un certain délai, après un temps de recherche et un temps de concertation.

Différer la réponse permettrait au médecin de réfléchir calmement à la demande, en dehors d'un contexte générateur de stress et de tension, pouvant fausser le raisonnement et le jugement. Cela permettrait également au médecin de s'informer, lorsqu'il a un doute, avant de rendre sa réponse.

e) Autres solutions

Dans la littérature, d'autres solutions étaient proposées. Il s'agissait pour les médecins, d'orienter leur formation continue dans ce sens, notamment en participant à des formations sur la communication, sur la gestion du stress ou la gestion des conflits.

Une des solutions proposées peut également être la participation à des groupes de pairs. Les groupes de pairs sont nés en France en 1987, par la SFMG. Ce sont des médecins volontaires qui se réunissent pour discuter, évaluer et analyser leurs pratiques. Le matériel est issu de situations vécues dans le quotidien du médecin. C'est un outil de formation continu, reconnu et validé par la HAS comme outils d'évaluation et de formation des pratiques (62).

Comme vu précédemment, la participation à des groupes Balint peut être une aide pour le médecin, dans la reconnaissance et la gestion de ses émotions. Il s'agit d'un outil pour le médecin, pour faire face aux demandes injustifiées de ses patients (54, 56).

VI. Perspectives

Certains médecins de notre étude, un faible nombre, ne se sentaient pas concernés par la problématique des demandes injustifiées. Ils estimaient donc ne pas avoir de difficultés particulières en rapport avec ce type de demandes. Ils n'ont, malgré tout, eu aucune difficulté à se remémorer une situation vécue qu'ils ont relaté et décrit. Ils en décrivent même tous plusieurs, et ce de façon spontanée. Ces médecins pourraient être revus et interrogés afin de savoir si le fait de participer à ce travail, les a sensibilisés aux demandes injustifiées. Peut-être n'en avaient-ils pas conscience avant de participer à cette étude, et maintenant leur avis s'est modifié ? Mais il se peut également que la thèse n'ait rien modifié et ils ont simplement très peu de demandes injustifiées.

Il a été demandé à chaque médecin de décrire une situation vécue, puis de l'analyser en termes de ressenti et également de pratique. Ils ont dû mettre des mots sur leurs affects ainsi que sur leurs actes. Il pourrait être intéressant de revoir ces médecins après le travail de thèse effectué pour évaluer si la thèse et la réflexion qu'elle leur a demandée, a eu un impact sur eux. Il s'agirait d'observer s'il y a eu un cheminement dans leur pensée, une modification de leurs comportements. La thèse pourrait avoir servi de « thérapie professionnelle » avec prise de conscience.

Une perspective des demandes injustifiées n'a pas été abordée : est-ce que la demande injustifiée impacte le jugement du médecin sur le patient et modifie le comportement de celui-ci au sein de la relation médecin-patient ?

Deux types de personnalités ont émergé de notre travail mais ce n'est pas représentatif des personnalités des médecins. Un travail sur la personnalité des médecins et leur gestion des demandes injustifiées pourrait également être une piste de travail. La personnalité du médecin reflète-elle sa pratique ? La réponse aux demandes injustifiées est-elle en rapport avec sa personnalité ? Certaines personnalités souffrent-elles plus dans leur exercice ?

Tout ce qui touche à la relation médecin-patient est passionnant, riche de questionnements et d'enseignements. C'est un domaine inépuisable de recherche. Il a de plus, un grand intérêt dans notre pratique, la relation médecin-malade étant centrale dans la pratique de la médecine.

Notre travail a montré que les affects représentaient un enjeu central dans la relation médecin-malade et dans la gestion des demandes injustifiées. Il y a un réel intérêt pour les médecins à prendre conscience de la place qu'ils donnent à leurs affects dans la relation avec leurs patients, de l'impact que cela peut avoir sur eux et sur leurs pratiques. Cette prise de conscience peut leur permettre de mettre en place des mesures de gestion de ces affects, afin de prodiguer des soins objectifs et de qualité et d'exercer sereinement, sans contrainte. L'une des pistes est l'apprentissage de la position meta. Il doit également apprendre à se connaître, connaître sa personnalité, son mode de fonctionnement. Une méconnaissance de soi et de ses préférences de fonctionnement prédestinant au stress. Le médecin doit donc effectuer un travail sur lui.

VII. Conclusion

La société dans laquelle nous vivons et dans laquelle le médecin pratique, est une société de consommation et de l'avènement d'Internet. Il en résulte une certaine exigence des patients envers leurs soins. C'est dans ce contexte qu'ils peuvent faire des demandes injustifiées. Mais pas uniquement. Plusieurs médecins s'entendent sur le fait que ces demandes peuvent être liées à une différence de repères entre médecin et patient. Le patient n'est pas forcément dans une logique de consommation ou d'abus.

Lorsque les médecins reçoivent cette demande, ils sont en général déstabilisés et éprouvent des affects de l'ordre du désagréable. En effet, ils n'ont pas l'habitude de ne pas être à l'origine des propositions thérapeutiques et de prise en charge. Ils perdent un peu de leur place au sein de la consultation.

Une fois ce ressenti passé, le médecin analyse la demande de différentes façons. Il est influencé dans son analyse par le patient lui-même, le contexte et la personnalité du médecin. Concernant le patient, il s'agit du fait de le connaître ou non, si c'est un patient ayant l'habitude de faire des demandes, s'il se présente sans rendez-vous, son comportement (irrespectueux, agressif) et la qualité de la relation préexistante. La façon dont est faite la demande a également son importance : une demande par téléphone expose plus à un refus qu'une demande faite en face à face au cabinet médical. Le contexte est dominé par le contexte professionnel du médecin : fatigue, retard dans ses consultations, agacement ou stress lié à des précédentes consultations. La personnalité du médecin et sa gestion de la relation interviennent également. Nous avons vu qu'un médecin qui place des affects dans sa pratique, avec identification au patient ou partage émotionnel, analyse et réagit différemment. Il est plus enclin à accepter même contre son avis.

Pour répondre à cette demande, la plupart des médecins utilisent un outil indispensable et central dans la pratique de la médecine générale : la communication. La relation s'effectue sur un modèle négocié, où les deux protagonistes recherchent un compromis acceptable par les deux parties. Cette technique qu'est la communication, est également associée à la gestion de ses propres affects, employée par certains médecins, pour ne pas se laisser déborder par leurs émotions et perdre la main sur la consultation. Le concept de « position meta » prend ici tout son intérêt.

Il est important pour le médecin d'effectuer un travail sur lui, d'apprendre à se connaître, pour mobiliser correctement ses ressources et faire face à cette situation des demandes injustifiées, qui peuvent présenter de nombreuses difficultés.

Suite à une consultation difficile, où le patient a émis une demande injustifiée, le médecin peut en ressortir déstabilisé. Certains rapportent un sentiment de doute persistant et de remise en question, qu'ils peuvent ramener à la maison le soir, impactant ainsi leur vie personnelle. Tout ce climat déstabilisant peut alors aboutir à un épuisement professionnel chez certains praticiens.

A l'heure où un médecin généraliste français sur deux déclare être concerné par le burn-out, il est important pour le médecin de mettre en place des solutions personnelles et professionnelles pour se préserver et conserver des conditions d'exercice de qualité. Elle peut passer au niveau personnel par des formations ou des lectures pour apprendre à se connaître, connaître son fonctionnement et ses limites. Au niveau professionnel, cela peut passer par la participation à des groupes de pairs, des groupes Balint, l'aménagement d'un cadre professionnel au cabinet (horaires, secrétariat pour la gestion des appels et des demandes) et la formation professionnelle sur la communication par exemple. Cela peut passer par une modification de sa pratique comme instaurer un délai de réponse dans ces situations difficiles.

Le médecin doit être vigilant à son bien être personnel et professionnel pour continuer à dispenser des soins de qualité dans un environnement sans facteurs anxigènes.

VIII. Bibliographie

- (1) Palazzolo J. L'évolution de la relation médecin- malade. *Cerveau et Psycho*, 2006.18:70-75.
- (2) Fragu P. La relation médecin-patient : histoire d'une transformation. *Ethique et santé*, 2004.1(1):26-31.
- (3) Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, swab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale médecine - médecine de famille. *Wonca Europe* 2002. (cité le 10/12/2018). [En ligne]. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
- (4) Haute Autorité de Santé. Mise au point. Démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. 2015. (cité le 10/12/2018). [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
- (5) Mission Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la Santé, CNGE, CNOF, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger Levrault, 2010.155p.
- (6) Ministère de la santé et des services sociaux, Cardinal L, Québec (Province). Direction générale de la santé publique. Programme national de santé publique 2003-2012. Québec: Santé et services sociaux Québec, Direction des communications ; 2003. (cité le 10/12/2018). [En ligne]. <http://206.167.52.1/fr/document/publication.nsf/LienParId/E76533B4F436909A85256C7600697DBF?opendocument>
- (7) Bousquet MA. Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. FICHE N°8. Thèse de doctorat en médecine. Paris:Université Pierre et Marie Curie. 2013. (cité le 10/12/2018). [En ligne]. http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/810/fichier_fiche8_modele_biomedical_et_holistee360e.pdf
- (8) Bousquet MA. Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. FICHE N°10. Thèse de doctorat en médecine. Paris: Université Pierre et Marie Curie. 2013. (cité le 10/12/2018). [En ligne]. http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/813/fichier_fich10_diagnostic_de_situation_ope_ebm752d9.pdf
- (9) Bousquet MA. Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. FICHE N° 34. Thèse de doctorat en médecine. Paris: Université Pierre et Marie Curie. 2013. (cité le 10/12/2018). [En ligne]. http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/836/fichier_fiche34_decision_medical_e_partagee6347f.pdf
- (10) Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. *Presse Med*, 2013.42(3):258-60.

- (11) Rogers C. Psychothérapie et relations humaines Théorie de la thérapie centrée sur la personne, 1959.
- (12) Balint M. Le Médecin, son Malade et la Maladie. Petite Bibliothèque Payot; 1973. 422 p
- (13) Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. A model for the doctor- patient interaction in family medicine. Fam Pract, 1986.3(1) :24-30.
- (14) Druais PL, Attali C, Frappe P, Certain MH, Le Mauff P, Sejourne JM et al. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. 2009. (cité le 21/12/2018). [En ligne]. https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compétences_MG.pdf
- (15) Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in medical encounter : what does it mean ? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 1997 ; 44 (5) : 681-92.
- (16) Haute Autorité de Santé. Etat des lieux. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. 2013. (cité le 21/12/2018). [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
- (17) Malengreaux S, Grenier C. La décision partagée en consultation de médecine générale, Woluwe-Saint-Lambert :RESO, 2017. (cité le 22/12/2018). [En ligne]. https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-reso/documents/revues-de-litterature/PURE03-2017-Decision_partagee.pdf
- (18) Hoffmann TC, Montori VM, Mar CD. The connection between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making. JAMA. 2014 ; 312(13) :1295-6.
- (19) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- (20) Cochrane Canada francophone. Médecine fondée sur des preuves. (cité le 07/01/2019). [En ligne]. <https://ccf.cochrane.org/médecine-fondée-sur-des-preuves>
- (21) EBM et Cochrane. Bibliothèque interuniversitaire de Santé pôle Médecine Odontologie ; 2018. (cité le 10/01/2019) [en ligne]. <http://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/ebm-tutoriel-biusante.pdf>
- (22) Barratt A. Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: the challenge of getting both evidence and preferences into health care. Patient Educ Couns. déc 2008;73(3):407-12.
- (23) Righini M, Gal GL. Principes de la médecine fondée sur les preuves. 2005;11:4.
- (24) Levasseur G, Schweyer FX. Les demandes des patients jugées « non fondées » par les médecins. Rev Prat Med Gen. 2003;17(603):246-50.
- (25) Lotfi M. Un aspect de la relation médecin-malade : les refus opposés aux demandes de patients. Thèse de doctorat en médecine. Paris : Université Pierre et Marie Curie. 2014. (cité le 10/12/2018). [En ligne]. <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/lofti-these.pdf>

- (26) Gerbaud E, Julien A. Déterminants de consultation amenant le Médecin Généraliste à céder à des demandes de prescriptions injustifiées et Stratégies de refus. Thèse de doctorat en médecine. Angers : Université d'Angers. 2016. (cité le 15/12/2018). [En ligne]. <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20074177/2016MCEM5932/fichier/5932F.pdf>
- (27) DREES. Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé Edition 2018. (cité le 15/12/2018). [En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018>
- (28) Jamouille M. De la prévention chronologique à la prévention relationnelle ; la prévention quaternaire comme tâche du médecin de famille. Poster Rencontres Prescrire, 2010. (cité le 15/12/2018) [En ligne]. <https://www.prescrire.org/docu/postersbruxelles/jamouillem.pdf>
- (29) Jouve A. Les demandes des patients ressenties comme abusives par les médecins : expériences des médecins généralistes et stratégies de gestion. Thèse de doctorat en médecine. Lyon : Université Claude Bernard. 2017. (cité le 08/01/2019). [En ligne]. <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=225674769>
- (30) Meda L. Impact des demandes injustifiées des patients sur les médecins généralistes. Thèse de doctorat en médecine. Poitiers : Université de Poitiers. 2017. (cité le 08/01/2019). [En ligne]. <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/d6167350-1c59-4c13-8e75-75fdf84ab944>
- (31) Kakai H. Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologique de rédaction de mémoire. Université de Franche-Comté, Février 2018. (cité le 03/02/2019). [En ligne]. http://www.carede.org/IMG/pdf/RECHERCHE_QUALITATIVE.pdf
- (32) Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014. Tome LIII(4):67-82.
- (33) Mercier A, Aubin- Auger I, Baumann L, Lehr - drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008.19(84):142-5.
- (34) Pires A. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique in : Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperriere A, Mayer R, Pires A. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : Gaetan Morin;1997. p113-169.
- (35) Godfroid T. Préparer et conduire un entretien semi-directif. 2012. (cité le 03/02/2019). [En ligne]. <http://crulh.univ-lorraine.fr/sites/crulh.univ-lorraine.fr/files/documents/Tiphaine%20Godefroid.pdf>
- (36) Le Codage d'Entretien - Méthodologie & Exemples. Scribbr. 2018. (cité le 03/02/2019). [En ligne]. <https://www.scribbr.fr/astuces/codage-entretiens/>

- (37) Kivits J, Houbre B. Investigation en santé publique : méthodes qualitatives – Principes et outils. (cité le 03/02/2019). [En ligne]. https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Echantil_qualit.html
- (38) Pueyo S, Mauviard E. Ressenti des médecins généralistes face à la pression de prescription. Définition d'une demande abusive. Poster Rencontre Prescrire 2017. (cité le 15/02/2019). [En ligne]. https://www.prescrire.org/Docu/Rencontres2017/070_PueyoS_Poster_DemandeAbusive.pdf
- (39) Sondage « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés » - Fédération Hospitalière de France (FHF). (cité le 18/02/2019). [En ligne]. <https://www.fhf.fr/Actualite/A-la-Une/Sondage-Les-medecins-face-aux-pratiques-d-actes-injustifies/>
- (40) Bousquet MA. Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. FICHE N°21. Thèse de doctorat en médecine. Paris: Université Pierre et Marie Curie. 2013. (cité le 18/02/2019). [En ligne]. http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/823/fichier_offre_du_malade-734fa.pdf
- (41) Netgen. Que cache l'agenda caché ? Revue Médicale Suisse. (cité le 03/03/2019). [En ligne]. <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-5/30169>
- (42) ANAES. Arrêts maladie : État des lieux et proposition pour l'amélioration des pratiques. 2004. (cité le 03/03/2019). [En ligne]. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000075/index.shtml>
- (43) Medec, le salon de la médecine. La maturité des patients, une chance pour le système de soins. Paris ; 2004. (cité le 03/03/2019). [En ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medec2004_0.pdf
- (44) Laude A. Le patient entre responsabilité et responsabilisation. Les Tribunes de la sante. 2013. 41(4):79-87.
- (45) Conseil National de l'Ordre des Médecins. La santé des jeunes médecins : un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions. 2018. (cité le 26/03/2019). [En ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_sante_des_medecins.pdf
- (46) Bloy G. L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accommodements possibles. Sciences sociales et sante. 2008;Vol. 26(1):67-91.
- (47) Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. De quelles affections souffrent les médecins bénéficiaires du régime invalidité- décès ? 2017. (cité le 26/03/2019). [En ligne]. <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2017/nature-affections.htm>
- (48) Galam E, Dumas FR. Oser « dire non » avec sérénité. Rev Prat Médecine Générale. 2007 ;(788-789) : 1079-1080.

- (49) Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, Institut national de recherche et de sécurité. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout: mieux comprendre pour mieux agir : guide d'aide à la prévention. 2015. (cité le 26/03/2019). [En ligne]. https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf
- (50) Vaquin- Villeminey C. Prévalence du burn out en médecine générale : Enquête auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Thèse de doctorat en médecine. Paris : Université René Descartes. 2007. (cité le 26/03/2019). [En ligne]. <https://www.sentiweb.fr/document/734>
- (51) Mouries R, Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Rapport d'enquête pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'île de France. Juin 2007. (cité le 26/03/2019). [En ligne]. http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
- (52) Lieb Storebjerg S. Connaître les différentes attitudes et les réactions qu'elles peuvent induire. 2008. (cité le 26/03/2019). [En ligne]. <https://www.univ-montp3.fr/infocom/wp-content/REC-attitudes-et-reactions8.pdf>
- (53) Tavel A, Steinmann B. Code de la médiation et du médiateur professionnel recueil des textes officiels et professionnels français et européens sur la médiation. Bordeaux : Médiateurs éd.; 2013.
- (54) Gourrin E. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin- patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Etude qualitative par entretien semi- directif. Thèse de doctorat en médecine. Bordeaux : Université de Bordeaux. 2014. (cité le 11/04/2019). [En ligne]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017336/document>
- (55) Bousquet MA. Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. FICHE N°16. Thèse de doctorat en médecine. Paris : Université Pierre et Marie Curie. 2013. (cité le 11/04/2019). [En ligne]. http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/818/fichier_fiche16_patient_client_par_tenairee73e6.pdf
- (56) Vodounnou M. Les affects des médecins généralistes : leurs approches et leurs solutions pour ne pas déborder le cadre de la relation médecin- patient. Une étude qualitative exploratoire auprès de 24 médecins généralistes du grand Sud-Ouest. Thèse de doctorat en médecine. Bordeaux : Université de Bordeaux. 2015. (cité le 11/04/2019). [En ligne]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01237866/document>
- (57) Blanchard F, Morrone I, Ploton L, Novella J-L. Une juste distance pour soigner ? Gerontologie et societe. 2006;29 / n° 118(3):19-26.
- (58) Lexique PNL. (cité le 11/04/2019). [En ligne]. <http://www.pnl.fr/pnl/lexique-pnl#m>
- (59) Delmas V. Soigner ses proches : une erreur ? : recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins délivrés par un médecin généraliste à ses proches : étude qualitative auprès de douze médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. Thèse de doctorat en médecine. Lyon : Université Claude Bernard. 2014.

(60) Le modèle MBTI. [En ligne]. (cité le 11/04/2019). <http://www.16-types.fr/modele-MBTI-0-introduction.html>

(61) Brasseur M. Certains types de personnalité sont-ils prédisposés au stress professionnel ? L'apport des types psychologiques de Jung. Humanisme et Entreprise. 2008;n° 288(3):37-49.

(62) Haute Autorité de Santé. Évaluation et amélioration des pratiques. Une démarche d'amélioration de la qualité : les groupes d'analyse de pratiques entre pairs « peer review ».; 2006. (cité le 11/04/2019). [En ligne]. <https://www.irbms.com/download/documents/HAS-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf>

IX. Annexes

A. Grille des entretiens semi-dirigés

- 1- Caractéristiques générales de l'interviewé : âge, sexe, type d'exercice, durée d'exercice.
- 2- Contexte :
J'aimerais m'entretenir avec vous des demandes de vos patients qui vous paraissent injustifiées :
 - Qu'est-ce que cela vous évoque en premier ? Qu'en pensez-vous ?
 - Comment définiriez-vous « une demande injustifiée » ?
- 3- Pourriez-vous me raconter la dernière consultation au cours de laquelle un patient a émis une demande qui vous a paru injustifiée, où la demande injustifiée était le motif de consultation :
- 4- Concernant votre avis initial à propos de cette demande :
 - Quel était-il ?
 - Pourquoi cette demande était-elle injustifiée pour vous ?
 - Avez-vous exposé votre avis au patient ? Avez-vous argumenté ?
 - Quelle a été sa réaction initiale (*opposition, pas d'opposition*) ?
- 5- Concernant le patient :
 - Le connaissez-vous ?
 - Est-il habitué à faire ce genre de demandes ?
- 6- Si la demande concernait un patient connu, demander un exemple avec un patient inconnu.
 - Pensez-vous que la connaissance (ou pas) du patient influe sur la consultation ? La réponse ?
- 7- Le tiers :
 - Comment se présentait-il en consultation ? (*Seul ou accompagné ? de qui ?*)
 - Qui est ce qui était concerné par la demande ? (*Le patient, l'accompagnant, un tiers...*)
 - Quelle est la place du tiers dans cette situation ?
 - Avez – vous un exemple également avec un tiers ? (*Demande faite par un tiers pour un patient, demande par un patient pour un tiers ...*)
- 8- Quelle a été votre stratégie de réponse ? (*Réponse spontanée, habitudes dans la réponse ; stratégie plutôt paternaliste, d'accompagnement, négociation, décision partagée...*)
- 9- Quel était le rythme, le ton et le temps de la consultation, des échanges ? (*Monologue de l'un et/ou l'autre, échanges rapides alternés, échanges constructifs, chacun sur sa position...*)
- 10- Comment qualifieriez-vous cette consultation ? (*Consultation longue, en deux temps, après avis...*)
- 11- Quelle a été l'issue de cette demande ? Quelle a été la réaction du patient ? Et la vôtre ?
- 12- Pouvez-vous comparer le début et la fin de la consultation ? Votre ressenti par rapport au début de la consultation ? (*Modification de l'avis du patient, du médecin...*)
- 13- Comment avez-vous vécu le dénouement de la consultation ?
- 14- Avez-vous déjà vécu une situation où la demande injustifiée a bloqué la consultation ? Comment s'est faite la résolution de la demande dans ce cas ? (*Deuxième temps, par téléphone, deuxième consultation, non résolue...*)

15- Pensez-vous que ces demandes peuvent présenter un intérêt ? Pourquoi ? Le(s)quel(s) ? *(Responsabiliser dans la demande, faire passer un certain message (lequel dans ce cas ?), approche pédagogique, modification des comportements, éducation...)*

16- Pensez-vous être tolérant dans ces demandes ? Pourquoi ?

17- Comment qualifieriez-vous ces échanges ? *(Conflictuels ou pas...)*

18- Qu'est-ce qui a été le plus difficile dans la consultation ?

19- Pensez-vous que cette situation se retrouve souvent dans votre exercice et quel est son impact ?

20 – Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

B. Verbatim 2

M2 : Rappelez-moi le thème exact de la thèse ?

J : Les médecins face aux demandes injustifiées de leurs patients.

M2 : Oh ben ce n'est pas difficile, il ne faut pas y céder. En tout cas moi ça ne me pose pas de problèmes métaphysiques.

J : Très bien.

M2: Après je dis ça mais il y a des fois où on peut pas dire non. Vous voulez que je vous dise une de mes dernières consults?

J : Oui bien sûr.

M2 : Alors moi je donne mon mail aux patients, euh... surtout pour les femmes, plus des femmes que des hommes, dont je sais qu'elles travaillent, elles ont des enfants, il faut téléphoner au cabinet et attendre trois minutes, c'est un peu compliqué de nous avoir et je trouve que le mail c'est un très bon moyen de communication. Donc le deal c'est : je vous donne mon mail, vous me posez une question, je réponds oui ou non mais c'est tout. C'est pas une consultation par mail. Donc déjà quand il y a dix lignes je dis : je ne réponds pas, prenez rendez- vous. Et la dernière en date que j'ai eue, c'est une dame que j'aime bien, qui a une fille de 13 ans, qui est gâtée pourrie, la mère fait très attention à elle, très attention à sa fille, il faut manger bio, il faut bien s'habiller, il faut faire du sport, il faut être mince, il faut être bon à l'école, il faut être bien partout. Et la demande par mail de la maman c'était que je fasse un PAI pour sa fille parce que la nourriture de l'école est tellement mauvaise, vous comprenez docteur ce que c'est que la cantine, c'est vraiment pas bon, donc comme je ne veux pas qu'elle mange, il faut qu'on fasse un PAI.

J : D'accord.

M2 : Et ça, enfin c'est pas très grave ce que je vous raconte, mais cela m'a paru incroyable. J'ai des enfants du même âge ; elle mange à la cantine mais elle mange rien donc je paye pour rien parce que c'est dégueu donc elles prennent de l'eau, du pain et une pomme. Dans tous les cas je me verrais pas faire un certificat comme quoi c'est trop mauvais pour ma pauvre petite fille qui est si saine et si bio. Donc bref, et j'ai dit ben écoutez ; enfin ça m'a pris trois jours avant de répondre, je me disais mais comment je vais faire, et je lui ai simplement dit que s'il y avait un problème médical, qu'elle vienne et qu'on le réglerait ensemble mais qu'en aucun cas je ne ferai un certificat de complaisance.

J : D'accord. Vous lui avez dit d'emblée que vous ne le feriez pas ?

M2 : J'ai dit pas de certificat médical, s'il y a un motif médical j'y réfléchirai avec vous, à la meilleure façon de faire. C'est tout mais cette demande-là m'a paru énorme. Même si c'est même plus du médical, mais ça déborde largement de nos compétences et en même temps c'est facile pour nous de faire un certificat médical en disant ben non elle peut pas manger ce n'est pas bon pour elle la pauvre.

J : D'accord très bien.

M2 : Donc ça. Et l'autre jour, dans les autres demandes injustifiées que j'ai eues... Donc cette dame m'a dit je reprendrai rendez- vous avec vous et je ne l'ai pas vu et il se trouve qu'elle a vu ma remplaçante. Et j'ai vu, enfin je ne sais pas ce qui a été fait, quelque chose a été fait mais je ne sais pas quoi. Et ça m'a arrangé parce que je n'ai pas eu à m'en dépatouiller donc ça c'est fait. Et l'autre demande inconsidérée et j'ai cédé, c'est une vieille dame qui était sous Préviscan, et sa fille qui est naturopathe, un peu sorcière, magnétiseuse, tout ce qu'on veut lui a dit que c'était un très très mauvais médicament

et qu'il fallait que je la mette sous Sintrom, que c'était beaucoup mieux. Donc on a bataillé un peu, je lui explique que c'est la même chose, que de toute façon il faudrait rééquilibrer l'autre traitement et que je ne voyais pas l'intérêt de switcher comme ça, surtout, et je le lui ai bien dit, parce que sa fille le décide, sa fille qui n'est pas médecin et qui est juste, entre guillemets, naturopathe et que voilà. Et en fait elle a tellement tellement bataillé que j'ai cédé.

J : Vous avez cédé.

M2 : Voilà.

J : Dans les deux cas vous connaissiez bien les patientes ?

M2 : Très bien oui très bien.

J : La première dame c'était donc par mail et la deuxième situation vous avez reçu à dame au cabinet ?

M2 : Oui je l'ai reçue au cabinet.

J : Elle n'était pas accompagnée ?

M2 : Elle était toute seule. Et ce qui m'a gênée si vous voulez, c'est qu'elle est très âgée, et que je sentais qu'elle s'agaçait un peu et qu'elle insistait, qu'elle ne lâcherait pas tant qu'elle n'aurait pas eu gain de cause. Et puis je me dis, parce que je me connais aussi, bon tu passes de l'un à l'autre, ça va rien changer dans l'absolu, euh... dire non parce que j'ai décidé que j'allais dire non, c'est pas non plus la solution. Et puis bon si elle ça peut l'apaiser que je change. Voilà. Comme un enfant quand on dit je veux que tu mettes ça et qu'on bataille... bon... au bout d'un moment il faut réfléchir un petit peu, et si elle met la robe rouge au lieu du pantalon bleu c'est pas grave quand même... Donc ça veut pas dire que je cède au caprice mais là je sentais qu'elle s'agaçait trop et que bon... je m'en fichais de la perdre comme patiente mais je sentais qu'elle avait du mal à gérer cette consult, qu'elle ne le supportait pas, elle s'énervait, elle s'énervait...

J : Ça se traduisait comment ?

M2 : Elle est hypertendue, elle avait les joues rouges, elle commençait à s'agacer et je me suis dit : « bon, allez, 85 ans... laisse tomber ». Donc j'ai cédé en disant à la fin, « je trouve absurde de ma part d'avoir accepté de changer parce que votre fille naturopathe vous dit de le faire, mais vous vous agacez tellement que je laisse tomber, je baisse les bras, je vous le donne et on en parle plus ».

J : Comment elle a réagi ?

M2 : Contente parce qu'elle a eu ce qu'elle voulait et qu'elle est un peu capricieuse. Donc elle s'en foutait tant qu'elle avait eu ce qu'elle voulait. Je pense.

J : D'accord. Et vous votre réaction après coup ?

M2 : Oh moi j'étais furax.

J : Après vous ? Après elle ?

M2 : Euh... J'étais furax après sa fille.

J : Après sa fille ?

M2 : Naturopathe, qui n'y connaît rien, qui décide que le traitement ne va pas. Et on est très confrontés au « Mon ostéo m'a dit que vous deviez me prescrire l'IRM du bassin, mon kiné m'a dit que... Ma

sophrologue m'a dit que... ». Alors des fois je réfléchis, au bien-fondé de... Je me demande pourquoi je m'agace autant, est ce que c'est par excès de fierté, par orgueil, parce que c'est moi le docteur... C'est pas ça en fait. C'est que l'ostéo ne s'y connaît pas, ne sait pas s'il faut faire une IRM ou pas et que quand on discute avec eux, on voit bien leurs limites, je veux dire, ils sont ostéo, on est médecins, chacun sa place, chacun son job, nous on est prescripteurs, on est décideurs. Donc voilà.

J : D'accord.

M2 : Après, les demandes inconsidérées, c'est les arrêts de travail. Donc là, moi c'est pas très compliqué, parce que... Si c'est infondé, c'est non. Après, on met deux jours d'arrêt et si ça va pas mieux vous revenez me voir et on verra. Donc on met jamais dix jours d'affilée, à moins que ce soit une lombalgie ou des choses comme ça... Qu'est ce qui peut être compliqué à gérer... Je sais pas... Les demandes d'antibiotiques ça y'en a beaucoup moins, depuis les streptotest, on leur dit « Non mais c'est négatif regardez ». Et puis voilà. Après les gens ils sont habitués à nous, donc ils savent aussi comment on réagit, peu ou trop... Moi je pense que certains se disent « Oulala il faut pas l'agacer parce qu'elle va râler ». Je pense que je peux être très gentille mais râleuse aussi. Donc ils le savent. Et du coup il y a des choses qu'ils vont même pas oser me demander peut-être. Enfin je sais pas.

J : D'accord, très bien. Le genre de consultations que vous avez eu avec la patiente âgée, si vous deviez qualifier ce genre de consultations, qu'est-ce que vous diriez ?

M2 : C'est pourri. Pour moi c'est nul, c'est de la perte de temps, c'est pas de la médecine. Mais en même temps comme je suis là pour m'assurer de sa bonne santé, qu'elle s'agaçait trop... Mais c'est nul ça sert à rien... C'est inutile...

J : Est-ce que vous pensez que ces demandes présentent un intérêt ?

M2 : Ça dépend lesquelles... Celle du PAI il n'y avait pas d'intérêt et puis moi je pense que justement, là je m'étais dit que si je la revoyais, je lui aurais expliqué gentiment que nos enfants ils doivent s'adapter, et que si sa fille n'aime pas et ne mange pas, et ben tant pis, puisqu'on lui a proposé quelque chose et qu'elle l'a refusé, parce qu'elle trouve que ce n'est pas bon. Ce n'est pas justifiable d'un PAI... Donc je lui aurais gentiment expliqué à la petite et j'aurais dit à la maman « je pense que l'éducation que vous lui donnez, j'ai pas de conseils à vous donner, mais dans l'éducation qu'on donne à nos enfants il faut leur apprendre à s'adapter ». Je lui aurais expliqué pourquoi je ne voulais pas le faire. C'était pas... Moi quand je ne veux pas quelque chose, je me justifie toujours... Tout le temps... Parce que ce sont mes travers... J'explique toujours pourquoi et là en l'occurrence je trouve que ce n'était pas un service à rendre à la petite que de lui dire « Tu as raison ma chérie, comme tu n'aimes pas, on va dire au Docteur... ». Moi j'ai pas à rentrer là-dedans.

J : Tout à fait.

M2 : Mais ça se justifie, ça s'explique. On peut expliquer les choses.

J : C'est votre façon, vous d'expliquer vos refus...

M2 : Tout le temps. C'est expliquer sereinement les choses, après je vais m'agacer, après je vais avoir les joues rouges, après je vais être... Ça m'arrive ! Mais c'est rare. Ça m'arrive mais en général quand je dis non c'est pas parce qu'il m'a demandé et que je veux décider... C'est pas ça le truc... Le non... Quand je dis non à quelque chose c'est que je pense qu'il n'y a pas de bien fondé dans la demande. Donc j'estime que c'est à nous d'expliquer... Je pense qu'on peut se tromper... Je pense qu'on peut avoir tort... Je pense qu'on peut remettre en question des choses... Là aussi, je pense que personnellement dans ma pratique, je suis assez ouverte donc je peux reconnaître que je me suis trompée. Mais il y a des fois où je suis quand même sûre de moi (rires).

J : Bien sûr.

M2 : Donc voilà.

J : Très bien. Est-ce que vous vous trouvez tolérante dans ce genre de demandes ?

M2 : Je ne sais pas comment répondre à ça... Si la demande est absurde non je ne suis pas tolérante. Mais ça dépend de chaque chose. Je peux vous citer pleins pleins d'histoires différentes où je vais finir par passer... Là j'ai eu beaucoup de tolérance en lui prescrivant son Sintrom parce que la naturopathe le demande... JE trouve que je l'ai été sur ce coup-là... Et puis il y a aussi le fait, quand je vous dis que je la ménageais elle, je me ménageais moi aussi... Parce que là je suis de bonne humeur, c'est Vendredi ça va bien... Mais comme chacun d'entre nous et vous aussi je suppose, il y a des fois où ... (soupir) On a envie d'aboyer ou de sortir les griffes... Mais là j'ai cinquante ans et il y a un moment où si on sort tout le temps les griffes, on s'épuise... Donc il faut trouver une façon de se préserver soi, d'éviter les conflits parce que d'une façon générale moi je ne les aime pas.

J : D'accord.

M2 : Je suis capable de les gérer mais je ne les aime pas. Donc je vais les éviter, pas par lâcheté, mais parce que ça sert à rien le conflit.

J : Bien. Qu'est ce qui est le plus difficile dans ce genre de consultation pour vous ?

M2 : De pas être comprise. C'est à dire que celui en face quand il veut quelque chose, y a ceux qui peuvent entendre, la discussion où je vais argumenter... Et y a celui qui veut ça et qui ne va rien écouter, de toute façon il veut ça... Et ça ça va vachement m'agacer... Parce qu'on avance pas comme ça... Finalement si je rentre dans l'exigence, c'est encore une qui est rentrée dans l'exigence de la personne en face qui est extrêmement exigeante donc je ... Donc il y a un moment où... oui ça ça m'agace.

J : Très bien. Vous m'y avez déjà répondu mais vous trouvez que ce genre de demandes se retrouvent souvent dans votre exercice ?

M2 : Non.

J : Non pas plus que ça ?

M2 : Non je ne crois pas.

J : Est-ce que ça a un impact vous trouvez ?

M2 : Non. Sur moi, oui s'il y a trop de demandes comme ça, ça aura un impact mais comme je vous disais, je suis un peu stricte sur des trucs, j'ai pas trop de demandes inconsidérées je crois.

J : Vous avez réussi à ...

M2 : Moi quand j'étais remplaçante, je me rappelle d'une discussion avec un vieux médecin que je remplaçais, à qui j'avais dit que monsieur machin, j'en avais marre de lui donner du Fonsilane, à l'époque on donnait ça, un vasodilatateur, pour son artérite alors qu'il fume dix paquets de clopes par semaine. Donc j'avais dit au patient que je trouvais absurde de lui donner un traitement, s'il n'arrêtait pas de fumer. Et le médecin m'avait dit « tu verras quand tu t'installeras, tu apprendras à accepter les choses ». Et je lui avais dit « j'espère que vous vous trompez et je pense que vous avez tort même ». Et quand je me suis installée, je me suis toujours dit « n'accepte pas les choses pour avoir des patients ». Ne fais jamais ça quoi. Et c'est vrai que j'ai eu un jour, un jeune patient, qui est arrivé, une chaîne en or autour du cou, la casquette à l'envers, il parle comme ça, il fait des grands gestes, son téléphone a sonné une fois, deux fois, trois fois pendant la consult... C'était un bruit de circuit automobile... Donc ça fait hihannnn (imitation du bruit du circuit). Je déteste ça. Je l'examine, je fais une ordonnance, il me demande d'être son médecin traitant, je commence à remplir le papier et à mi-chemin je me dis « mais

tu es complètement folle ! Tu vas pas être son médecin quand même ! ». Et là, j'ai déchiré le papier, je lui ai donné et il me dit « Mais qu'est-ce que vous faites madame ? (Imitation d'une voix particulière et rires). Je lui dis « Je ne veux pas être votre médecin traitant, finalement j'allais le signer mais je ne signe pas ». Il m'a dit « Vous êtes bizarre vous ». J'ai dit « Oui sûrement oui ». J'ai fermé la porte et au revoir.

J : Et ça s'est terminé comme ça ?

M2 : Terminé. Je pense que dans notre travail, on a intérêt... C'est bien d'avoir une bonne relation avec nos patients... On doit pas tous les aimer loin de là, mais de là à pas les aimer du tout c'est pas possible. Et je pense qu'on doit se préserver un peu nous-même. Donc si moi quand je vois ma liste de patients je me dis « Oh non pas lui, pas elle, oh non... » et c'est pas le cas. Donc tous les gens que je vois, globalement je les aime bien, et je les vois avec plaisir. Donc je me dis c'est bon, j'ai réussi comme je voulais.

J : Ce qui est important aussi.

M2 : Après il y en a... Peut-être que je démarre trop vite, que je démarre au quart de tour et que c'est pour ça que je me préserve. Il y a d'autres médecins qui sont beaucoup plus cool que moi. Mon collègue, il est beaucoup plus cool, il s'en fout. Les gens viennent c'est parce qu'il y a un problème, il faut le résoudre et on en parle plus. Moi je vais y mettre un peu plus d'affects et ça va plus me toucher si c'est pas normal, pas fondé, si ça manque de respect... Donc après ça s'adapte à ce qu'on est. Nos patients ils s'adaptent à ce qu'on est. Bon, voilà.

J : Très bien, parfait. Au sens très général, qu'est ce qu'est pour vous une demande injustifiée ?

M2 : L'arrêt de travail. L'arrêt de travail pour une rhinopharyngite. C'est la typique demande totalement injustifiée. Et on l'a encore. Donc on dit non. Ça c'est en premier celle-là. Après une demande injustifiée, très très injustifiée que j'ai eu, mais ça c'est un exemple, c'est une dame dont l'enfant avait un problème, dont l'enfant majeur avait un problème et elle voulait le rejoindre à Bordeaux pour l'aider à résoudre ses problèmes. Elle me demande un arrêt pour ça. Et là je lui explique que je suis désolée, mais qu'elle peut, dans son métier, je savais qu'elle pouvait prendre quelques jours de dispo... Je peux comprendre pleins de choses, et dépanner deux jours parce qu'on est dans l'urgence, je mets un jour d'arrêt ce qui justifie l'absence auprès de l'employeur et ça facilite les choses, je suis capable de le faire. On est tous capable de faire ça. Mais pas de rentrer dans dix jours d'arrêt parce que l'enfant... On est là pour faire des arrêts maladie (en insistant sur le terme maladie). C'est tout. On est pas assistante sociale, on est pas curé, on est médecin quoi. Donc il y a une pathologie qui justifie un arrêt ou il n'y a pas de pathologie, y a pas d'arrêt. C'est aussi simple.

J : Très bien. J'ai juste encore une petite question à vous poser, il me faudrait votre âge s'il vous plait

M2 : Cinquante depuis deux mois.

J : Parfait. Type d'exercice je sais et ça fait combien de temps que vous êtes installée vous m'avez dit ?

M2 : Douze ans.

J : Douze ans, et vous êtes trois médecins dans le cabinet ?

M2 : Oui trois médecins, ma collègue qui était à la fac avec moi, et mon collègue et mari. Voilà on travaille tous les deux ensembles. Je pensais pas du tout mais c'est vraiment le hasard.

J : C'est parfait, merci beaucoup. Moi j'ai fini de vous embêter, est ce que vous avez des choses à rajouter ?

M2 : Non, rien, moi je pense juste le savoir dire non, ça s'apprend. Moi dès le départ, bon j'avais les joues un peu rouges, mais je disais non, je suis jamais trop rentrée dans les trucs, je voulais pas. Parce qu'en plus quand vous dites oui à quelque chose qui ne vous paraît pas être idéal, on vous en redemande après, on vous en demande toujours plus. Donc non, non c'est non. C'est tout.

J : Parfait, merci beaucoup.

C. Verbatim 11

J : Donc, ma thèse porte sur les demandes injustifiées, sur le médecin généraliste face aux demandes injustifiées des patients.

M11 : J'ai eu un cas ce matin justement.

J : Eh bien, ça tombe très bien ! Vous voulez me le raconter ?

M11 : Eh bien, c'est un jeune homme qui est passé aux urgences pour une plaie, un accident de moto, et qui avait mal au pied. Qui a fait en fait, un traumatisme par décollement plutôt. Et donc il avait eu des radios qui étaient normales. Et il est parti avec rien. Des antalgiques simplement. Et là... C'était Vendredi... ça fait maintenant dix jours, et il a un problème, il a encore un œdème, un hématome surtout et il a un problème de releveurs... De relevage du pied. Et il voulait un scanner.

J : D'accord.

M11 : Parce qu'aux urgences, on lui a dit que si ça allait pas mieux, on aurait un scanner.

J : D'accord.

M11 : Voilà, moi je pensais que c'était injustifié. Donc on a argumenté.

J : Si vous deviez me décrire ce qui faisait, que pour vous, la demande était injustifiée ?

M11 : C'est que ça n'allait rien apporter à la prise en charge surtout. Voilà... Que c'était plus pour se faire plaisir.

J : Vous lui avez expliqué du coup au patient ?

M11 : Alors voilà. J'ai eu la chance de pouvoir, avec la télétransmission, j'ai pu regarder les radios et effectivement c'est pas de très très bonne qualité, mais il ne m'a pas semblé qu'il y avait de fracture évidente. En tout cas, s'il y en avait une, c'était tellement petit que ça changeait pas la prise en charge de toute façon... Et donc on a argumenté là-dessus... Oui j'ai argumenté que déjà d'attendre le scanner ça allait prendre du temps et que ça allait lui faire perdre des chances, parce que pour moi le plus urgent c'était de faire de la kiné.

J : D'accord. Comment il l'a pris votre refus ?

M11 : Plutôt pas mal. J'ai quand même expliqué que ce n'était pas net et définitif, qu'on en reparlait si ça allait pas mieux avec la kiné et tout ça.

J : D'accord. Pas d'énervement de sa part ? Pas de réaction notable ?

M11 : Non, là non. Ça vous aurait intéressé un cas où il y avait un peu de frictions ? (En rigolant)

J : Non pas forcément...

M11 : Ça c'est le dernier qui me vient à l'esprit.

J : C'est très bien. C'est un patient que vous connaissiez bien ?

M11 : Oui un peu. Je le suis. Mais c'est un jeune homme, alors il consulte moins souvent.

J : D'accord très bien. Est- ce que c'est un patient qui est habitué à faire des demandes injustifiées ?

M11 : Non.

J : Non pas vraiment. D'accord. Est- ce que vous avez un exemple qui vous vient, avec cette fois un patient que vous ne connaissiez pas du tout ?

M11 : Oui... Alors la demande elle peut être... Enfin non c'est pas la demande qui était injustifiée, c'est moi qui ne savais pas quelle décision prendre... C'est pas exactement pareil. Alors des patients que je ne connais pas qui viennent me demander des choses injustifiées... Oh ben oui, ça peut être des certificats par exemple, des certificats médicaux, de l'aptitude sportive de gens qu'on connaît pas et qui croient qu'on va les faire comme ça, sans les voir... Je crois que c'est la plus fréquente celle-là.

J : C'est ce qui vous parait le plus fréquent ?

M11 : Oh oui.

J : D'accord... Est -ce que vous trouvez que le fait de connaître ou pas le patient, ça influe sur votre réponse ?

M11 : Tout à fait. Tout à fait...

J : Dans quel sens ?

M11 : Alors soit on connaît le patient, et on sait qu'il faut s'alerter s'il demande quelque chose parce que c'est pas son habitude ; ou alors ce sont des patients qui demandent toujours quelque chose et alors là c'est vrai que ceux-là, on a tendance à avoir les poils qui se hérissent. Et aller dans le non plus facilement. Et voilà.

J : Mais du coup, le fait de connaître le patient, ça vous aide à replacer la demande ? D'accord.

M11 : Oui.

J : Mais par exemple, pour un patient que vous ne connaissez pas, sur le simple fait de ne pas le connaître, vous n'êtes pas plus tentée soit de dire oui soit de dire non ?

M11 : Je crois que quand on le connaît pas, on peut se permettre plus facilement de dire non.

J : D'accord, ok.

M11 : Le fait de pas le connaître est un argument.

J : On peut lui dire non parce qu'on ne le connaît pas ?

M11 : Oui c'est ça.

J : D'accord... Quand vous répondez comme ça, à une demande injustifiée, est-ce que vous répondez de manière spontanée ou est-ce que vous avez une façon de procéder, qui est souvent la même ?

M11 : Alors, moi, personnellement je suis un peu impulsive, c'est-à-dire que je dis non de suite. Et après, des fois je réfléchis, en discutant avec les gens, la réflexion évolue et on dit, ben je vous explique pourquoi... Ou alors, ça arrive même des fois, de se dire que c'est pas si injustifié que ça. Après je pense que quand on refuse un examen, qu'on explique, le côté pédagogique est toujours bénéfique à la discussion y'a pas de doute.

J : Les échanges en général, vous là ça c'était bien passé... D'une façon générale sur ces demandes injustifiées, vous trouvez que ce sont des échanges qui se passent plutôt bien ? Vu que vous expliquez c'est ça ?

M11 : Oui. Après il y en a toujours qui se passent mal, il y en a quelques-uns qui se passent mal... Là comme ça, j'en ai pas souvenir mais ça peut arriver oui.

J : Mais globalement ce n'est pas le cas ?

M11 : Non, globalement, ça se passe bien. Après, à partir du moment où il y a ça, c'est chronophage, de devoir expliquer... Il y a des moments où on est plus disponible que d'autres dans son esprit pour être... Pour expliquer quoi. Voilà... Un Vendredi soir c'est plus difficile qu'un Lundi matin par exemple !

J : Je comprends tout à fait. En termes de ressenti pour vous ? Entre un début de consultation où le patient vous fait la demande, et la fin de consultation où vous y répondez, quel est votre ressenti sur ce genre de demandes ?

M11 : Quand on a réussi à conclure un marché... Bon après quand souvent je conclus que la demande elle est pas justifiée, j'essaie de dire qu'elle est pas justifiée pour l'instant... Voilà et que... C'est notre avantage en médecine générale, d'avoir le temps pour nous, et donc de dire, on va revoir la personne pour décider. Et je dis toujours que c'est pas une fin de non-recevoir, on en reparle... Une fois qu'on a fait notre marchandage de marchand de tapis, là c'est bon on est un peu apaisé. Une fois la négociation, on est apaisé. Et en général on est plus trop sous tension.

J : D'accord. Souvent la fin de la consultation...

M11 : Est plus sereine.

J : Au moment de la demande, ça vous agace ou pas forcément ? Comment vous la recevez ?

M11 : Oh non ça m'agace. « J'ai regardé sur Internet et il faut que je fasse ça ». Ça m'agace. Ça c'est assez fréquent et agaçant.

J : Je comprends. Est-ce que ça vous est déjà arrivé, pareil une demande injustifiée, mais qui sur le coup a complètement bloqué la consultation ? C'est-à-dire soit parce que vous ne saviez pas y répondre, soit parce ça vous a agacé, vous ne vouliez pas y répondre... Alors sans forcément qu'il y ait un exemple concret, mais est-ce que vous avez un souvenir que cela se soit produit ? D'un blocage lié à une demande ?

M11 : Après il y a des demandes qui sont liées au fait qu'on a pas la réponse mais parce qu'on ne la connaît pas et donc dans ces cas-là on diffère la réponse, on dit « Écoutez il faut que je me renseigne, que je m'informe ». Ça ça peut arriver.

J : Mais là du coup c'est pas injustifié, c'est plus nous qui ne savons pas trop ?

M11 : Voilà c'est ça.

J : Mais sur une demande vraiment injustifiée, par exemple qui vous choquerait, est-ce que cela vous arriverait de vraiment couper court, que cela bloque et interrompe la consultation ?

M11 : Je ne me souviens pas que ce soit arrivé. Mais après peut être que les mauvais souvenirs on les oublie. Mais je crois pas que ça me soit arrivé.

J : Très bien. Est-ce que vous trouvez que ce genre de demandes peuvent avoir un intérêt ?

M11 : ...

J : Pour vous, pour le patient, pour les deux dans la relation ?

M11 : Non... Non je ne pense pas. Non je ne pense pas que ça ait un intérêt. Je pense aux demandes d'arrêt de travail qui peuvent être injustifiées... ça aussi c'est compliqué à gérer des fois. Mais un intérêt non. Le patient il a tout intérêt à demander, s'il demande pas il aura rien quoi.

J : Bénéfice direct pour le patient ?

M11 : Oui voilà. Mais, non ça a pas grand intérêt non.

J : Vous vous trouvez tolérante dans ce genre de demandes ?

M11 : Oui je trouve des fois un peu trop. (Rires)

J : Un peu trop tolérante ?

M11 : Oui. Des fois, ben justement c'est la négociation... Des fois, on arrive à négocier, ben par exemple pour les arrêts de travail... On arrive à négocier un arrêt plus court que ce qui était demandé, mais bon voilà, c'est toujours plus que ce qui est justifié... Mais on pourrait dire aussi non. Je me rends compte que les jeunes, qui connaissent pas forcément les gens, ils sont un peu plus catégoriques quoi.

J : D'accord.

M11 : Et puis ça dépend comment ça tombe, si c'est le lundi ou le vendredi (rires).

J : Le contexte influence beaucoup la réponse ?

M11 : C'est ça.

J : Ce sont des échanges, lors de ces demandes, que vous qualifieriez comment ? avec le patient ?

M11 : Un peu tendus quand même je dirais. Oui tendus.

J : Très bien. Est-ce qu'il y a quelque chose de particulièrement difficile dans cette consultation ? Dans ce genre de consultations ?

M11 : Ce qui est difficile, c'est de ... D'aller à l'affrontement... Moi je suis pas, je vais pas trop... Enfin c'est pas trop dans ma nature, d'aller à l'affrontement... Donc essayer de négocier pour y arriver, pour éviter le contact direct et voilà... Mais je crois pas que ça me soit déjà arrivé de dire à quelqu'un, d'être violente, de dire non définitivement et en fermant toutes les portes. Mais voilà, c'est quand même un peu dur, il faut prendre sur soi... Prendre sur soi pour pas exploser, pour pas se mettre en colère, essayer de rester à peu près calme... Parce qu'il y a des fois... Surtout si on est soi-même un peu fatigué... On est moins réceptifs aux gens qui viennent chercher un arrêt de travail pour... pour complaisance un peu...

J : Je comprends.

M11 : Mais on y arrive quand même un peu.

J : Est-ce que vous trouvez que c'est quelque chose qui se retrouve fréquemment dans votre pratique ? Les demandes injustifiées ?

M11 : Fréquemment non quand même. Régulièrement mais pas fréquemment.

J : Vous trouvez que ça a un impact soit sur vous, votre moral, votre pratique ?

M11 : Un impact sur notre consommation d'énergie.

J : Plutôt un impact, consommation d'énergie, sur la journée ? Par exemple, sur les consultations qui suivent ? Mais après ce n'est pas quelque chose que vous ramenez à la maison ?

M11 : Non, non, non. Sur la journée.

J : Ce n'est pas quelque chose que vous mettriez dans le champ de l'épuisement professionnel ?

M11 : Non... Après, on a la chance d'être plusieurs ici, donc on peut en parler... Le fait d'en parler, que quelqu'un dise « Oh tu as bien fait », ça va mieux quoi... ça fait du bien ! Ça permet d'apaiser un peu...

J : D'accord donc pas dans le champ de l'épuisement professionnel ? En ce qui vous concerne ?

M11 : Non, pas ça quand même.

J : D'accord, très bien. Les demandes injustifiées... Si vous deviez me définir, ce qu'est pour vous une demande injustifiée, au sens large, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

M11 : Il me vient à l'esprit, ben un abus... Un abus de... De... Un abus en général. Un abus de notre temps, un abus des soins, un abus de la sécurité sociale, un abus de pas travailler... Enfin, un abus. Voilà. Un abus en général quoi. Après, par exemple, quelqu'un qui a un travail très pénible, et qui me demande un arrêt de travail, je trouve pas que c'est forcément injustifié. Parce qu'il y a des travaux très pénibles quand même... Qui sont vraiment pénibles physiquement. Il faut aussi protéger les gens. Mais, voilà, certaines demandes de visites à domicile, qui sont un peu abusives... On essaye d'y palier si on peut.

J : Donc vous c'est plutôt dans le champ de l'abus ?

M11 : Voilà.

J : Très bien, au sujet de ces demandes injustifiées, est-ce qu'il y a des choses particulières qui vous viennent à l'esprit ? Des choses que vous aimeriez rajouter ? Des choses que ça vous évoque ?

M11 : Euh, non. Je vois pas comme ça. Peut-être que j'aurais des idées qui vont me venir dans un second temps, par ce que je réfléchis lentement... Mais non. Enfin, ça évoque les arrêts de travail, les examens complémentaires, les prises de sang... Non comme ça, d'autres choses non.

J : Très bien. Pas de problèmes, c'est très bien. Je vais vous poser des questions d'ordre général personnel. Est-ce que je peux vous demander votre âge s'il vous plaît ?

M11 : soixante et un.

J : Vous êtes installée depuis quand ?

M11 : Depuis 1996, donc ça fait vingt-deux ans.

J : Parfait. Et vous êtes donc maître de stage ?

M11 : Oui.

J : Cela fait combien de temps que vous recevez des internes ?

M11 : J'ai beaucoup de mal à le situer mais ça fait à peu près depuis qu'on est dans ce bureau, donc 2009 ou 2010... Oui, ça fait une dizaine d'années.

J : Parfait. J'ai fini avec mes questions. C'est très gentil d'y avoir répondu.

D. Verbatim 12

J : Donc ma thèse porte sur les médecins face aux demandes injustifiées de leurs patients. Quand je vous parle de demandes injustifiées, qu'est-ce que ça vous évoque spontanément ?

M12 : Ça m'évoque des cas particuliers...

J : D'accord. Donc si vous voulez on va partir d'un cas précis, oui.

M12 : J'en ai plusieurs mais y'en a un qui est un peu anecdotique mais qui m'a beaucoup choqué. C'est des patients qui sont en précarité, et dont la voiture n'est pas passée au contrôle technique... On est loin de la médecine quand même... Et qui m'ont demandé de faire une déclaration d'accident avec eux, pour pouvoir faire réparer leur voiture.

J : D'accord.

M12 : Je leur ai dit que ce n'était pas possible, bien sûr. Celle-là m'a quand même bien choqué. Après ce que j'estime injustifié, c'est les gens qui me demandent de mettre « Non substituable » sur tous les médicaments. Donc ça c'est... Une source de conflit régulier. Et, qu'est-ce qu'il y a d'autres... Les demandes de certificat de sport sans examen.

J : Oui, tout à fait.

M12 : Et parfois, les demandes de... Alors c'est pas des demandes explicites, mais on sent que... Des prolongations d'arrêt de travail qui n'ont pas lieu d'être. Où je trouve pas de justifications... C'est compliqué de toujours dire non.

J : En général, quand vous avez une demande injustifiée, comment ça se passe pour expliquer votre avis au patient, pour y répondre ?

M12 : Ben j'explique mon avis au patient, mon point de vue... Voilà... Pour les génériques, je dis que ça ne peut se justifier que si vraiment il y a une allergie prouvée, ce qui est rare, je n'ai jamais vu le cas encore ; ou une présentation qui n'est pas pratique. Pour certains collyres effectivement c'est compliqué.

J : D'accord.

M12 : Pour les arrêts de travail c'est compliqué parce que c'est à la fois justifié et pas justifié... Des fois il y a des situations sociales, qui font que, j'y trouve une justification.

J : En général, vos réponses sont accueillies comment par le patient ? Par exemple sur les génériques ?

M12 : Quand c'est des patients que je connais depuis longtemps, ça va, ça se passe bien. Ma position est claire de toute façon « Si vous voulez pas de génériques c'est votre droit mais vous le dites au pharmacien et vous faites l'avance des frais et vous vous faites rembourser après ». Donc il n'y a pas trop de discussion. Par contre, quand c'est des gens que je connais pas, ils reviendront pas me voir.

J : Vous trouvez qu'il y a une différence au niveau des demandes injustifiées, entre un patient que vous connaissez et un patient que vous ne connaissez pas ?

M12 : Oui. Ceux qui me connaissent pas, des nouveaux patients, ça paraît clair de mettre dès le départ des barrières, à ne pas franchir. Et ils reviennent ou ils ne reviennent pas ça dépend.

J : Est-ce que vous trouvez que les patients qui vous font des demandes injustifiées, ce sont des patients qui le font une fois ou des patients qui ont plutôt tendance à le faire de façon récurrente ?

M12 : Non, non. C'est une fois. Une fois que j'ai expliqué ma position, ils reviennent pas dessus.

J : D'accord. En général, ce sont des consultations, que vous qualifieriez comment ?

M12 : Ce sont des consultations qui m'enquiennent, en fait, parce que je pense que j'ai mieux à faire qu'expliquer qu'on peut pas être allergique à tous les génériques. Donc c'est pas très passionnant. C'est plutôt irritant.

J : D'accord plutôt agaçant. En termes de durée, vous trouvez que ce sont des consultations plus longues ?

M12 : Non, non.

J : Et en termes de tensions avec les patients ?

M12 : Oui ça amène une tension.

J : D'accord. Vous, quand vous terminez une consultation, où vous avez répondu à ce genre de demandes, vous me disiez que vous étiez plutôt agacé ?

M12 : Plutôt agacé oui.

J : Ça perdure sur la journée ensuite ? Ou vous passez rapidement à autre chose ?

M12 : Ça dépend des jours (rires). Ça dépend des jours, et ça dépend de s'il y en a eu deux trois dans la matinée, ça commence à me perturber pour le reste de la journée.

J : D'accord. Jamais plus longtemps que la journée ? Ce ne sont pas des choses que vous ramenez le soir à la maison ?

M12 : Non... Non.

J : Est- ce que vous avez déjà eu une demande, comme ça que vous estimiez injustifiée, qui a carrément bloqué la consultation ? A tel point que la consultation s'arrête ?

M12 : Oui, y'a pas longtemps. Une nouvelle patiente, qui m'a été adressée par une patiente. Et en fait... Je sais pas comment ça s'est passé mais elle a commencé à ... Je lui ai demandé ce qu'elle prenait comme traitement et elle m'a donné ce qu'elle prenait en disant que « de toute façon elle ne supportait aucun des génériques ». Donc je lui ai dit que chez moi ça se passait pas comme ça, et du coup ça a tout bloqué.

J : Et ça s'est arrêté là ?

M12 : Oui. Elle est partie. Et non seulement je l'ai pas revue, mais la patiente qui me l'avait adressée a annulé son rendez-vous aussi. (Rires)

J : Ça ne vous a pas marqué plus que ça après ?

M12 : Non.

J : D'accord. Est- ce que vous trouvez que ce genre de demandes présentent un intérêt ?

M12 : ...

J : Pour vous ? Pour le patient ? Pour la relation ?

M12 : Aucun intérêt.

J : D'accord. Est-ce que vous vous trouvez tolérant dans ce genre de demandes ?

M12 : Ah oui. Je suis même parfois trop tolérant.

J : C'est-à-dire ?

M12 : J'accepte des choses parfois que j'estime pas justifiées. Je peux être assez cool quand même.

J : Quand vous acceptez une demande que vous estimez injustifiée, ça vous travaille, vous revenez dessus dans la journée ou pas ?

M12 : Non c'est comme ça et je passe à autre chose.

J : Vous passez au suivant. Très bien. Est-ce que vous trouvez que cette situation se retrouve souvent dans votre exercice ?

M12 : Non, non...

J : D'accord. Donc pas d'impact particulier sur vous ?

M12 : Non franchement non.

J : Si vous deviez me donner votre définition, de ce qu'est une demande injustifiée pour vous ?

M12 : Une demande qui est en désaccord avec mes convictions. Voilà... Avec ma conception de la médecine, de son exercice.

J : D'accord, très bien. Sur le thème des demandes injustifiées, est-ce que vous avez des choses à dire, à ajouter ?

M12 : Non. En fait, c'est pas un gros problème.

J : C'est pas quelque chose qui vous pose des difficultés au quotidien ?

M12 : Je pense que c'est pas un gros problème, parce que j'ai une patientèle qui est ancienne, que j'ai éduqué au fur et à mesure, qui me connaît...

J : Très bien. D'autres choses à ajouter ?

M12 : Non.

J : Parfait. Merci beaucoup.

E. Auto-questionnaire Maslach Burn-out Inventory

ECHELLE DE MASLACH

Évaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucis pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Instructions pour le calcul des indices de l'échelle de Maslach

EPUISEMENT PROFESSIONNEL

Questions 1.2.3.6.8.13.14.16.20

Degré de burn out

Total inférieur à 17 = bas

Total compris entre 18 et 29 = modéré

Total supérieur à 30 = élevé

DEPERSONNALISATION

Questions 5.10.11.15.22

Degré de burn out

Total inférieur à 5 = bas

Total compris entre 6 à 11 = modéré

Total supérieur à 12 = élevé

ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL

Questions 4.7.9.12.17.18.19.21

Degré de burn out

Total supérieur à 40 = bas

Total compris entre 34 et 39 = modéré

Total inférieur à 33 = élevé

Des scores modérés, voire élevés, sont le signe d'un épuisement professionnel latent, en train de s'installer.

Si vous avez obtenu :

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière : vous sentez vous épuisé(e) professionnellement en ce moment

Si vous avez obtenu :

Un score faible aux deux premières échelles et un score élevé à la dernière : vous êtes loin d'être épuisé(e).

F. Résumé en français

Introduction : La relation médecin-malade de nos jours, repose sur les concepts de décision médicale partagée et d'approche centrée patient. C'est dans ce contexte que le patient peut formuler des demandes paraissant injustifiées. Il s'agit ici d'étudier les procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face aux demandes injustifiées de leurs patients.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de douze médecins généralistes. Les entretiens ont été analysés par codage afin de dégager les principaux concepts.

Résultats : La définition d'une demande injustifiée est subjective et variable. Pour certains médecins, ces demandes ont un sens si l'on recherche une demande cachée. La demande la plus fréquente concerne les arrêts de travail. La plupart des médecins analysent la demande selon plusieurs facteurs : présentation du patient, contexte professionnel du médecin, connaissance du patient et qualité de la relation... Le ressenti lors de la formulation est négatif et désagréable. Ensuite, doute et remise en question prédominent. La journée de travail peut être impactée. Quelques médecins voient leur sphère personnelle impactée. Plusieurs considèrent qu'elles peuvent nourrir l'épuisement professionnel. Les médecins utilisent la communication, la négociation et la gestion de leurs affects pour y faire répondre.

Conclusion : L'enjeu principal est de ne pas passer à côté d'une demande cachée. La relation s'effectue sur un mode négocié, mais cela demande du temps et de l'énergie. Le médecin doit mettre en place des solutions personnelles et professionnelles pour gérer ces demandes, garder un exercice de qualité et se préserver.

G. Titre et résumé en anglais

The procedures put in place by general practitioners to deal with the unjustified demands of their patients **Qualitative study by semi-structured interviews with twelve general practitioners**

Introduction: The doctor-patient relationship today is based on the concepts of shared medical decision and patient centered care. It is in this context that the patient can make requests that appear unjustified. The aim here is to study the procedures put in place by general practitioners to deal with the unjustified demands of their patients.

Method : A qualitative study using semi-structured interviews was conducted with twelve general practitioners. The interviews were analyzed by coding in order to identify the main concepts.

Results: The definition of an unjustified claim is subjective and variable. For some doctors, these requests make sense if you are looking for a hidden request. The most common request concerns work stoppages. Most doctors analyze the demand according to several factors: patient's behavior, professional context of the doctor, strength of doctor-patient relationship and quality of the relationship ... The feeling during the patient's demand is negative and unpleasant for the doctor. Then doubt and questioning prevail. The workday can be impacted. Some doctors see their personal sphere impacted. Many consider that they can lead to burnouts. Doctors use communication, especially negotiation skills, and emotion management in order to find solutions.

Conclusion: The main issue is not to miss a hidden demand. The relationship is based on negotiating ; thus, taking time and energy. The doctor must put in place personal and professional solutions to manage these requests, keep a quality medical practice and preserve themselves.

H. 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. »

RESUME

Titre : Les procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face aux demandes injustifiées de leurs patients

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes

Introduction : La relation médecin- malade de nos jours, repose sur les concepts de décision médicale partagée et d'approche centrée patient. C'est dans ce contexte que le patient peut formuler des demandes paraissant injustifiées. Il s'agit ici d'étudier les procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face aux demandes injustifiées de leurs patients.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de douze médecins généralistes. Les entretiens ont été analysés par codage afin de dégager les principaux concepts.

Résultats : La définition d'une demande injustifiée est subjective et variable. Pour certains médecins, ces demandes ont un sens si l'on recherche une demande cachée. La demande la plus fréquente concerne les arrêts de travail. La plupart des médecins analysent la demande selon plusieurs facteurs : présentation du patient, contexte professionnel du médecin, connaissance du patient et qualité de la relation... Le ressenti lors de la formulation est négatif et désagréable. Ensuite, doute et remise en question prédominent. La journée de travail peut être impactée. Quelques médecins voient leur sphère personnelle impactée. Plusieurs considèrent qu'elles peuvent nourrir l'épuisement professionnel. Les médecins utilisent la communication, la négociation et la gestion de leurs affects pour y faire répondre.

Conclusion : L'enjeu principal est de ne pas passer à côté d'une demande cachée. La relation s'effectue sur un mode négocié, mais cela demande du temps et de l'énergie. Le médecin doit mettre en place des solutions personnelles et professionnelles pour gérer ces demandes, garder un exercice de qualité et se préserver.

ABSTRACT

Title : The procedures put in place by general practitioners to deal with the unjustified demands of their patients

Qualitative study by semi-structured interviews with twelve general practitioners

Introduction: The doctor-patient relationship today is based on the concepts of shared medical decision and patient centered care. It is in this context that the patient can make requests that appear unjustified. The aim here is to study the procedures put in place by general practitioners to deal with the unjustified demands of their patients.

Method : A qualitative study using semi-structured interviews was conducted with twelve general practitioners. The interviews were analyzed by coding in order to identify the main concepts.

Results: The definition of an unjustified claim is subjective and variable. For some doctors, these requests make sense if you are looking for a hidden request. The most common request concerns work stoppages. Most doctors analyze the demand according to several factors: patient's behavior, professional context of the doctor, strength of doctor-patient relationship and quality of the relationship ... The feeling during the patient's demand is negative and unpleasant for the doctor. Then doubt and questioning prevail. The workday can be impacted. Some doctors see their personal sphere impacted. Many consider that they can lead to burnouts. Doctors use communication, especially negotiation skills, and emotion management in order to find solutions.

Conclusion: The main issue is not to miss a hidden demand. The relationship is based on negotiating ; thus, taking time and energy. The doctor must put in place personal and professional solutions to manage these requests, keep a quality medical practice and preserve themselves.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS- CLES : demande injustifiée, relation médecin- patient, décision médicale partagée, approche centrée patient, communication, négociation
