



HAL
open science

Le refus de prise en charge par le médecin généraliste picard : étude qualitative sur la gestion du refus de prise en charge par le médecin généraliste picard

Sébastien Ditte

► To cite this version:

Sébastien Ditte. Le refus de prise en charge par le médecin généraliste picard : étude qualitative sur la gestion du refus de prise en charge par le médecin généraliste picard. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02889317

HAL Id: dumas-02889317

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02889317>

Submitted on 3 Jul 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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2020

N° 2020-30

**LE REFUS DE PRISE EN CHARGE PAR LE MEDECIN
GENERALISTE PICARD – Étude qualitative sur la gestion du refus
de prise en charge par le médecin généraliste Picard**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

- DIPLOME D'ETAT -

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 28/04/2020

PAR

DITTE Sébastien

Président du Jury : Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Juges : Mme le Professeur Cécile Manaouil
Mme le Professeur Marie Antoinette Sevestre
Mr le Professeur Henri Sevestre

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur JENDRZEJEWSKI Julien

Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis(e) 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.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

A mon Président de Jury,

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Épidémiologie, Prévention et Économie de la Santé
Chef du Pôle Préventions, Risques, Information médicale et Épidémiologie

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury,
Je vous en suis très reconnaissant,
Encore merci d'avoir accepté de participer à ce projet*

A mon Juge,

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Médecine légale et droit de la santé)
Service de Médecine Légale et Sociale
Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Soyez assuré de ma plus sincère gratitude*

A mon Juge,

Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Médecine vasculaire
Chef du Service de Médecine Vasculaire

*Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury,
Soyez assuré de mon plus profond respect.*

A mon Juge,

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE
Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens
Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie
Adjoint au chef de l'Oncopôle

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.*

A mon Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Julien Jendrzejewski
Médecin Généraliste et urgentiste

*Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail,
Tu m'as aidé et soutenu sans réserve.
Je t'en serai toujours reconnaissant*

REMERCIEMENTS

A mes parents qui m'ont élevé, aimé et soutenu. Je ne vous remercierais jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous aime, même si je ne le montre pas à chaque fois.

A Antoine, toujours présent et divertissant, merci d'exister, de m'avoir fait découvrir tant de choses et rencontrer tant de gens, de brigands ; une bise à Laeti. La piraterie n'est jamais finie.

A ma mamie, qui m'a tant aimé et qui doit être fière de moi aujourd'hui.

A Alain et Claudine, Mémé et au reste de ma famille, vous avez participé à faire de moi ce que je suis devenu.

A Gouille et Morgan qui sont quotidiennement là pour moi, pour quelqu'un qu'un comme moi, c'est très important ce que vous faites, c'est systématiquement débile mais c'est toujours inattendu !

A Emile, qui est là depuis presque 15 ans, le professeur.

A vieux potos le 23^e (Teddy), Blanpain, Mario, Jojo, Brightspirateur, Batou, Tintin, Zuzu, Kapfer, CE, Jedro et j'en oublie mais tant pis, vous rencontrez doit être la pire connerie de ma vie.

A Gui, Poïpoï et Josie, à Flore et Zoé, merci de comprendre ma flemme et de venir à moi si souvent. Je vous aime.

A Chinois et Brice qui partagent la même vie et qui m'apportent bien plus qu'ils ne peuvent l'imaginer. Flo, sans toi cette thèse ne serait pas la même, merci mon copain. A Émilie, qui m'a tant aidé et motivé pour cette thèse.

A Fox, à toi qui m'as tant aidé, je t'admire pour tout ça, tu m'as beaucoup appris et sans toi je n'en serais pas là aujourd'hui. Le maître de l'univers c'est assez pompeux.

A mes maîtres et collègues les Dr Fabre, Hamadani, Binet, Rivère, Ursu, Ducouso, Cense, Robin, Henguelle, Gabis, Kasdali, Ducastelle, Tchidjou, Romeo, Desbureaux, Ricard, Lantreibecq, Luis, Mercier, Debocq, Verrier, Richecoeur, Combeaux, Caplin, Sagnier.

A toutes les équipes paraméd, les urgences de Beauvais en premier !!!

ABBREVIATIONS

CDM : Code de Déontologie Médicale

CH : Centre Hospitalier

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CMU : Couverture Médicale Universelle

CMU-c : Couverture Médicale Universelle complémentaire

CSP : Code de Santé Publique

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

DESMG : Diplôme d'Étude Spécialisé de Médecine Générale

DUMGA : Département Universitaire de Médecine Générale d'Amiens

ECNi : Épreuves Classantes Nationales informatisé

USA : United States of America

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| SERMENT D’HIPPOCRATE | 3 |
| ABREVIATION | 11 |
| INTRODUCTION..... | 12 |
| MATERIEL ET METHODE..... | 17 |
| I. Choix de la méthode | |
| 1) Méthode qualitative | |
| 2) Entretien individuel semi dirigé | |
| II. Population étudiée | |
| III. Les entretiens | |
| 1) Recrutement des participants | |
| 2) Déroulement des entretiens | |
| 3) Guide d’entretien | |
| IV. Analyse des données | |
| 1) Transcription et codage des entretiens | |
| 2) La saturation des données | |
| RESULTATS..... | 21 |
| I. La relation médecin malade | |
| II. Les motifs de refus | |
| III. Le refus de soin | |
| IV. Les conseils des participants | |
| DISCUSSION..... | 34 |
| CONCLUSION..... | 42 |
| ANNEXES..... | 46 |
| RESUME..... | 47 |

INTRODUCTION

La relation médecin-malade est une relation particulière, à savoir unique, dépendante de la personnalité du médecin et de son patient. Elle n'est pas une relation figée dans le temps. Elle évolue en fonction de l'état de santé du patient et du contexte qui se modifie parfois en fonction des données sociétales et de la jurisprudence. L'approche centrée sur le patient remplace progressivement l'approche centrée sur la maladie (1). Le mot malade devrait progressivement laisser sa place dans les mots clés au mot patient qui illustre davantage la prise en charge globale bio-médico-psycho-sociale (2). Ces évolutions sont inscrites dans la loi du 4 mars 2002, qui rétablit la place du patient dans le processus de soin et s'applique aux soignants.

Cette relation médecin patient est régit par certaines règles par le biais du code de déontologie médical (CDM) que tous les médecins doivent connaître. Les qualités professionnelles et humaines déterminent la relation soignante et conditionnent la satisfaction que le médecin ressentira lorsqu'il prendra en charge le patient. Une relation, disons harmonieuse permet un diagnostic efficace, une amélioration de la qualité de vie du malade et une bonne observance thérapeutique (3). Seule une relation empathique peut conduire à un tel objectif (4). Le fait de se tenir à la fois suffisamment proche du malade permet de mieux le prendre en charge et suffisamment à distance évite de se confondre avec lui et les réactions de transfert. Il faut créer un espace de relation et respect des deux personnes.

Depuis toujours l'exercice de la médecine s'est appuyé sur des valeurs d'humanité en affirmant vouloir apporter à toutes et à tous sans distinction le meilleur état de son art. Avant même de relever de prescriptions d'ordre juridique, cette dimension fondamentale est inscrite dans l'histoire et la culture de cette profession. Le serment d'Hippocrate en est la traduction symbolique la plus éclatante. Le texte, réactualisé par l'Ordre national des médecins en 2012 (5), affiche très clairement cette ambition d'humanité en faisant dire à chaque médecin la phrase suivante : « *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera* ». Cette approche a été traduite dans le code de déontologie qui affirme un principe de non-discrimination énoncé à l'article R. 4127-7 du Code de la santé publique (CSP): « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou*

leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. [...] ». Ce principe doit néanmoins se conjuguer avec la liberté d'exercice du médecin et le contrat qu'il noue avec son patient. Le médecin est donc autorisé à refuser de dispenser ses soins comme le rappelle expressément l'alinéa 2 de l'article R. 4127-47 du CSP : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. [...] ».*

De nombreuses études ont été réalisées concernant le refus de soin par le patient, avec les conduites à tenir par le médecin dans ce cas, encadré par le code de santé publique sur la nécessité de tout faire pour tenter de convaincre le patient à travers une information loyale et éclairée, qui devra être répété dans le temps. (6) (7). Très peu ont été menées dans le sens inverse, lorsque le médecin généraliste refuse ses soins.

Or, les omnipraticiens sont des humains, et par conséquent les relations qu'ils entretiennent avec leurs patients peuvent parfois devenir complexes. Les divergences d'opinion, les désaccords et les conflits font partie intégrante des relations humaines, ce qui, dans cette profession peut s'avérer compliqué à maîtriser.

En dehors des relations conflictuelles, d'autres situations peuvent tout simplement obliger le médecin à passer le relai. Par exemple lorsque le patient est (ou devient) un membre de la famille, ou s'il n'honore pas les prescriptions ou les rendez-vous, ou encore si son cas est jugé trop complexe par le praticien (pathologie lourde, addictologie...). La pratique de la médecine générale impose de rencontrer beaucoup de patients, vivant généralement dans une zone géographique relativement proche du praticien, rendant la relation médecin/malade et les interactions sociales avec le patient flou. Il est donc possible que le médecin souhaite ne plus suivre, ou ne pas suivre, un patient pour des raisons personnelles.

Il existe un contrat tacite entre le praticien et le patient. De son côté, le malade souhaite être pris en charge de façon optimale, que ce soit médicalement ou humainement ; quant aux médecins il s'attend à être écouté, respecté et rémunéré pour cela. Ce contrat peut être rompu en cas de conflit ou de changement de statut du patient (rapprochement ou éloignement, sentimentale, amicale ou professionnelle), ce qui ne permettrait plus une relation optimale. Ces modifications dans les termes du contrat peuvent nuire à la qualité des soins prodigués par le médecin généraliste.

La relation médecin malade nous est enseigné dans les différentes étapes de notre formation, que ce soit à l'ECNi ou dans les cours de DESMG ; mais comment peut faire le médecin généraliste pour signifier à un patient qu'il ne veut pas, ou plus, suivre ?

Définir le refus de soin n'est pas aisé (8). En effet en débutant ce travail de thèse nous avons pu constater que chaque praticien interrogé avait une définition, un perçu du refus de soin différent. En effet, pour certain, cela engage en premier lieu les notions juridiques, pour d'autre cela s'apparente à se protéger soi-même d'un patient agressif, ou se faire respecter et considérer comme autre chose qu'une « machine à ordonnance ». Nous ne déclarions lors de nos demandes d'entretien un « travail de recherche sur le refus de soin », de ce fait, la plupart des praticiens interrogés pensait initialement au refus de soin du patient. Nous tenterons dans cette partie de trouver une définition a refus de soin.

Définition du refus : Action de refuser ce qui est offert, proposé, demandé, fourni, etc.

Définition du soin : Attention que l'on porte à faire quelque chose avec propreté, à entretenir quelque chose, souci de bien faire, effort, peine scrupuleuse que l'on se donne mais également charge, devoir de veiller à quelque chose, de s'en occuper

Ceci pourrait nous donner une définition sommaire du refus de soin comme étant l'action de refuser de porter attention, de veiller à l'état de santé du malade.

Dans le domaine de la santé, le soin peut être défini comme tout ce qui entoure le patient du début à la fin de la prise en charge. Cette prise en charge peut relever de l'interaction humaine pure (écoute du patient...), de multiples actions qui l'entourent (réalisation d'un examen clinique, rédaction d'une ordonnance...) ou encore de geste technique (acte chirurgical, infiltration...).

Devant l'augmentation de la judiciarisation des conflits médecin malade (9), la difficulté réside dans la bonne attitude à adopter face à ces situations : l'attitude qui ne portera pas atteinte à la sécurité du patient, ni à l'égo du médecin, celle qui permettra de faire comprendre au patient la raison de cette décision pour la lui faire accepter.

La bonne qualité et la pertinence sont pleinement intégrées à la notion de soin médical. Ce principe est appuyé par l'article R 4127-32 du CSP « *le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données de la science* ».

Le contrat de soins donne au malade le libre choix de son médecin et, à ce dernier, la possibilité de se dégager de ce contrat. Le médecin doit toutefois respecter trois conditions : il ne doit pas ou plus y avoir d'urgence ; il doit informer sans délai son patient de son refus ou de son impossibilité à continuer de le prendre en charge ; il doit prendre toutes dispositions pour que soit assurée la continuité des soins, avec, notamment, transmission de toutes les informations nécessaires à un autre médecin désigné par le patient. (10)

L'objectif principal de ce travail de thèse est de pouvoir apprécier l'attitude des médecins généraliste picards face à un refus ou une interruption de prise en charge. Les objectifs secondaires sont l'identification des motifs de refus, de l'impact sur la relation médecin malade.

Nous souhaitons avec cette thèse mettre en évidence les pratiques acquises par les omnipraticiens Picards dans cette situation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Pour répondre à nos objectifs, nous avons mené une étude qualitative, en procédant à des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes des départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme.

I. Choix de la méthode

1. Une étude qualitative

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement. (11)

2. Des entretiens individuels semi-dirigés

Les principales techniques de collecte de données qualitatives sont les entretiens individuels, les focus groups et l'observation (12). Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi la première possibilité.

L'entretien semi-directif est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. Il permet de garder un fil directeur à la discussion ou de la réorienter, d'approfondir des points importants et de guider vers certains thèmes que l'on souhaite aborder.

L'investigateur doit savoir laisser parler le participant tout en l'encourageant à développer ses idées, à citer des exemples ou le relancer sans pour autant l'influencer dans ses choix de réponses (13)

II. La population étudiée

La population étudiée était composée de titulaire du doctorat de médecine générale exerçant dans les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme.

Nous avons cherché dans nos connaissances, des maîtres de stage, collègue de travail, nous avons fait une sélection au sein de cette liste afin d'obtenir la plus grande hétérogénéité des participants rural/urbain, sexe, exercice seul ou en groupe, types d'exercices, retraités et jeunes installés

III. Les entretiens

1. Le recrutement des participants

La prise de contact s'est faite par mail et téléphone. Une explication a été donnée aux participants sur les principes et la thématique de l'entretien. La date, l'heure et le lieu des entretiens ont été fixés selon le souhait des médecins interrogés. La rencontre s'est déroulée à leur cabinet, 3 ont été interviewés à leur domicile et le dernier aux urgences du CH de Beauvais.

2. Le déroulement des entretiens

Les praticiens étaient interviewés conformément aux recommandations « consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) » (14).

Au début de la rencontre, la thématique de l'entretien a été présentée brièvement au participant, afin de ne pas influencer les réponses.

La première partie de l'entrevue consistait en un court questionnaire afin de recueillir les caractéristiques d'exercice du médecin interrogé puis nous passions au script d'entretien en lui-même.

L'enquêteur devait rester neutre et n'apporter aucun avis ou jugement au cours de l'entretien. Enfin, il a été demandé au médecin interrogé s'il avait des remarques à formuler sur le déroulement de l'interview.

Chaque entretien était enregistré sur iPhone après accord de l'interviewé. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions était annoncé.

3. Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré au préalable, pour structurer l'interview sans diriger le discours.

Il a dans un premier temps été soumis à l'approbation de mon directeur de thèse puis de la commission des thèses du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine d'Amiens.

Puis, deux entretiens « tests » ont été réalisés auprès d'amis médecins généralistes, ce qui a permis d'ajuster le guide d'entretien pour parvenir à une meilleure compréhension de certaines questions. Leurs réponses n'ont pas été prises en compte dans l'analyse des données. Le script final était composé de 8 questions ouvertes, dans le but de développer et d'approfondir les idées mises en avant.

La version soumise au premier médecin interrogé est disponible en annexe 1. Celle-ci a été modifiée au fur et à mesure de l'avancée de nos travaux, adaptés aux remarques issues des entretiens.

IV. L'analyse des données

1. Retranscription et codage

Les enregistrements audio, sauvegardés sur dictaphone, ont ensuite été retranscrits sous forme de verbatim, c'est-à-dire au mot à mot, avec les intonations, les silences, les rires, etc. dans l'optique de retranscrire au mieux l'authenticité des propos.

Les entretiens ont ensuite été intégrés dans le logiciel N'vivo 12 PLUS afin d'élaborer des nœuds et des sous-nœuds pour permettre une analyse approfondie des différents entretiens.

Le processus d'analyse a commencé dès le premier entretien, et s'est poursuivi après chaque nouveau recueil de données.

L'analyse s'est faite selon la méthode de la théorisation ancrée décrite par Glaser et Strauss. Le terme de « théorisation » se rattache à l'élaboration d'une compréhension nouvelle des phénomènes et celui d'« ancrée » à l'étude des données empiriques recueillies sur le terrain.

De plus, l'ensemble des entretiens a été relu et codé par un deuxième enquêteur formé à la méthode qualitative.

2. La saturation des données

Le nombre d'entretiens nécessaires n'est pas prédéfini dans une étude qualitative. Il est déterminé par le principe de la saturation des données qui survient lorsque l'analyse des données ne fournit plus d'éléments nouveaux au concept (15).

La saturation des données apparaît dès lors que la réalisation de deux nouveaux entretiens n'apporte pas de nouvelles informations. Pour notre travail, elle est apparue après le onzième entretien. La réalisation d'un douzième et treizième entretien a permis de confirmer cet état de fait.

RESULTATS

Afin de faciliter la lecture, nous avons choisi de rendre compte ici uniquement des extraits des verbatims les plus explicites. Néanmoins, pour chaque code, il sera mentionné l'ensemble des entretiens dans lequel le code apparaît. L'entretien 1 sera ainsi noté E1, ... Les propos prononcés par le participant 1 seront précédés de P1, ...

La première question était la suivante : « Comment définiriez-vous le refus de soin ? ». Cette question permettait un premier abord de notre sujet sans pour autant orienter le médecin interrogé pour être le moins directif possible.

Profil des médecins interrogés

| | Sexe | Age | Activité | Durée d'installation |
|------------|------|--------|--|----------------------|
| Médecin 1 | M | 33 ans | Remplacement en milieu semi rural et installation chez SOS médecin | 4 ans |
| Médecin 2 | M | 37 ans | 5 ans de remplacement rural puis SOS médecin exclusivement | 10 ans |
| Médecin 3 | F | 34 ans | Remplacement puis installation depuis 5 ans en milieu urbain. | 5 ans |
| Médecin 4 | F | 33 ans | 7 ans de remplacement et installation en maison de santé (2) en milieu rural | 2 ans |
| Médecin 5 | M | 70 ans | Installation en cabinet en 1980 puis en association (3) en milieu rural. Retraite en 2015. Reprise d'une activité aux urgences de Beauvais en 2016 | 35 ans |
| Médecin 6 | F | 50 ans | 4ans de remplacement et installation en cabinet de groupe (3) en milieu rural | 20 ans |
| Médecin 7 | F | 36 ans | Remplacement puis installation en milieu rural en milieu semi rural | 4 ans |
| Médecin 8 | M | 39 ans | Remplacement et humanitaire. Installation en cabinet de groupe puis seul | 8 ans |
| Médecin 9 | M | 58 ans | Installé en maison médicale (2) en milieu urbain | 25 ans |
| Médecin 10 | F | 48 ans | Installée en maison médicale (2) en milieu | 15 ans |

| | | | | |
|------------|---|--------|--|--------|
| | | | urbain | |
| Médecin 11 | F | 50 ans | Installé en cabinet de groupe (3) en milieu urbain | 18 ans |
| Médecin 12 | F | 37 ans | Remplacement et installation en maison de santé en milieu semi rurale | 6 ans |
| Médecin 13 | F | 36ans | Remplacement et installation en cabinet de groupe en milieu semi rurale | 6 ans |

Treize entretiens ont été réalisés entre les mois d’octobre et décembre 2019.

La durée moyenne des entretiens était de 12 minutes et 27 secondes (7 minutes pour le plus court, 25 minutes pour le plus long).

Notre échantillon était composé de 8 femmes et 5 hommes. La moyenne d’âge des participants de l’étude était de 43 ans. (33 – 70ans), il comportait 2 maitres de stage universitaire.

| Entretien | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|----------------|-----------------|--------|---------------|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|--------|--------|
| Durée (min) | 11 :52 | 25 :27 | 14 :33 | 09 :44 | 12 :32 | 20 :34 | 14 :29 | 08 :01 | 09 :16 | 06 :67 | 09 :0 4 | 07 :06 | 13 :17 |
| Lieu | Domicile (D) | D | Bureau (B) | Cabinet (C) | B | D | C | C | C | C | C | C | C |

I) La relation médecin malade

1- Le médecin, humain avant tout

L’un des éléments revenant le plus fréquemment est le fait que les médecins sont des humains, en qualité et en défaut, avant tout, comme le signale le 2^e participant ici « *en tant que médecin, je pense que par moment aussi, sur certaines situations on ne réagit pas forcément de façon optimale, on reste humain* » ainsi que les participants P5, P6, P9, P10, P12.

E12 : Le refus de soin par le médecin généraliste ? euh c’est lorsqu’on se sent pas capable, psychologiquement d’affronter un patient.

Ce constat permettant de s’accorder sur le l’implication d’une relation humaine médecin-malade fondée sur la confiance.

2- Le rôle de la confiance

L’analyse des entretiens met en évidence une importance capitale de la confiance dans la relation. En effet, le manque de celle-ci ne permettrait pas une bonne compréhension mutuelle pouvant mener aux limites d’une relation, comme le signale le 10^e participant :

P10 : C'est à partir du moment où il y a plus de confiance entre le patient et le médecin, on arrive à la limite d'une relation.

P11 : s'il n'y a pas de relation de confiance, passer la main.

L'importance et le rôle de la confiance sont également rapportés dans les E1, E2, E6, E9, E10, E11, E13.

3- La communication

La relation médecin malade passe avant tout par une communication, verbale et non verbale, permettant d'aboutir à une relation de confiance, nécessaire à la réalisation de soins optimaux. Cette communication est rapportée par les praticiens P2, P6, P7 et P13 comme moyen de désamorcer une situation pouvant se compliquer, ou de lever une incompréhension, revenant à la notion fondamentale d'une information éclairée.

E6 : c'est vrai, que le maître mot c'est la discussion. La discussion, la discussion.

E13 : Donc ça se passe bien tant que tu expliques le pourquoi. Si tu dis non au patient, il peut penser que t'en as rien à faire et puis c'est tout.

Cette communication avec le patient, répété au fil des consultations et au fil du temps, permet d'aboutir à une éducation de la patientèle.

4- L'éducation du patient

L'éducation du patient permet parfois de s'affranchir de ces situations conflictuelles. En effet, en prenant le temps d'expliquer au patient les raisons du refus, ou les conditions de travail (pas de consultation sans rendez-vous...). Cette notion d'éducation du patient est rapportée directement par les praticiens P3, P6, P7, P11 et P13.

E3 : l'éducation, l'information, expliquer au patient pourquoi on le fait, pourquoi on le fait pas

E7 : Peut-être qu'on est dans une patientèle ici avec des médecins qui discutent pas mal et moi je suis arrivé dans une patientèle plutôt éduquée, j'ai quand même l'impression.

La relation médecin-malade est améliorée si cette éducation est précoce comme le signale la 3^e participante ainsi que P6

E3 : c'est l'éducation, l'éducation, l'information, expliquer au patient pourquoi on le fait, pourquoi on le fait pas. Ça fait 5 ans que je suis installée, au début c'était très chronophage, très fatigant et maintenant les gens comprennent qu'on peut pas tout traiter dans une consultation

*E6 : on a eu de la chance, le prédécesseur a eu un souci de santé et il avait « mis les olas »
notre patientèle a été éduqué*

II) Les motifs de refus

1- Le manque de respect

Parmi les motifs de refus de soin les plus fréquemment évoqués reviennent le manque de respect. Comme l'évoque le 8^e praticiens :

E8 : Ça m'est déjà arriver de refuser de soigner un patient à domicile pour une dame qui, quand je suis arrivé à manquer de respect aux secrétaires lors de l'appel, et quand je suis arrivé, m'a complètement manqué de respect d'un point de vue humain, et médical.

Le manque de respect est retrouvé dans les entretiens E2, E5, E8, E9, E10 et E13.

2- L'agressivité

Concordant avec le manque de respect, l'agressivité est le 1^e premier motif de refus de soin, ou d'interruption de prise en charge. Chaque praticien interrogé a été victime au moins une fois de l'agressivité d'un patient, ayant parfois mener au refus de soin, mais également devant la justice. Cette agressivité entraîne une perte de l'objectivité du médecin, qui ne se retrouve plus comme le médecin mais comme une victime.

Ces éléments sont rapportés par les praticiens P1, P2, P3, P4, P5 P6, P7, P8, P9, P10, P11, P13, soit l'ensemble des participants sauf la 12^e.

E4 : j'ai déjà refusé de soigner quelqu'un et souvent c'est les gens qui sont d'emblée agressif

E9 : Comment s'est passé cette annonce ? Qu'avez-vous ressenti ?

C'est plus une agression qu'un refus de soin

E11 : un jeune qui était très agressif avec moi, il est venu en consultation il était très agressif avec moi. Quand il est revenu je lui ai dit que je voulais plus le prendre en charge, qu'il change de médecin.

3- Patientèle pleine

Un des autres motifs de refus de soin n'est autre qu'une patientèle déjà pleine, ou un emploi du temps déjà trop chargé. Ceci est relaté par les participants P3, P4, P11 et P13

E11 : Après moi je ne prends plus de nouveau patient depuis plusieurs mois parce que je commence à être saturé, donc il n'y a pas le choix.

4- Le manque de considération

Différemment du manque de respect, le manque de considération peut se définir comme le comportement d'un patient amenant le médecin à se sentir tel un commerçant sans autre fonction que la vente, délivrant des ordonnances, des certificats ou des formulaires sur demande, de par une attitude de client du patient.

Ce manque de considération est rapporté par la plupart des praticiens interrogés : P1, P2, P4, P5, P8, P10, P11, P13.

E1 : Je refuserai également le patient qui vient avec sa liste de course, à chaque fois qui est quémendeur d'examen complémentaire non justifié, une IRM à la place d'une radio, ou un bilan complet tous les 3 mois. Le patient qui sait mieux que toi et qui t'impose les prescriptions, celui-ci pareil, en tentant de lui expliquer par A+B les indications spécifiques pour la radiologie et l'IRM, pour certaines pathologies bien précises.

E2 : à ce moment-là y'a plus de discussion, y'a plus de relation médecin malade voilà, on est sur une relation c'est un client qui a une demande, qui paye et qui veut son truc. Je leur ne demande pas de payer la consultation, je leur dis « voilà on va s'arrêter là ».

5- L'inobservance

Deux praticiens m'ont rapporté l'inobservance comme potentiel motif de refus de soin, si celui-ci est répété, il s'agit du 1^e et 2^e participant.

E1 : Qu'est ce qui te mettrait un frein à une prise en charge ?

Dans plusieurs situations [...] un patient qui ne suivrait pas les recommandations ou traitements ou examens complémentaire que je lui proposerais, à partir de là je considérerais que la relation de confiance n'existe plus.

III) Le refus de soin

Nous rapportons ici les résultats de l'annonce et de la gestion du refus de soin par le généraliste, au travers des différents entretiens réalisés.

1- Les craintes

Nous avons interrogé les praticiens sur leur crainte avant, au moment et après l'annonce du refus de soin.

- a) Aucune crainte : 5 participants n'avaient aucune crainte à refuser, il s'agit de P5, P8, P9, P10 et P12 en voici un exemple :

E5 : Quelles craintes vous aviez avant l'annonce ou pendant l'annonce ?

Je n'avais pas de crainte parce que sur le plan médical j'avais fait mon devoir, sur le plan humain j'avais fait mon devoir donc j'étais sur toute la ligne dans mes droits.

E8 : Aviez-vous des craintes au cours de la consultation, de l'annonce ?

Nan, non non, aucune crainte

- b) Crainte médico-légale : 4 praticiens ont craint de recevoir une plainte suite à un refus de soin. Cela est rapporté par P2, P3, P4 et P6.

E2 : Quelle crainte avais-tu lors de l'annonce ?

La première fois, la plainte

- c) Crainte éthique : nous avons considéré comme crainte éthique chaque praticien ayant peur que leur décision ne soit pas éthique, craignant d'avoir mal fait leur travail. Cette notion est rapportée par 6 participants : P2, P3, P4, P7, P12 et P13.

E3 : qu'on refuse de soigner pour X ou Y raison, où là ça pose problème en termes d'éthique, on a un peu prêté serment quand même

E2 : La crainte d'avoir mal fait son travail, personnellement

- d) Crainte physique : 5 praticiens ont craint d'être agressé à la suite d'un refus, avec des patients agressifs. Ces sujets ont été abordés par les participants P3, P4, P7, P9 et P11.

E9 : Comment s'est passé cette annonce ? Qu'avez-vous ressenti ?

C'est plus une agression qu'un refus de soin c'est-à-dire que c'est monté dans les tours mais moi je suis resté sur mes positions, et après il m'a dit que seules les montagnes ne se rencontrent pas. Donc après j'ai pas appelé la police sur ce coup-là, j'ai appelé un copain, c'était un quartier un peu... Et puis après j'ai travaillé avec une protection mécanique (mimant un pistolet) pendant quelques temps

E4 : Et puis après, même que ça en vienne aux mains, parce qu'il était en colère, on sait jamais, lui heureusement était accompagné de sa femme mais ça aurait pu en venir au main ce jour-là.

E11 : Est-ce que vous aviez des craintes au cours de la consultation, au cours de l'annonce ?

Je sentais que ce ne se passerait pas bien de toute façon, vu l'agressivité qu'il avait eu la veille, je savais bien que ça n'allait pas forcément bien se passer quoi.

Plutôt des craintes physiques donc ?

Ouais physiques oui.

2- Les réactions

Intéressons-nous maintenant aux réactions induites par le refus de soin.

a) Du médecin :

8 participants sur 13 ont vécu cette consultation comme un échec, une insatisfaction avec frustration. Cet état de fait est bien rapporté par P2, P5, P6, P8, P9, P11, P12 et P13.

E2 : A posteriori j'ai vraiment eu l'impression de rater cette consultation

E13 : Qu'est-ce que vous en pensez du refus de soin ?

C'est difficile pour un médecin de renoncer à soigner un patient, c'est un échec, moi je le vis comme un échec

4 praticiens ont également ressenti un malaise lors de cette consultation, en refusant le soin, il s'agit de P1, P2, P3 et P4.

E4 : Qu'est-ce que tu avais ressenti pendant cette annonce ?

C'est sûr qu'on n'est pas très à l'aise de refuser les soins

1 participante a évoqué un épuisement moral face aux demandes récurrentes de certains patients, pouvant lui donner envie de ne plus les prendre en charge, elle l'exprime au cours du 12^e entretien.

E12 : c'est un cas médical très complexe, une personnalité très complexe, très compliqué à soigner, qui en fait qu'a sa tête avec une histoire de vie très compliqué mais je veux pas le faire

parce que déontologiquement je me vois pas le voir et il y a pas de vrai raison. C'est juste parce qu'elle m'épuise moralement.

b) Du patient

Nous avons pu mettre en avant différentes réactions du patient à l'annonce du refus de soin, notamment la colère, l'agressivité, rapportées par P2 et P11.

E11 : La prochaine question, c'était comment le patient a réagi mais vous venez de répondre.

Il a été encore un peu plus agressif. Et je pense qu'heureusement qu'il y avait la secrétaire à ce moment là parce que...

Nous notifions également la surprise (P6, P10), la compréhension (P12) et la tristesse (P9).

3- L'annonce

Nous avons identifié 2 types de refus, selon les modalités d'annonce. Soit celle-ci se déroulait bien, dans des conditions calmes et sereines, comme rapportée par les participants P8, P10, P11, P12.

E10 : Pendant l'annonce, comment vous annoncez ça ?

Alors après je pense à un autre cas de figure où la personne ne souhaitait réaliser aucun examen complémentaire, c'était une dame donc suivi gynéco... Pas de mammo tout ça donc un moment je lui avais demandé de me signer une décharge, pour lui dire que voilà, moi j'avais proposé des examens, elle n'en voulait pas et comme elle ne voulait plus rien du tout, je lui ai expliqué lors d'une consultation que je ne souhaitais plus être son médecin.

Soit celle-ci était « forcée », inhérente au conflit, en effet lors des entretiens, il a été relevé que la gestion des patients agressifs pouvait amener à un refus de soin contraint, la relation s'arrêtant nette par le départ d'un des protagonistes.

Cela est décrit par les praticiens P4, P5, P9 et P13 :

E9 : Comment s'est passé cette annonce ? Qu'avez-vous ressenti ?

C'est plus une agression qu'un refus de soin

E13 : Comment se déroulent ces annonces ? ça s'est toujours bien passé ?

J'ai pas encore eu de patient qui claque la porte, ça passe pas bien quand les gens ils viennent sans rendez-vous alors qu'il y a des plages sans rendez-vous, il y en a qui viennent sans rendez-vous alors que des gens attendent depuis des jours des rendez-vous. Là je dis non en salle d'attente devant tout le monde et là ça ne se passe pas bien, ils partent en vociférant ou en insultant.

4- L'attitude des médecins généralistes.

Nous allons voir dans cette partie l'attitude des médecins face à ces situations, ce qu'ils font suite à ces refus de soin.

Tous les praticiens interrogés proposent une alternative en ré-adressant vers un confrère, certains laissent le choix au patient, d'autres les orientent vers un confrère du cabinet / MSP... Attendant à l'article R. 4127-47 du Code de Santé Publique : « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins* », les praticiens étaient au fait de la nécessité de continuité des soins. Cette attitude est relayée par les participants P1, P2, P3, P6, P7, P8, P9, P11 P12 et P13

E2 : Chaque fois que j'ai refusé ces personnes là, je leur ai trouvé une solution

E8 : Et je réoriente vers un collègue, je lui dis pas « je vous soigne pas rentrez chez vous demandez vous » mais plutôt d'aller voir le collègue à côté qui satisfera votre demande ou SOS ou autre structure.

Trois praticiens (P4, P5, P8) ne changeraient probablement pas d'attitude et agiraient de la même façon si la situation venait à se reproduire alors que 2 reverraient leurs positions (P2, P13).

E4 : Si c'était à refaire ?

Si c'était à refaire, je ferais exactement la même chose

E2 : Et si c'est à refaire ?

Probablement que je changerais, parce qu'on se remet forcément en question, probablement que je changerais.

IV) Les conseils des participants

Les dernières interrogations du questionnaire recherchaient des conseils, un apprentissage pour les jeunes médecins généralistes dans ce genre de situation, ainsi que la gestion des proches du médecin.

1- Les proches

a) Pour les affections chroniques

Tous les médecins interrogés ont rencontré au moins une fois la problématique de soigner ses proches, sa famille. 11 sur 13 préfèrent ne pas soigner leur proche, mais peuvent le faire pour dépanner ou pour une pathologie aiguë, tout en refusant de les suivre sur le long terme en refusant d'être le médecin traitant. L'explication fournie repose sur l'attachement, qui crée une perte d'objectivité. Ces éléments sont décrits par P1, P2, P3, P4, P6, P7, P9, P10, P11 et P12.

E6 : j'ai dit je soigne plus ma famille parce qu'on est pas lucide, on a pas l'esprit critique. On regarde, je fais des renouvellements d'ordonnances mais c'est tout. Je ne les suis même pas

E7 : mais moi ça fait longtemps que je travaille et c'était un principe je m'occuperais pas de ma famille.

E12 : ça m'est déjà arrivé de refuser, mais c'est le truc classique quand c'est la famille, j'essaye de pas trop m'impliquer.

b) Pour les pathologies bénignes

Les médecins interrogés mettent le point sur l'aigu : en effet, ils préfèrent en majorité ne pas suivre leur proche pour les pathologies chroniques mais s'impliquent pour les tracas du quotidien, en aigu. Cela est rapporté par les praticiens P1, P2, P6, P7, P10, P12 et P13.

Voici les extraits les plus marquants des entretiens

E1 : Mais dès qu'on passe sur du chronique là je passerai la main à quelqu'un. OK pour l'aigu, non pour le chronique

E10 : Et la famille, les proches ? C'est vous qui les prenez en charge ou vous refusez, vous préférez que ce soit un confrère ?

Euh ... alors la bobologie y'a pas de souci je peux gérer, après dès que j'ai besoin d'un avis je vais voir un autre professionnel.

c) Pour l'ensemble du suivi

Concernant les 2 autres (P5 et P8), ils ne rencontrent pas de souci à soigner leur proche, ils parviennent à faire le distinguo entre le monde professionnel et personnel, comme ils le signalent au cours des entretiens.

E5 : Est-ce que ça vous est déjà arrivé de refuser de soigner un ami ou de la famille ?

Non, j'ai toujours séparé la médecine d'autre chose. La médecine c'était la médecine, l'amitié c'était l'amitié. J'ai jamais eu d'ami dans ma patientèle les collègues ou les confrères que j'ai eu à examiner c'était un travail strictement professionnel au cabinet, une fois sorti du cabinet c'est autre chose. La séparation était nette claire et précise.

E8 : La famille, les parents, les enfants ?

Non je refuse pas, quand on me sollicite je réponds présent, j'y vois pas d'inconvénient, pas pour le chronique, mais parce que ma famille n'est pas dans le coin, sinon c'est moi qui suivrais.

2- Les conseils

Nous avons pu extraire différents conseils pour la gestion du refus de soin, afin de le prévenir ou de mieux l'aborder.

- Les praticiens P2, P4, P6, P10, P12 et P13 mettent l'accent sur l'importance de savoir dire non au patient.

E13 : Si vous pouviez changer quelque chose, qu'est-ce que vous conseillerez aux jeunes médecins généralistes qui veulent s'installer ?

Savoir dire non à bon escient

E2 : Ne pas avoir peur de dire non quand même

E12 : Si vous pouviez changer quelque chose, qu'est-ce que vous conseillerez à un jeune généraliste ?

De pas être trop gentil tout de suite avec les patients [...] et bien réaliser que dire non au patient, c'est aussi pour son bien

- Ne pas prendre en charge sa famille et ses proches est conseillé par P4, P6, P12 et P13

E4 : Si vous pouviez donner un conseil aux jeunes médecins généralistes ?

Par rapport à la famille, essayer de pas soigner sa famille ça c'est si on peut s'en passer c'est toujours mieux parce qu'on est des fois dans des positions délicates.

E6 : C'est pour ça, qu'à partir de ce jour là, j'étais remplaçante, j'ai dit je soigne plus ma famille parce qu'on est pas lucide, on a pas l'esprit critique.

- Apprendre à garder la distance avec le patient est cité lors des entretiens E1, E2, E7, E12 et E13.

E13 : Et mon associé m'avait dit dès le départ que les patients pouvaient être ingrats. Donc attention à ça, toujours garder une distance

E12 : Quand on est jeune on a tendance à vouloir satisfaire ses patients coûte que coûte et on est dans l'empathie, il faut l'être mais il ne faut pas passer les limites de l'empathie et pas passer dans le maternage ou autre, sinon on se fait vraiment bouffer. C'est ce qu'il m'est arrivé à cette patiente de tout à l'heure. Donc voilà, prendre ces distances, connaître ses limites

- Éduquer sa patientèle, même si cela est chronophage est conseillé par les praticiens P3, P6, P7, P11 et P13, une pratique qui s'avère payante à long terme

E11 : Si vous pouviez changer quelque chose dans votre pratique, avec le recul, qu'est-ce que vous conseillerez à un jeune généraliste qui s'installe ?

Hmmm, je pense que dès le départ il faut poser les choses clairement et être très clair, poser ses limites en fait, poser ses limites en disant que s'ils veulent un conseil, il faut venir en consultation, parce que je trouve qu'on perd beaucoup de temps.

E3 : Si vous pouviez changer quelque chose ou conseiller quelque chose à des jeunes médecins généralistes qui s'installent et se retrouvent dans la même situation ?

Sincèrement, et c'est ce que je dis à beaucoup de vos collègues, c'est l'éducation, l'éducation, l'information, expliquer au patient pourquoi on le fait, pourquoi on le fait pas.

- Trois participants de cette étude déconseillent de prendre des patients toxicomanes dans sa patientèle. Il s'agit de P2, P8 et P9

E8 : Si vous pouviez changer quelque chose ? qu'est-ce que vous conseilleriez aux jeunes généralistes qui s'installent ?

Pas prendre de toxico, vous savez, moi j'étais dans un ancien cabinet où mes collègues en voyaient beaucoup. Et je me suis barré pour ça.

E9 : Après on peut pas soigner toutes les pathologies, les toxicomanes je les adore (ironiquement) et effectivement je les oriente vers des structures plus adaptés à prendre en charge leur pathologie. Quand tu seras un vieux médecin généraliste comme moi, tu verras que tu t'es tellement fait avoir par les toxico que la relation réelle thérapeutique est illusoire (mimant de les refuser)

- Apprendre à garder son calme, être abordable est un élément rapporté par P2, P6, P7 et P9.

E9 : Si vous pouviez changer quelque chose, ou donner des conseils aux jeunes généralistes qui veulent s'installer ?

Je leur conseille surtout d'être accessibles

- Les autres conseils :
 - Prendre un avocat s'avère important pour le 6^e participant

E6 : Dernière question, si vous pouviez aujourd'hui changer quelque chose, qu'est-ce que vous conseilleriez aux futurs médecins généralistes ?

(souffle) de prendre un bon avocat maintenant je pense, enfin je sais pas.

- Aller voir ailleurs, voir comment d'autres travaillent, dans différent milieu, rural, urbain, seul, en cabinet pour en tirer le meilleur pour la 7^e participante

E7 : Qu'est-ce que tu pourrais conseiller aux jeunes qui s'installent ? à part être cool, zen ?

Peut-être de vraiment voir ce qui se fait autour, de pas être borné sur certains secteurs, rural ou urbain, populaire ou ... Je pense que c'est vraiment intéressant d'aller s'enrichir dans d'autres coins

- Bien séparer la vie privée de la vie professionnelle pour le 5^e praticien

E5 : Et si vous pouviez changer quelque chose ? Qu'est-ce que vous pouvez conseiller aux jeunes médecins généralistes qui se retrouveraient dans cette situation.

De suivre euh leur..., de séparer le professionnel de l'amitié, ça c'est deux choses tout à fait différentes. On peut être ami avec des gens mais quand ils sont dans le cabinet c'est des patients comme les autres et donc voilà, les deux choses bien séparées.

- Ne pas travailler seul : cabinet de groupe, associé... afin de réduire les risques d'être seul avec le patient s'il y a un problème pour le 4^e participant.

E4 : Ensuite ben de pas travailler seul, comme ça au niveau du temps on peut se décharger sur des collègues quand on peut pas recevoir des gens le jour même ou voilà. Avoir une bonne relation médecin malade avec son patient et savoir déléguer à un autre confrère quand la relation est conflictuelle

- Garder en mémoire que nous avons le droit de refuser pour la 10^e participante

E10 : Dernière question, si vous pouviez changer quelque chose aujourd'hui, qu'est-ce que vous conseillerez aux jeunes médecins généralistes qui s'installent ?

Concernant le refus de soin, je pense qu'il faut qu'on se le garde en mémoire. Parce qu'effectivement on doit soigner des patients mais j'ai quand même l'impression qu'en 15 ans de temps les gens sont de plus en plus exigeants et de plus en plus agressifs et on devient une médecine immédiate.

- Pratiquer le refus de soin doit être exceptionnel pour la 7^e participante

E7 : Euh... et quand même je me dis que le refus il doit rester rare parce qu'on peut toujours réussir à trouver des solutions et par d'autres biais, à s'occuper du problème ou de la situation, j'en sais rien. Je me dis qu'il faut vraiment y aller pour finir par refuser un soin à quelqu'un.

DISCUSSION

I. La méthodologie

1) Le choix du sujet

Notre étude s'intéresse à la gestion du refus de prise en charge par le médecin généraliste Picard. L'objectif principal était d'apprécier l'attitude des médecins généralistes et les objectifs secondaires, d'identifier les motifs de ce refus ainsi que l'impact sur la relation médecin malade, afin d'apporter des éléments de réflexion pour limiter ces situations et ne pas nuire à la relation médecin malade et au patient.

Il n'existe que quelques études sur ce thème. Certaines sont centrées sur les motifs et leur légitimité (9), d'autre sur la gestion du refus par le patient (7) (16).

Ce qui est plutôt surprenant car les lois inscrites au Code de Santé Publique (17) posant les bases de la liberté de refus du médecin datent de 2004, nous pensions donc trouver plus d'étude, plus de source sur cette catégorie de refus de soin. Par notre travail, nous souhaitons ainsi nous inscrire dans ces recherches afin d'apporter une aide à nos confrères pouvant refuser de prendre en charge un patient.

Ce sujet nous permettait également de traiter d'un sujet déjà traité auparavant sous divers angles : la prise en charge des proches du médecin, afin de savoir si celui-ci refuse ou non de les soigner. Nous avons pu constater que nos résultats concordaient avec les précédentes études menées, à savoir que cela était à risque et que les règles doivent être fixées par avance. (18) (19)

2) La méthode

Notre projet était de recueillir les pratiques du refus de soin par le médecin généraliste, ainsi que tout ce qui s'y rapporte, les motifs, l'annonce, l'impact sur la relation médecin-malade. Le choix de la méthode quantitative nous a paru le plus approprié.

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés lors d'interview en face à face, qui se sont tous déroulés là où le souhaitaient les médecins généralistes (lieu de travail pour 10 sur 13, domicile pour 3 sur 13) afin d'être le moins possible limité par le temps. Le guide d'entretien a servi de support et a évolué au fur et à mesure des interviews. Des questions de relance ont permis de dynamiser les entretiens sans pour autant influencer les médecins interrogés.

Le recueil des données s'est arrêté lors de l'obtention de la saturation théorique des données (15). Cette saturation a été obtenue vers le 11ème entretien. Nous avons toutefois poursuivi

les interviews et 2 entretiens supplémentaires ont permis de confirmer cette saturation des données.

L'analyse des données a été réalisée au fur et à mesure des entretiens.

3) La diversité de la population

La population étudiée était constituée de médecin généraliste Picards, pratiquant ou ayant pratiqué la médecine générale en milieu libéral. Les participants faisaient partie du réseau de connaissance de l'enquêteur et du directeur de l'étude. Ils ont été choisis pour maximiser les types de pratiques, l'expérience et le périmètre géographique. En effet, 2 d'entre eux travaillent actuellement dans l'Aisne, ont eu une activité de remplacement pendant plusieurs années, 1 a passé sa carrière en secteur libéral dans l'Oise avant de sortir de sa retraite pour travailler aux urgences d'un centre hospitalier de l'Oise, 3 exercent à Amiens après avoir fait des remplacements, 1 à Beauvais, 2 à Saint Quentin et le reste pratiquent en milieu rural ou semi rural. Deux médecins interrogés sont des MSU, deux autres sont actuellement médecin salarié chez SOS médecin.

Enfin nous avons essayé d'obtenir un large éventail en termes d'âge et d'expérience, allant de 33 à 70 ans.

4) Force et faiblesse

Pour réaliser cette étude, l'enquêteur s'est formé à la recherche qualitative mais cette étude est la première qu'il réalise. Nous avons donc respecté au mieux les critères de la liste COREQ (14) au cours des entretiens et de l'analyse des données.

Il peut exister un biais de sélection de type biais de recrutement étant donné l'absence de tirage au sort des praticiens interrogés, ceux-ci faisant partie de l'entourage socioprofessionnel de l'enquêteur et du directeur de recherche.

Les entretiens individuels nous ont semblé plus appropriés que les focus groups et ont permis de limiter l'inhibition de certains participants et d'obtenir des réponses plus libres et sincères. Ils ont eu lieu dans un lieu choisi par l'interrogé au préalable afin de ne pas limiter par le temps.

L'échantillon a été constitué « en recherche de variation maximale » afin de diversifier le profil des répondants et leur point de vue, critère auquel correspond bien notre échantillon, le principe de cette technique est de faire varier au maximum le profil des répondants selon 2 à 3 critères.

Bien qu'ayant gardé à l'esprit l'importance de la neutralité, il est possible que certaines formulations ou réactions naturelles de l'enquêteur aient pu influencer le discours des participants. L'enquêteur ayant travaillé avec un des praticiens et ayant été patient d'un des médecins interrogés, un biais de subjectivité est possible. De plus, le fait qu'il s'agisse d'une première expérience dans ce type d'étude pour l'intervieweur, il a pu acquérir de l'expérience au fur et à mesure des entretiens et les premiers participants n'ont donc pas eu la même qualité d'écoute ni les mêmes relances que les derniers.

L'aspect concernant le refus de prise en charge de sa famille ou des proches a pu être limité par la pudeur de l'interrogé ou encore parce que celui-ci ne considérait pas cela comme un refus de soin. Des questions de relance ont été posées par l'enquêteur lors des entretiens afin de réorienter le médecin généraliste sur le thème de l'étude.

Le panel des médecins interrogés était majoritairement composé de femme, cela a pu induire un témoignage accru de conflit vécu, les médecins libéraux de sexe féminin étant plus victime d'agression que leur confrère masculin (20). De plus la moyenne d'âge des praticiens questionnés était inférieure de 8 ans à la moyenne d'âge des médecins généralistes Français en 2018 (21), soit 43 ans pour notre étude, cela a pu aboutir à un manque d'expérience des interrogés au regard de leurs confrères plus âgés.

Les participants ont pu adopter une attitude et des réponses qu'ils ont souhaité faire correspondre aux attentes sociales et présenter ainsi un biais de désirabilité sociale. De plus, des artefacts de questionnement peuvent être retrouvés lorsque les médecins interrogés ont adopté des comportements de réponses spécifiques, liés à la pensée d'un discernement de l'objectif de l'étude. (22)

La transcription de l'ensemble des données a été pratiquée en tenant compte des aspects verbaux et non verbaux des discours. Afin de minimiser les biais de préconception et d'interprétation, une triangulation des données a été réalisée par un confrère formé à l'utilisation du logiciel N'vivo et à l'étude qualitative. La comparaison de l'analyse de ces 5 entretiens à la nôtre a montré une concordance en termes de densité et d'organisation des informations codées.

Ces biais sont inhérents à la recherche qualitative et peuvent difficilement être contrôlés.

La saturation des données est survenue après 11 entretiens et confirmée par 2 autres n'apportant pas de nouvelles données. Ces chiffres sont semblables aux autres travaux de

thèse similaires étudié par l'enquêteur. La variabilité dans la durée d'entretien peut être en lien avec la subjectivité de l'enquêteur ou un trop grand nombre de relances.

La validation du questionnaire d'entretien a été soumise, d'abord à un pré-test sur 2 confrères puis à la commission d'évaluation des thèses, composée d'enseignant en médecine générale. Une adaptation de quelques questions et des conseils de relance ont permis d'améliorer l'interrogatoire.

II. Discussion des résultats

1) Le refus de prise en charge

Tout d'abord, il est important de noter que chaque praticien interrogé avait une définition différente du refus, certains y voyaient les refus de prescriptions, les refus de nouveaux patients, les consultations écourtées dû à une mésentente, et peu d'entre eux incluait leurs proches en tant que patient refusé. Des précisions ont été apportées par l'enquêteur au cours de question de relance afin de permettre un lissage des réponses sans pour autant orienter l'interviewé.

Il est important de notifier que le discours des médecins précisait que les situations conflictuelles pouvant mener au refus de soin étaient rares, et que les refus n'étaient pas systématiques dans ces situations, notamment au travers de la discussion et l'éducation.

Le refus de prise en charge d'un patient est un choix pouvant s'avérer compliqué pour le médecin généraliste, en effet, comme le rappelle très justement le 3^e participant « *on a un peu prêté serment quand même* » : il incombe aux médecins de prendre en charge leurs patients. La situation pouvant être conflictuelle ou délicate, les médecins peuvent avoir recours au refus de soin dans certaines situations que nous avons identifiées comme la perte d'objectivité, l'agressivité, le manque de respect ou de considération, il est licite de refuser les soins.

Cependant ces situations complexes sont mal vécues par le généraliste. Il en ressort un sentiment de malaise, de travail mal effectué, dans de mauvaises conditions. Que ce soit suite à une agression ou suite à une demande incongrue, la relation médecin-malade s'en trouve altérée et la santé du malade peut en pâtir.

La plupart des médecins interrogés mettent l'accent sur leur humanité, qui peut parfois être négligée par le patient, avec leurs qualités, leurs défauts et leur fatigue. L'épuisement moral dont peuvent être victime les médecins les rendent parfois plus abrupt et plus enclin au refus de soin.

L'importance d'une relation médecin-malade de qualité, au travers d'une confiance mutuelle est soulignée dans notre travail, concordant avec les autres études (3) (23).

Comme le rappelle l'alinéa 2 de l'article R. 4127-47 du CSP : « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. » Ceci laisse la porte ouverte à un grand nombre d'interprétations quant aux raisons personnelles. En effet, jusqu'où peut-on refuser des soins pour des raisons personnelles ? Cela est également bien encadré par la loi : le refus ne doit pas pouvoir être interprété comme une éventuelle « discrimination » ou un « abus ». L'article R.4127-7 du CSP (article 7 du code de déontologie médicale) indique, en effet, que « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances (...)* ». En ce sens, il semble important pour le médecin d'expliquer clairement pourquoi il refuse de réaliser, au nom de ses convictions, un acte pour ne pas donner le sentiment au patient que le motif du refus est discriminatoire. Ceci passe par une communication adaptée, elle est primordiale et doit prévaloir sur le reste, afin d'expliquer au patient les motifs, pour espérer conserver une relation médecin malade efficace.

On retrouve une équivalence dans les réponses quant au déroulement des annonces. Aux souvenirs de ces refus, les praticiens interrogés trouvaient que les annonces s'étaient bien déroulées pour la majorité. Il serait intéressant de mener une étude sur le ressenti des patients face au refus de soin.

L'évolution de la communication via les bases d'informations internet et les réseaux sociaux ont aussi rendu plus compliqué l'exercice médical où les patients n'arrivent plus au cabinet avec des symptômes et la recherche d'une aide mais avec des hypothèses diagnostics et des plans thérapeutiques, avec une liste de traitements ou bien une liste d'exams complémentaires dont ils sont convaincus de la pertinence et qu'ils réclament avec insistance. De plus, avec la prise de rendez-vous sur internet, il y a aussi maintenant la possibilité de noter et commenter la pratique d'un médecin en quelques clics, ce qui pose également problème, beaucoup de jugement hâtif, le risque accru de « mauvais commentaires » (justifié ou non) accessible au plus grand nombre et donc appréhension du médecin qui se retrouve un peu pieds et poings liés.

L'éducation du patient est devenue plus importante qu'auparavant d'après certains praticiens interrogés qui expriment l'idée que même si l'éducation de sa patientèle prend du temps, elle est bénéfique sur le long terme et permet de s'affranchir de certaines situations.

Il faut également souligner le problème d'excès de patientèle qui est visible chez la plupart des praticiens installés en cabinet. Le manque de temps et l'augmentation des charges administratives rendant de plus en plus difficiles leur exercice et rendant des situations de refus inévitables, que ce soit des refus de visite à domicile, ou des refus de nouveau patient.

Tous les arguments, justifications ou exemples donnés par les différents médecins peuvent être rapprochés du cadre législatif ou du cadre éthique. Cela vient confirmer que ces deux domaines se complètent ou peuvent s'apposer sans s'opposer.

La plupart des médecins interrogés craignaient le refus de soin, que ce soit d'un point de vue médicolegal avec la peur d'une plainte, physique avec la peur de l'agression, ou éthique avec le sentiment de mal faire son travail. Ces craintes pourraient s'atténuer en mettant à disposition des praticiens des rappels légaux issus du CSP, ou encore en participant à des groupes d'échanges de pratiques type BALINT.

Bien que les praticiens interrogés vivaient mal ces situations, vécues comme des échecs, et malgré les craintes ressenties, tous les médecins généralistes déclaraient avoir agi dans la légalité et l'éthique en trouvant une alternative au patient, en l'adressant à un confrère ou à un associé exerçant dans le même cabinet, en lui exprimant verbalement clairement son refus.

2) Les motifs de refus

Les différentes études, menées ces 20 dernières années notamment par la CMU (24) s'orientaient surtout sur l'aspect légal de ces refus de prise en charge, à savoir si les motifs de refus étaient discriminatoires ou non. Les auteurs de ces études ont mis en évidence des changements de comportement et des refus de soin plus fréquents pour les patients CMU et CMU-C (explication donnée par les praticiens : lourdeur administrative, panier de soin limité, la perte économique et le non-respect du parcours du soin). Notre étude n'a pas montré de motif de refus discriminatoire, aucun des participants n'a évoqué l'appartenance à un groupe social ou l'affiliation à la CMU. Nos régions font pourtant partie des endroits où la population est le plus affiliée à la CMU, 10,7% en 2016 (25).

Les possibles explications de ce phénomène sont : un biais de conformisme, le médecin interrogé n'aurait probablement pas ouvertement annoncé qu'il refusait ces patients soit par

peur du jugement de l'enquêteur, soit par un sentiment de honte. Ou alors, les médecins généralistes Picards ne refusent pas les patients CMU, ceux-ci représentant une part importante de leur patientèle, nous n'avons pas questionné le praticien sur cette dernière hypothèse.

Nous avons pu démontrer que la perte d'objectivité est un motif majeur des refus de soin. Elle peut se perdre suite à un conflit, le médecin étant sur la défensive ou même parfois l'offensive, il ne se sent plus à même de délivrer des soins optimaux. Elle peut également se perdre lorsque le patient devient trop proche du patient, sur le plan affectif, amical ou si le patient offre des cadeaux au médecin, celui-ci pouvant se sentir redevable, d'où le conseil de garder ses distances avec le patient, tout en restant empathique. Pour ce qui est de la famille, il est plus difficile pour la majorité des médecins de rester objectif, cet élément se retrouve dans d'autres travaux de recherche, nous conforte dans l'idée que soigner ses proches ne paraît être adapté à la plupart des personnalités médicales interrogés.

Nous retrouvons dans cette étude une mise en avant des mauvaises attitudes des patients, l'agressivité, le manque de respect, le manque de considération, la perte de confiance envers le médecin. Nous sommes en droit de penser que les MG interrogés ne se remettent pas forcément en question lors de ces consultations, il pourrait être intéressant de se questionner sur le ressenti des patients lors de ces consultations conflictuelles.

Nous n'avons pas abordé la clause de conscience du médecin, pourtant élément important de refus de soin licite, car non cité dans les entretiens, peut être lié à un biais de mémorisation ou des sélections des récits. Un rapport du CNOM du 16 décembre 2011 indique que la clause de conscience, « c'est, sauf urgence pour le médecin, le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques » (26)

Le patient doit être clairement informé de ce refus dès la première consultation. Le médecin doit également l'orienter vers un confrère susceptible de le prendre en charge. En effet, le médecin doit à son patient une « information claire, loyale et appropriée » (article R.4127-35 du CSP).

3) Quid des proches

En 1980, la corporation professionnelle des médecins du Québec et le Collège des Médecins du Québec promulguèrent un code de déontologie médicale qui fait mention de ceci : « Sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, le médecin doit s'abstenir de se traiter lui-même ou de traiter son conjoint ou ses enfants » (27)

Aux USA, l'AMA (American Medical Association) dans son code d'éthique médical recommandait de ne pas soigner ses proches, hors les situations d'urgence ou dans des endroits isolés où aucun autre médecin n'est disponible. Il est conseillé aux médecins Américains de ne pas être le médecin référent de ses proches mais pouvait occasionnellement prendre en charge les problèmes bénins aigus (28).

En France, selon le Serment d'Hippocrate, « *je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera* » et l'article 7 du code de la déontologie médicale en France stipulait que « *le médecin doit soigner en toutes circonstances et avec la même conscience toute personne, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* ». Aucune instance ne prend de position sur le rôle du médecin vis-à-vis de ses proches, il pourrait être bénéfique de se positionner afin d'aider le médecin qui peut se retrouver aculé par ses proches et ne sachant dire non, peut céder à contre cœur à leurs requêtes.

Dans le commentaire du Code de Déontologie médicale, disponible sur le site du CNOM, cette situation tendancieuse est exprimée « *L'influence peut être à l'inverse excessivement favorable : le médecin va soigner un ami, un proche ou une personnalité avec une attention renforcée, des précautions supplémentaires, qui peuvent être aussi bien bénéfiques que nuisibles. L'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs.* »

Ces éléments issus de différents pays Occidentaux s'accordent avec les résultats de notre étude, il peut incomber au médecin de soigner ses proches mais il peut également refuser, la plupart des praticiens préfèrent ne pas s'occuper de leur proche sur le plan chronique mais se sentent parfaitement capable de gérer les pathologies aiguës ou les dépannages ponctuels. Le cadre de l'urgence peut également être biaisé avec l'affect du médecin, la question de l'urgence réelle et de l'urgence ressentie devient plus difficile à juger. Si le médecin est amené à accepter la demande, il lui faut alors se fixer des règles pour une prise en charge adaptée et pour éviter de dégrader la relation affective préexistante. Expliquer à ses proches sa position, les conséquences et difficultés éventuelles, cadrer la consultation comme avec

n'importe quel autre patient semblent important et mal maîtrisé par les médecins que nous avons interrogés.

CONCLUSION

Notre étude a eu pour objectif d'apprécier l'attitude des médecins généralistes Picards en situation de refus de prise en charge du patient, d'identifier les motifs de refus et l'impact sur la relation médecin-malade.

Les médecins interrogés n'ont pas une définition unique du refus de prise en charge, globalement ont des attitudes similaires pour gérer cette situation. Bien que les conflits entre médecin et patient soient rares, il ne faut pas perdre de vue le droit au refus de soin et savoir garder une distance suffisante avec les patients, tout en restant empathique. La plupart des médecins ressentent une crainte lors du refus, qu'elle soit physique, juridique ou éthique parfois intriquées.

Nous avons identifié un motif récurrent de refus, la perte d'objectivité du médecin, qu'elle provienne d'un conflit ou d'un patient trop proche. Les autres motifs sont le manque de respect et de considération envers le médecin ou la perte de confiance mutuelle.

Toutes ces raisons vont altérer la relation médecin-malade, qui est pourtant composée d'éléments clés permettant de s'affranchir des conflits, à savoir la confiance et la communication. L'éducation du patient permet également de prévenir les situations conflictuelles dans la mesure où elle est entreprise tôt dans la relation et prépare le patient au fonctionnement du médecin.

Concernant la prise en charge de la famille, le choix de la soigner ou non revient au médecin qui doit agir en pleine objectivité et savoir placer ses limites pour éviter les fautes. Il est cependant recommandé par la plupart des médecins interrogés, et les données de la littérature de s'abstenir de prendre en charge les pathologies chroniques de ses proches, de se restreindre à une consultation pour un problème aigue bénin.

Il serait intéressant pour l'avenir de prévenir ses incidents en aidant les médecins à y voir plus clair, en les informant sur leur droit, leur conséquence et de les conseiller de façon formelle sur la prise en charge de leur proche.

On peut conclure que quelque soit le stade de la relation médecin malade, la communication et l'explication, demeure primordial. Il convient d'expliquer aux patients nos décisions et nos prescriptions afin qu'il y adhère, ou à défaut, qu'il comprenne le refus.

BIBLIOGRAPHIE

1. La relation médecin-patient - EM|consulte [Internet]. [Cité 2 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/en/article/82761>
2. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie - Revue Médicale Suisse [Internet]. [Cité 2 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-258/Le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>
3. Réflexions sur la non-observance - EM Premium [Internet]. [Cité 2 mars 2020]. Disponible sur : <https://www-em-premium-com.merlin.u-picardie.fr/article/689678/resultatrecherche/3>
4. Empathie et médecine - EM Premium [Internet]. [Cité 2 mars 2020]. Disponible sur : <https://www-em-premium-com.merlin.u-picardie.fr/article/1302087/resultatrecherche/6>
5. Serment d'Hippocrate [Internet]. [Cité 2 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
6. Anne Chapell. Refus de traitement ou de soins. La revue du praticien Médecine Générale Tome 27 n°903 juin 2013 : 470-471
7. Le ressenti de médecins généralistes face au refus de soins des patients : une étude qualitative - EM Premium [Internet]. [Cité 2 mars 2020]. Disponible sur : <https://www-em-premium-com.merlin.u-picardie.fr/article/1353199/resultatrecherche/2>
8. Brice Sulter. Le refus de soin, étude exploratrice à la recherche des grands facteurs de refus de soins en médecine générale de ville. Thèse de médecine : Université de Lorraine Faculté de médecine de Nancy : 2016
9. Céline Carrez. Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive : Étude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du Nord Pas de Calais. Thèse de médecine : Université Lille 2 Droit et Santé Faculté de médecine Henri Warembourg: 2016
10. Refus de soins du médecin envers le patient - MACSF [Internet]. [Cité 2 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/Refus-de-soins-du-medecin>
11. Introduction à la recherche qualitative. I Aubin-Auger, A Merier, L Baumann, A-M Lehr-Drylewicz, P Imbert, L Létrilliart. Exercer 2008 ;84:142-5
12. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche des soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique 2014 ;53.
13. Britten N. Qualitative interviews in medical research. BMJ 1995; 311:251-3.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care 2007; 19:349-57.
15. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field methods 2006; 18:59-82.
16. Hammami I. Refus de soins en Médecine Générale par les patients: Etude qualitative réalisée dans les Hauts-de-France. Université du droit et de la santé - Lille 2, 06 01 17.
17. Code de la santé publique - Article R4127-47 | Légifrance
18. Marion Beguin. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches UGA UFRM - Université Grenoble Alpes - UFR Médecine
19. Anne Rebeyrotte, Soigner ses proches en tant que médecin généraliste : enquête quantitative auprès de membre de la famille de médecin généraliste. Université Pierre et Marie Curie. 2016

20. Observatoire de la sécurité des médecins [Internet]. [Cité 2 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/resultats-2018-observatoire-securite-medecins>
21. dossier_presse_demographie.pdf [Internet]. [Cité 2 mars 2020]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf
22. Herbert M. Que se passe-t-il lorsque les répondants à un questionnaire tentent de deviner l'objectif de recherche ? Le biais du répondant : conceptualisation, mesure et étude d'impact. XXIIIème Congrès International de l'AFM, Aix-les-Bains : 2007, p. 26.
23. Boissier, M. (2012). La confiance dans la relation médecin-malade. Commentaire, numéro 139(3), 799-806. doi:10.3917/comm.139.0799.
24. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes a l'égard des patients | Vie publique [Internet]. [Cité 3 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/28381-analyse-des-attitudes-de-medecins-et-de-dentistes-legard-des-patients>
25. Données de cadrage : Annuaire statistique de la couverture maladie universelle (CMU) - IRDES [Internet]. [Cité 3 mars 2020]. Disponible sur : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Annuaire_statistique_10-2017.pdf
26. MACSF.fr. Clause de conscience des médecins - MACSF [Internet]. MACSF.fr. [Cité 3 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/clause-de-conscience-medecins>
27. Collège des Médecins du Québec. Code de déontologie des médecins [Internet]. [Cité 2 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.cmq.org/~media/Files/ReglementsFR/cmqcodedeontofr.pdf>.
28. AMA Code of Medical Ethics. Opinion 8.19 - Self-Treatment or Treatment of Immediate Family Members [Internet]. [Cité 2 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medicaletics/opinion819.page>
29. Commentaire du code de déontologie médicale. Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins 22/07/2014 p47 disponible sur le site www.conseil76.ordre.medecin.fr

Questionnaire de thèse

Etude qualitative : Le refus de prise en charge d'un patient par le médecin généraliste

Présentation succincte

- De l'enquêteur
- Du sujet d'étude
- Informations sur l'enregistrement audio, l'anonymisation et la gestion des données

Présentation du participant

- Age / sexe
- Type d'exercice (seul/groupe)
- Lieu d'exercice / expériences professionnelles
- Ancienneté d'installation

- 1) Comment définiriez-vous le refus de soin ?
- 2) Que pensez-vous du refus de prise de charge par les médecins généralistes ?
- 3) Lorsque vous refusez de prendre en charge un patient, comment cela se passe-t-il ? Racontez-moi la ou les dernières fois que c'est arrivé
- 4) Comment s'est déroulé cette annonce ?
- 5) Qu'avez-vous ressenti lors de l'annonce du refus de soin ? Le referiez-vous ?
- 6) Comment le patient a-t-il réagit ?
- 7) Quelle(s) crainte(s) aviez-vous avant l'annonce ? et pendant l'annonce ?
- 8) Quelle(s) raison(s) vous ont poussé à refuser de prendre en charge ce patient ?
- 9) Si vous pouviez changer quelque chose : quels conseils pourriez-vous apporter aux jeunes médecins généralistes se trouvant dans cette situation ?

Annexe 1 : Le questionnaire de thèse

Introduction : La relation médecin-malade est une relation singulière, dépendante de la personnalité du médecin et du patient. Elle est garante d'une prise en charge optimale, mais peut être mise à mal et le médecin peut refuser de prendre en charge le patient, hormis en cas d'urgence.

Cette étude avait pour objectif de mettre en évidence les pratiques du Médecin Généraliste (MG) picard dans ces situations de refus de soin et d'identifier les situations menant au refus de soin.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, menée par entretiens semi-dirigés auprès des MG de la Picardie, enregistrés. L'analyse des données a été effectuée selon la méthode de la théorisation ancrée avec le support du logiciel N'Vivo.

Résultats : 13 entretiens ont été réalisés. La relation médecin-malade était un élément primordial, qui selon la majorité des MG était basée sur la confiance et le respect mutuel. Celle-ci peut être rompue pour différents motifs dont les plus fréquemment retrouvés sont : l'agressivité, le manque de considération, le manque de respect, l'inobservance. Les MG craignaient notamment les agressions, les plaintes, d'avoir mal fait leur travail. Ces situations de refus de soin ont principalement été vécues comme un échec par le MG. Les conseils recueillis rapportaient l'importance de la communication et de l'éducation du patient. La quasi-totalité des MG refusent également de prendre en charge leur famille et leur proche sur le long terme mais ne sont pas contre « dépanner » un proche.

Discussions : Peu de travaux ont porté sur ce thème, mais ceux-ci concordaient dans les résultats concernant les motifs de refus. Nous avons pu apprécier les craintes et les comportements des MG mais on peut relever des biais immuables tels les biais de sélection, de mémorisation et d'intervention.

Conclusions : Cette étude a pu montrer les motifs, les craintes et les attitudes des MG Picards lorsqu'ils refusent un soin. Cela peut nous amener à nous demander comment limiter cette situation en facilitant le changement de médecin traitant, sans pour autant tomber dans le nomadisme médical. Il pourrait être intéressant de revoir les méthodes d'éducation du patient ainsi que la compréhension du refus de soin par les patients.

Mots-clés : médecine générale, refus de soin, relation médecin malade

Introduction: The doctor-patient relationship is a unique relationship, depending on the personality of the doctor and the patient. It guarantees optimal care, but can sometimes be compromised when the doctor refuses to take care of the patient, except in case of emergency.

The aim of this study was to highlight the practices of the Picard Generalist Physician in these situations of refusal of medical care and to identify the situations leading to the refusal of medical care.

Method: This is a qualitative study, conducted by semi-structured recorded interviews with the Generalist Physicians of Picardy. Data analysis was carried out, using the anchoring theory method, with the support of N'Vivo software.

Results: 13 interviews were done. The doctor-patient relationship was a key element, which according to the majority of GPs (Generalist Physicians) was based on trust and mutual respect. This can be broken for different reasons. The most common are: aggressiveness, lack of consideration, lack of respect, non-compliance. The GPs feared in particular assaults, complaints, or having done their job poorly. These situations of refusal of medical care were mainly experienced as a failure by the GP. The advice which have been received reported the importance of communication and patient education. Almost all GPs also refuse taking care of their family and loved ones in the long term, but are not against helping a loved one from time to time.

Discussions: Only few studies focused on this topic, but these were consistent in the results concerning refusal's reasons. We have been able to appreciate the fears and behaviors of GPs, but we can note immutable biases such as selection, memorization and intervention bias.

Conclusion: This study was able to show the reasons, fears and attitudes of Picard GPs, when they refuse to treat someone. This may lead us to ask ourselves how to limit this situation by facilitating the change of attending physician, without falling into medical nomadism. It might be interesting to review the methods of patient's education as well as the understanding of patient's care-refusal.

Keywords: general medicine, refusal of medical care, patient-doctor relationship