



HAL
open science

Attitudes et comportements des médecins généralistes face aux demandes des patients jugées injustifiées

Sonia Diat

► **To cite this version:**

Sonia Diat. Attitudes et comportements des médecins généralistes face aux demandes des patients jugées injustifiées. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03144309

HAL Id: dumas-03144309

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03144309v1>

Submitted on 17 Feb 2021

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Sonia DIAT

le 26 Janvier 2021

**Attitudes et comportements des médecins généralistes face aux
demandes des patients jugées injustifiées.**

Directeur de thèse : LAMBERT Philippe

JURY

Président : Pr Philippe LAMBERT, PU-MG

Assesseurs (y compris directeur de thèse) :

Directeur de thèse : Pr Philippe LAMBERT, PU-MG

1er assesseur : Dr François CARBONNEL (MCU-MG)

2ème assesseur : Pr Michel DAVID (PA-MG)

3ème assesseur : Pr Marc GARCIA (PA-MG)

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Sonia DIAT

le 26 Janvier 2021

**Attitudes et comportements des médecins généralistes face aux
demandes des patients jugées injustifiées.**

Directeur de thèse : LAMBERT Philippe

JURY

Président : Pr Philippe LAMBERT, PU-MG

Assesseurs (y compris directeur de thèse) :

Directeur de thèse : Pr Philippe LAMBERT, PU-MG

1er assesseur : Dr François CARBONNEL (MCU-MG)

2ème assesseur : Pr Michel DAVID (PA-MG)

3ème assesseur : Pr Marc GARCIA (PA-MG)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François		
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel		
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques		
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François		
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel		
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis		
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri		
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain		
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel		
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel		
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean		
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine		
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard		
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri		
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre		
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean		
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard		
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles		
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri		

NAVRATIL Henri

OTHONIEL Jacques

PAGES Michel

PEGURET Claude

PELISSIER Jacques

POUGET Régis

PUJOL Henri

RABISCHONG Pierre

RAMUZ Michel

RIEU Daniel

ROCHEFORT Henri

ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre

SAINT AUBERT Bernard SANCHO-GARNIER Hélène SANY

Jacques

SEGNARBIEUX François

SENAC Jean-Paul

SERRE Arlette

SOLASSOL Claude

THEVENET André

VIDAL Jacques

VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	

Biologie et
Médecine du

développement et de la reproduction ;
gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale
KALFA Nicolas

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

CANAUD Ludovic

CAPDEVIELLE Delphine

CLARET Pierre-Géraud

COLOMBO Pierre-Emmanuel

COSTALAT Vincent

CUVILLON Philippe

DAIEN Vincent

DORANDEU Anne

FAILLIE Jean-Luc

FUCHS Florent

GABELLE DELOUSTAL Audrey

GAUJOUX Viala Cécile

GODREUIL Sylvain

GUILLAUME Sébastien

GUILPAIN Philippe

GUIU Boris

HERLIN Christian

HOUEDE Nadine

JACOT William

JUNG Boris

	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Pneumologie ; addictologie	Neurologie
Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)	Rhumatologie
Psychiatrie d'Adultes ; addictologie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Médecine d'urgence	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Cancérologie ; radiothérapie	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
Radiologie et imagerie médicale	Radiologie et imagerie médicale
Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
Ophtalmologie	Cancérologie ; radiothérapie
Médecine légale et droit de la santé	Cancérologie ; Radiothérapie
	Médecine intensive-réanimation
	Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie

HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe Lambert, président du jury et directeur de cette thèse.

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Merci pour vos remarques et vos conseils durant toute l'élaboration de cette thèse ainsi que de sa préparation. Je vous prie de croire en ma plus grande reconnaissance et mon profond respect pour votre dévouement.

À Monsieur le Docteur François Carbonnel, membre du jury.

Je suis honorée que vous ayez accepté de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Michel DAVID, membre du jury.

Merci de l'honneur que vous me faites de participer à ce jury de thèse. Je vous témoigne ma respectueuse reconnaissance et mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Marc GARCIA, membre du jury.

Merci d'avoir pris de votre temps pour participer à ce jury de thèse. Je vous prie de croire en mon profond respect ainsi qu'à ma reconnaissance.

Aux 8 médecins interrogés dans cette thèse.

Merci d'avoir accepté de participer à ce travail, de m'avoir accordé votre temps et de m'avoir livré vos témoignages si précieux. Vous m'avez accueilli avec sincérité et bienveillance, j'espère avoir traité vos propos avec le même respect.

Aux patients et équipes médicales côtoyés pendant mes études.

SOMMAIRE

PREAMBULE

INTRODUCTION

1 La relation médecin patient

1.1. Le modèle paternaliste selon Parsons

1.2. Le modèle de Laplantine

1.3. L'autonomie du médecin

1.4. L'autonomie du patient

1.5. Les demandes injustifiées

1.6. Facteurs influençant l'évolution de la relation médecin patient

2. Etat des lieux et intérêt de la question

METHODOLOGIE

1. Recherche bibliographique

2. Méthodologie de l'enquête

2.1. Type d'étude

2.2. Mode de recrutement

2.3. Entretiens semi-dirigés

2.3.1. Grille d'entretien

2.3.2. Entretien et retranscription

RESULTATS

1. Caractéristiques des médecins interrogés

2. Types de demandes injustifiées

2.1. Prescriptions médicamenteuses

2.2. Examens complémentaires

2.3. Consultations

2.3.1. Motif de la consultation non justifié

2.3.2. Rendez-vous en urgence

2.3.3. Rendez-vous avec un spécialiste

2.4. Arrêts ou accidents de travail

2.5. Certificats médicaux

2.6. Demandes de transport

3. Stratégies et méthodes pour dire « non »

3.1. Mise en condition

- 3.1.1. Pour le médecin
- 3.1.2. Pour le patient
- 3.2. Méthodes
 - 3.2.1. « Non » ferme
 - 3.2.2. Explication, argumentation, justification
 - 3.2.3. Négociation, compromis, disponibilité
 - 3.2.4. Méthode du disque rayé
 - 3.2.5. Education, règles
- 4. Aides
 - 4.1. Formations
 - 4.2. Echanges avec les confrères, aide des confrères
 - 4.3. Stages pendant l'internat
 - 4.4. Expérience
 - 4.5. Savoir se protéger
 - 4.6. Résumé des stratégies et aides des médecins généralistes face aux demandes injustifiées
- 5. Difficultés
 - 5.1. Relatives au patient
 - 5.1.1. Consultations répétées pour le même motif
 - 5.1.2. Patient non réceptif, borné
 - 5.1.3. Céder pour rassurer le patient
 - 5.2. Relatives au médecin
 - 5.2.1. Peur du conflit, de l'agressivité
 - 5.2.2. Peur du non-dit, de l'erreur
 - 5.2.3. Peur de la perte de la relation médecin-patient
 - 5.2.4. Vis-à-vis d'un confrère
 - 5.2.5. Incertitude, doute, manque de confiance en soi
 - 5.2.6. Sentiment de culpabilité
 - 5.2.7. Fatigue, fin de journée
 - 5.3 Relatives à la situation
 - 5.3.1. Manque de temps
 - 5.3.2. En garde, patient non connu
 - 5.4. Manque de soutien extérieur

5.5. Evolution

5.5.1. Personnelle

5.5.2. De la société

5.6. Résumé des difficultés des médecins généralistes face aux demandes injustifiées

6. Ressenti et impact sur le médecin

6.1. Pas d'impact sur le médecin

6.2. Négatif

6.2.1. Sur l'humeur

6.2.2. Retentissement physique

6.2.3. Quand on cède

6.3. Positif

6.4. Evolution

6.5. Résumé de l'impact des demandes injustifiées sur les médecins généralistes

7. Impact sur la relation médecin-patient

7.1. Pas d'impact

7.2. Conflit

7.2.1. Sans rupture

7.2.2. Avec rupture

7.3. Résumé de l'impact des demandes injustifiées sur la relation médecin-patient

DISCUSSION

1. Rappel des principaux résultats

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1. Pertinence du sujet

2.2. Choix et critique de la méthode

2.3. Biais et validité interne

2.3.1. Biais de sélection

2.3.2. Biais d'information lié à l'enquêtrice

2.3.3. Biais de recueil

2.4. Validité externe

3. Confrontations aux données de la littérature

3.1 Avantages et inconvénients du non

3.1.1 Risques pour le médecin

3.1.2 Risques pour le patient

- 3.1.3 Avantages
- 3.2. Types de demandes injustifiées
- 3.3. Les stratégies
 - 3.3.1. Travail sur soi
 - 3.3.2. Comprendre la demande
 - 3.3.3. Expliquer le refus, argumenter
 - 3.3.4. Négociation, disponibilité
 - 3.3.5. Disque rayé
 - 3.3.6. Education, règles
 - 3.3.7. Aides
 - 3.3.8. La place de la formation
 - 3.3.9. Savoir se protéger
- 3.4. Difficulté des médecins pour refuser les demandes injustifiées
 - 3.4.1. Relatives au patient
 - 3.4.2 Relatives au médecin
 - 3.4.3 Relatives à la situation
 - 3.4.4. Manque de soutien extérieur
- 3.5. L'impact des demandes injustifiées sur le médecin généraliste
 - 3.5.1. Pas d'impact sur le médecin
 - 3.5.2 Impact négatif
 - 3.5.3. Impact positif
- 3.6. Impact sur la relation médecin-patient
 - 3.6.1. Pas d'impact
 - 3.6.2. Conflit sans rupture
 - 3.6.3. Conflit avec rupture

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

Annexe 1 : guide d'entretien

Annexe 2 : entretiens

Serment d'Hippocrate

RESUME

PREAMBULE

Dire non à une demande est difficile.

« Près des trois quarts des médecins interrogés (73 %) en conviennent » (1)

Pourtant, d'après l'article 47 du Code de Déontologie Médicale (l'article R.4127-47 du Code de la santé publique) *« 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 » (2)*

Le médecin généraliste constitue le médecin de premier recours, et se retrouve confronté à toutes sortes de demandes qu'il juge justifiées ou non. Il se doit d'apporter une réponse qui peut être positive ou négative. Le refus peut alors être une source de divergence entre le médecin et son patient, le médecin se trouvant en difficulté face aux exigences des patients.

Le médecin doit alors trouver des pistes adaptées pour dire « non » devant une demande du patient qui lui paraît injustifiée, tout en limitant les conséquences négatives sur la relation médecin-malade, et sur lui-même.

INTRODUCTION

1. La relation médecin patient

La médecine est en constante évolution, tant au niveau technique qu'au niveau relationnel. La relation médecin patient a beaucoup évolué en quelques dizaines d'années, puisque nous sommes passés d'un modèle paternaliste à un modèle tendant vers l'autonomie dans une approche centrée patient.

1.1. Le modèle paternaliste

Ce modèle a été décrit dans les années 1950 par Parsons, il s'agit d'un modèle comportemental où le médecin et le patient recherchent le même but qui est la guérison. Le patient a alors un rôle passif tandis que le médecin a le rôle actif du savoir. Le médecin a une attitude identique avec tous les patients, et il doit montrer une neutralité affective. Il prend les décisions, en respectant simplement un principe de bienfaisance.

1.2. Le modèle de Laplantine

Il définit deux modèles : biomédical et relationnel. **(3)**

Le modèle biomédical attribue à la maladie une existence oncologique propre, distincte de la personnalité du patient. L'approche est donc centrée sur la maladie qu'il faut éradiquer.

Le modèle relationnel et Balint propose une conception globale de la santé, où la maladie est la rupture de l'harmonie du malade avec lui-même. L'approche est centrée sur le malade en globalité.

1.3. L'autonomie du médecin.

Tous les médecins n'auront pas la même réponse face à une demande. C'est, selon Balint, « *la personnalité du médecin qui détermine pratiquement seule son choix de la réponse raisonnable* ». **(4)**

Selon l'article 8 du code de déontologie médicale (Article R4127-8 - Code de la santé publique) "*Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, 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 morale, limiter*

ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles." (2)

Le médecin est libre dans le choix de ses prescriptions et de ses actes selon la science et la conscience « *personne ne peut le contraindre à une décision qu'il n'approuve pas. Parallèlement dans l'exercice de son art, il n'a d'autorisation à demander à personne* » (5).

Il doit pouvoir prescrire librement tout en tenant compte des données acquises de la science ou encore des contraintes économiques. Il est ainsi dit dans le code de la sécurité sociale d'après l'article L162-2-1 du code de sécurité sociale que « *Les médecins sont tenus, dans tous leurs 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* » (6)

Cependant, le médecin reste seul responsable de sa décision : « *L'exercice de la médecine est personnel, chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes* » selon l'article 69 du Code de Déontologie Médicale. (2)

Malgré cette liberté de prescription, l'ordonnance médicamenteuse reste dans notre société un élément important, valeur symbolique comme un aboutissement obligé de la consultation médicale. C'est le symbole de la connaissance transmise par le médecin susceptible d'aider le patient et la preuve que le médecin a « fait quelque chose », a utilisé tous les moyens disponibles pour amener à la guérison.

Elle sert aussi de reconnaissance au bien-fondé de la plainte du patient, authentifie sa plainte et sa démarche de demande de soins. Dagognet écrit que « *le remède est la concrétisation de l'acte médical* ». (7)

Molina note que lorsqu'un patient demande un traitement qu'il juge efficace, c'est le malade qui se le prescrit à lui-même avec la caution du médecin. Cela réduit le médecin à un simple prestataire de service. (8)

« *La non-prescription déclençait des réactions très variées, de la satisfaction à la peur ou à la colère. Ce qui posait problème était de renoncer alors au pouvoir symbolique fort de la prescription : rituel, matérialisation de la reconnaissance du patient en tant que malade, preuve de la compétence et la sollicitude du médecin, accès à la guérison, à la biomédecine, rempart contre l'erreur médicale et la mort.* » (9)

Par ailleurs, le médecin prend un risque en acceptant certaines demandes. Selon l'article 28 du Code de Déontologie Médicale, « *La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite* » **(2)**

Pour rationaliser les certificats médicaux, la circulaire N°DSS/MCGR/DGS/2011/331 du 27 septembre 2011 rappelle les cas où le certificat médical est nécessaire et les situations dans lesquelles il ne l'est pas **(10)**.

En conséquence, hormis les cas où le certificat médical est prévu par des textes, le certificat médical n'est pas nécessaire et le médecin doit en refuser la rédaction et la délivrance.

Donc le médecin ne peut céder aux demandes non médicalement justifiées, et doit rester libre de ses prescriptions tout en tenant compte du bien-être du patient.

1.4 L'autonomie du patient

Le modèle Nord-Américain, défendu par E. Friedson dans les années 1980 prône l'autodétermination du patient. Le patient y est entièrement informé par un médecin qui est son égal, dans une relation de conseil voire de prestation de service. Il est responsable des décisions thérapeutiques le concernant, dans une logique de coopération avec le médecin.

Selon l'ordre négocié de STRAUSS, les patients participent activement au traitement, avec connaissance de la pathologie. Il y a donc transfert de compétences au malade. Selon ces modèles, le patient devient actif avec recherche de consentement éclairé et coresponsabilité dans la prise de décision médicale. Il impose au médecin la négociation, même si au final c'est au médecin d'assumer la décision finale.

Selon l'article 35 du Code de Déontologie Médicale, « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose* » **(2)** et selon l'article 36 du Code de Déontologie Médicale, « *le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* » **(2)**

La décision médicale se centre davantage sur le patient. La loi du 4 mars 2002 stipule 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* » **(11)**

Le médecin doit alors prendre en compte le patient en tant que personne avec ses connaissances, son vécu, son ressenti, sa peur éventuelle de la maladie et les représentations qu'il s'en fait, ainsi que ses paramètres généraux avec l'âge du patient, son genre, son niveau socio-économique, son lieu de vie, sa relation passée avec la médecine et la maladie.

L'autonomie du patient permet un partenariat efficace entre les deux protagonistes améliorant ainsi l'efficacité thérapeutique.

A contrario, le risque de cette autonomie est le consumérisme, le patient réclamant des examens ou des traitements que le médecin juge inappropriés.

1.5 Les demandes injustifiées

Nous avons donc la confrontation entre deux "morales", la morale libertarienne du patient (je le veux donc j'y ai droit) et la morale de "bienfaisance" du médecin. Le médecin se retrouve alors devant certaines situations où il ne peut accéder à la demande du patient puisqu'il doit tenir compte des exigences de santé publique, économiques et législatives, il subit une forte pression.

En effet, outre la demande du patient, le médecin doit tenir compte de la collectivité.

Selon l'article 2 du Code de Déontologie Médicale, le médecin est "*au service de l'individu et de la santé publique* » **(2)**

D'après la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des statistiques, les dépenses de santé en France ont conservé une croissance stable entre les périodes 2009- 2013 et 2013-2017, à +1,4 % en moyenne annuelle **(12)**

Une étude de 2003 montrait que 93,7 % des consultations pour rhinopharyngite avaient donné lieu à des prescriptions pharmaceutiques, et 51 % des ordonnances comprenaient des antibiotiques. **(13)**

D'après l'Agence nationale de sécurité du médicament en 2017, même si la consommation d'antibiotiques a globalement diminué de 11,4 % entre 2000 et 2015, elle est en hausse de 5,4 % depuis 2010. **(14)**

Le médecin doit donc tenir compte des données de la santé publique, au niveau de l'économie mais aussi éviter le développement des résistances aux antibiotiques.

1.6 Facteurs influençant l'évolution de la relation médecin-patient

De nombreux facteurs influencent la relation médecin-patient.

Tout d'abord l'aspect mercantile de l'acte médical, puisque le patient use de son statut de consommateur pour avoir des exigences car il paie.

Ensuite l'influence des médias pousse le patient à avoir un rôle actif dans la relation avec le médecin. Selon Joly « *la médiatisation de la santé par la presse et la télévision est de plus en plus développée, donc le public de mieux en mieux averti ; il a de ce fait une tendance à être exigeant, donc à exercer une certaine pression sur les médecins* » **(15)**. Même si le médecin reste la première source d'information, sept français sur dix consultent Internet pour obtenir des renseignements en matière de santé **(16) (17)**.

De plus, les progrès scientifiques entraînent une augmentation des maladies chroniques, ce qui nécessite un accompagnement de longue durée où sont étroitement intriqués traitement, soutien et éducation du patient qui devient acteur de sa prise en charge.

Enfin l'hyper médicalisation avec la surconsommation médicale vient des exigences croissantes des patients, la facilité de remboursement de la sécurité sociale, l'évolution des techniques et l'augmentation du nombre de médecins. **(18)**

Tous ces facteurs peuvent alors faire subir au médecin une forte pression face au patient, avec des patients de plus en plus exigeants.

La thèse de Flouret-Guyot en 2011 révèle que les Français sont très réticents à l'idée que leur médecin leur délivre uniquement des conseils lors d'une consultation pour une rhinopharyngite, une bronchite ou en cas de stress/fatigue (seuls 27% ont déclaré accepter des conseils pour au moins un des trois cas). 39% des personnes interrogées estiment nécessaire une prescription pour un rhume. Les médecins ressentent cette forte attente de traitement médicamenteux de la part de leurs patients, parfois comme une pression les poussant à prescrire » **(19)**

Une étude de 2011 démontrait que 43.5% des échecs de déprescription étaient liés à l'influence du patient. **(20)**

D'après une enquête en 2013, « *près des deux-tiers des Français (62%) ayant déjà demandé à leur médecin de leur prescrire un médicament (situation vécue par 96% des médecins, dont 20% « souvent »).* Cette évolution souligne ainsi l'implication croissante du

patient toujours plus informé, qui se vit en tant qu'acteur de sa santé, et qui, de par sa capacité à pouvoir discuter, débattre et remettre en cause a d'autant plus confiance dans un système qu'il y participe activement ». **(21)**

Une autre enquête de 2005 montrait que 90% des consultations se terminaient par une prescription médicamenteuse, et 46% des médecins ressentaient une pression des patients. Cette pression se traduisait par des prescriptions que les médecins admettaient effectuer contre leur gré, dans 10,2% des cas en France. **(22)**

De nombreuses études s'accordent à dire que les médecins surestiment les attentes de leurs patients, ce qui les conduit à des prescriptions qui ne seraient médicalement pas justifiées. Les médecins interrogés dans les différentes études avancent, comme principal argument, la nécessité de maintenir la relation de confiance existant avec leurs patients ; ils se sentiraient en difficulté devant un plus haut niveau d'attente des patients et assimileraient cela à une pression exercée par le patient. **(23)(24)(25)**

2. État des lieux et intérêt de la question

Le médecin généraliste, médecin de premier recours, reçoit de multiples demandes, plus ou moins justifiées, qu'il doit parfois alors refuser.

Même si le médecin généraliste est libre de ses prescriptions, il doit tenir compte des données socio-économiques, scientifiques, législatives et du bien-être du patient.

L'évolution de la société tend vers une augmentation de la consommation de soins et des dépenses de santé, ainsi qu'une implication croissante du patient qui devient acteur de sa santé.

Les médecins ressentent une pression des patients et une nécessité de maintenir une relation de confiance avec le patient.

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

Mais pouvoir dire non sereinement apparaît essentiel pour se préserver de l'épuisement professionnel.

Question de recherche

Comment les médecins généralistes vivent une demande qui leur paraît injustifiée et qu'en font-ils?

Hypothèses

Les médecins généralistes ont des difficultés à dire non aux patients face aux demandes jugées injustifiées.

Objectif principal

Explorer les attitudes et comportements des médecins généralistes face aux demandes des patients jugées injustifiées.

Objectifs secondaires

Ressenti des médecins face au refus et conséquences sur la relation médecin malade

METHODOLOGIE

1. Recherche bibliographique

Elle a été effectuée en anglais et en français à partir de :

- Bases de données sur internet :
 - Medline pour PubMed
 - SUDOC (Service de Documentation Universitaire)
 - CISMEF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de Langue Française)
 - Cairn.info (Base de données en Sciences Humaines et Sociales)
- Moteurs de recherche : Google
- Sites officiels : Conseil National de l'Ordre des Médecins, Codes Pénal, Civil et de la Sécurité Sociale.
- Thèses de médecine

Les mots-clés étaient les suivants : Relation médecin-patient, attentes des patients, satisfaction du patient, prescription injustifiée, non prescription, éducation des patients, dire non.

2. Méthodologie de l'enquête

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête qualitative observationnelle par analyse d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes volontaires dans le bassin Montluçonnais dans l'Allier.

Elle m'a semblé la plus appropriée pour examiner et décrire les interactions sociales, les expériences individuelles, la variabilité des situations et le ressenti de chacun.

Le but de mon analyse est de comprendre le comportement et d'aborder l'expérience de chaque médecin interrogé.

2.2. Mode de recrutement

J'ai démarché par téléphone des médecins généralistes installés dans le secteur de Montluçon en les sélectionnant de façon aléatoire dans les pages jaunes. Je les ai contactés en me présentant et en leur proposant mon sujet de thèse.

Je leur ai demandé par la suite s'ils étaient d'accord pour me recevoir une trentaine de minutes pour un entretien enregistré qui sera ensuite retranscrit de façon anonyme.

Sur une quarantaine d'appels téléphoniques, seuls 8 ont accepté de me recevoir, les refus étaient souvent liés au manque de temps des médecins.

Les différents critères de sélection étaient :

- Être médecin généraliste
- Exercer en libéral
- Exercer dans le bassin Montluçonnais
- Accepter de participer à l'étude
- Accepter d'être enregistré via un dictaphone

2.3. Entretiens semi-dirigés

Les entretiens individuels m'ont semblé plus adaptés que la méthode focus groups pour pouvoir étudier la relation du médecin à son patient, avec exploration de situations personnelles et des expériences de chacun.

Le critère requis pour définir la taille de l'échantillon a été le phénomène dit de « saturation »

2.3.1. Guide d'entretien

Le guide d'entretien est présenté en Annexe 1.

2.3.2. Entretien et retranscription

La totalité des entretiens des médecins ont été réalisés sur rendez-vous dans la salle de consultation respective de chaque médecin, pour une durée moyenne de 20 minutes.

L'enregistrement a été réalisé grâce à une application d'enregistreur vocal sur téléphone portable. L'anonymat et la confidentialité étaient rappelés au début de chaque entretien.

Les entretiens se sont déroulés en 3 étapes :

- Recueil des caractéristiques générales de chaque médecin : âge, sexe, année d'installation, mode d'exercice, lieu d'exercice, nombre de consultations par semaine.
- Présentation du sujet de thèse
- Début d'entretien en suivant les thèmes abordés par le guide

En fin d'entretien il était demandé au participant s'il souhaitait ajouter quelque chose.

Chaque entretien a été retranscrit sur fichier Word en verbatim, puis une lettre d'identification leur a été attribuée.

Ils ont été analysés puis organisés en unités de signification et classés ensuite en sous-thèmes et thèmes. Ensuite, une analyse transversale des thèmes a permis de mettre en place des modèles explicatifs.

Les entretiens sont présentés en Annexe 2.

RESULTATS

1. Caractéristiques des médecins interrogés

	Age (ans)	Sexe	Type d'Activité	Exercice	Consultations sur rendez-vous	Consultations par semaine	Secrétariat	Nombre d'années d'exercice
M1	57	M	Rurale	Seul	Non	150	Non	27 ans
M2	65	M	Urbaine	Groupe	Oui	120	Oui	35 ans
M3	31	F	Rurale	Groupe	Oui	120	Oui	2 ans
M4	35	M	Semi Rurale	Groupe	Oui	150	Oui	5 ans
M5	63	M	Semi Rurale	Groupe	Oui	80	Oui	34 ans
M6	37	F	Semi Rurale	Groupe	Oui	75	Oui	9 ans
M7	35	M	Semi Rurale	Groupe	Oui	125	Oui	6 ans
M8	40	F	Urbaine	Groupe	Oui	100	Oui	10 ans

2. Types de demandes injustifiées

2.1 Prescriptions médicamenteuses

Quasiment tous les médecins, sauf deux, ont abordé ce type de demandes, que ce soit au niveau d'une prescription initiale ou de renouvellement.

M1 « la prescription de traitements », M3 « demandes de prescriptions injustifiées des choses qui me paraissent pas adaptées ...par exemple j'ai une patiente en début de semaine qui m'a demandé de la DHEA alors qu'elle a eu un cancer du sein », M6 « y'a les demandes de prescription »

Ils ont notamment cités :

- les antibiotiques :

M1 « vous me donnez une boîte d'Augmentin »

M6 « les antibiotiques »

M8 « souvent alors c'est principalement quand on est de garde avec les patients d'autres médecins qui viennent pour leur antibiotique »

- les somnifères

M1 « quelqu'un vient me voir pour un somnifère »

M6 « les somnifères j'ai beaucoup de demandes »

- les traitements de substitution et addictions

M2 « Première chose les toxicos », M4 « un patient addict a la morphine qui me demandait des renouvellements »

- la mention « non substituable »

M1 « je lui ai expliqué que je ne mettais jamais la mention ne pas substituer donc euh....je prescrivais toujours en DCI »

M3 « sinon dans les prescriptions le non substituable aussi souvent »

2.2 Examens complémentaires

De nombreux médecins ont également cités les demandes d'examens complémentaires, en termes d'imagerie (scanner, IRM) et de biologie sanguine.

M2 « les demandes de scanner et tout au début et pire le dernier examen à la mode même sans raison »

M3 « des demandes d'imagerie que je juge non justifiées, euh.... IRM cérébrale, scanner cérébral, IRM de genou aussi quand en première intention on peut faire des radios »

M4 « demandes injustifiées les plus fréquentes, les demande d'examens complémentaires, prise de sang, imagerie, IRM pour des problèmes bénins »

M5 « le dernier tout à l'heure je voudrais un test de grossesse 52 ans euh.... ménopausée qui vient avec une écho abdominale et qui a eu un rapport non protégé et qui s'inquiète », « Les plus fréquentes restent les examens, les radios, prise de sang un peu si le cholestérol »

M6 « les examens complémentaires aussi imagerie et biologie chez des gens qui réclament un bilan de contrôle alors qu'ils en ont eu un récemment »

2.3 Consultations

2.3.1 Motif de la consultation non justifié

Deux médecins ont cité les consultations non médicalement justifiées.

M6 « visite à domicile déjà pas justifiée »

M7 « j'ai souvent des gens du voyage qui viennent me voir régulièrement pour des motifs qui sont complètement aberrants, enfin pas pour eux mais bon... nez qui coule machin et en fait y'a rien à faire, strictement rien à faire et je les ai minimum une fois par semaine »

2.3.2 Rendez-vous en urgence

Les demandes de rendez-vous en urgence non justifiées ont été largement citées.

M3 « Ce qui peut aussi arriver mais c'est plutôt la secrétaire qui les gère c'est des demandes de rendez-vous en urgence pour des choses non urgentes mais elle gère bien. »

M4 « C'était une demande de cure, en urgence »

M7 « un certificat qui vient sur une plage d'urgence »

M8 « encore pire les demandes de certificat en urgence »

2.3.3 Rendez-vous avec un spécialiste

Un médecin a signalé les demandes de courrier pour consultation chez un spécialiste non justifiées.

M3 « elle revenait sans arrêt et un jour je me suis un peu fâchée et en fait j'ai fini par lui faire le courrier parce que de toute façon je savais qu'elle prendrait d'elle-même le rendez-vous chez le gastroentérologue »

2.4 Arrêts ou accidents de travail

Ces demandes concernent l'initiation ou la prolongation d'arrêt ou d'accident du travail qui ne sont pas justifiées ou en dehors des textes de loi.

M1 « les arrêts de travail »

M2 « dans les accidents de travail etc. donc ça a été très conflictuel » « J'en ai un là qui est décédé depuis qui arrivait à son renouvellement de prolongation d'accident du travail avec une caisse de vin »

M4 « sûrement arrêt de travail en 2eme choix »

M6 « ensuite les arrêts de travail... surtout les demandes d'arrêt antidadés »

2.5 Certificats médicaux

Les demandes de certificats médicaux en tout genre ont également été citées.

M1 « les certificats médicaux euh... comme par exemple une fois un patient épileptique qui voulait un certificat de plongée », « des certificats d'aptitude je repense à un patient qui était daltonien et qui voulait un certificat pour quelque chose nécessitant la vision des couleurs »

M6 « demande de certificat psychiatrique »

M8 « le plus fréquemment des demandes de certificat », « l'autre jour j'ai eu une dame qui m'a demandé un certificat pour pouvoir arrêter son abonnement Weight Watchers parce qu'elle avait plus envie de le faire en ce moment »

2.6 Demandes de transport

Deux médecins ont mentionné la demande de bon de transport non médicalement justifiée.

M3 « le transport aussi des demandes de transport qui sont pas justifiées »

M5 « un bon de transport qui était pas justifié »

3. Stratégies et méthodes pour dire « non »

3.1 Mise en condition

3.1.1 Pour le médecin

En premier lieu, pour pouvoir dire non aux demandes injustifiées, il faut effectuer un travail personnel sur la **confiance en soi**, et **être convaincu** soi-même qu'il s'agit de la bonne attitude vis-à-vis du patient.

M1 « Faut que ça soit une conviction que mon refus est justifié et qu'il faut que je tienne bon »

« mon travail personnel de toujours me poser la question est ce que mon refus est justifié »

« toujours la question de fond se poser la question est ce que mon refus est légitime »

M3 « Avoir confiance en soi, en ce qu'on fait »

3.1.2 Pour le patient

Ensuite, il faut avoir une **attitude d'écoute** envers le patient et rester ouvert au **dialogue**.

M1 « je suis jamais dans le refus euh.... frontal brutal enfin, si sauf les somnifères parce que j'aime pas les somnifères »

M5 « c'est dans le dialogue quoi », « Mais à partir du moment qu'on a la technique qu'on a l'écoute parce qu'en fait 9 fois sur 10 ils ont simplement besoin d'écoute »

M6 « rester ouvert à la discussion »

Plusieurs médecins ont insisté sur l'importance de la **reformulation** de la demande du patient, pour bien comprendre et analyser la demande, ainsi que rechercher les motivations cachées derrière cette demande. En effet, reformuler aide selon ces médecins à mettre en avant les motivations profondes des patients, et mieux leur expliquer pourquoi leur demande n'est alors pas justifiée.

M1 « ou bien est-ce que au contraire elle va s'effondrer et en dire plus sur des conditions de travail épouvantables, un drame personnel ou familial et cætera et qui vont m'amener au contraire à accepter la demande »

« est-ce que nous nous sommes bien compris »

« y'a une mauvaise façon de demander, le patient rentre il s'assoit il me dit bon vous me donnez une boîte d'Augmentin....je sais pas de quoi il s'agit...alors effectivement euh après il va me montrer sa jambe il va me montrer un érysipèle, ah ben oui oui oui je vous donne votre Augmentin (rires). Et alors que par son attitude par sa façon de faire il s'assoit c'est à peine si il me dit bonjour rien »

M4 « souvent je leur fait reformuler pour savoir ce que eux attendent de cet examen, et quand ils ont pas d'argument ou peu d'arguments c'est plus facile pour moi de dire non....je leur fait reformuler l'attente et souvent en fait ils attendent pas grand-chose (rires) et ça me permet de justifier de faciliter mon non »

M5 « Je fais reformuler, donc vous me demandez ça mais c'est pour faire quoi, qu'est-ce que vous en attendez, déjà dans la reformulation on se rend compte que souvent la demande est pas justifiée », « non je pense que même quel que soit le problème si on reformule bien si on les aide à reformuler qu'on reformule pour eux et qu'on est bien d'accord c'est rare

qu'on ait un souci », « voilà c'est plus ce qu'on a dit quoi des examens des prises de sang, mais pour faire quoi vous savez les radios ça enlève pas les douleurs c'est pour faire quoi qu'est-ce que vous en attendez, « je veux savoir », mais on sait ce que vous avez », « Comprendre qu'est-ce qu'il y a derrière la demande »

3.2 Méthodes

3.2.1 « Non » ferme

Il faut pouvoir exprimer de façon claire et ferme le refus.

M3 « Alors souvent je dis non d'emblée si je considère que c'est pas adapté »

3.2.2 Explication, argumentation, justification

Beaucoup de médecins ont insisté sur les **explications** à donner après avoir dit non, pour que le patient comprenne bien la décision. Les médecins ressentent également le besoin de se justifier.

M2 « Donc faut expliquer expliquer et puis voilà on y arrive », « si on prend vraiment son temps pour expliquer ils sont pas bêtes les gens parce qu'ils ont déjà été voir sur internet et tout ils ont plein d'infos mais bien souvent c'est qu'ils les ont mal interprétés et il suffit de leur dire non si vous avez vu ça sur internet c'est parce qu'il avait ça etc...vous c'est pas le cas...non faut expliquer » « si vous dites il a rien dégagez alors là c'est...donc faut parler c'est clair » « Expliquer c'est tout ils sont pas bêtes ils sont beaucoup plus informés qu'au début où je me suis installé des fois trop mais il suffit de leur remettre dans l'ordre c'est tout hein »

M3 « et après j'essaye d'argumenter quand les gens voilà je sens qu'ils sont interrogatifs qu'ils ont besoin d'explication » « y'en a qui ont besoin de plus de pédagogie qu'on leur explique », « bon des fois faut faire un peu de physiopathologie »

M4 « alors je leur explique qu'un examen complémentaire s'ils changent pas la prise en charge il faut pas le faire »

M5 « désamorcer les choses en expliquant que », « on voit bien que dans l'entretien si on fait préciser les demandes on peut les désamorcer en les expliquant », « c'est obtenir la compréhension du patient »

M6 « j'explique d'abord pourquoi c'est pas justifié »

Cela peut passer par une **argumentation** basée sur des recommandations officielles, le détail de l'examen clinique, des outils diagnostiques, des textes de loi...

M2 « Alors pour les toxicos c'est très simple c'était nos ordonnances sont sécurisées c'est hyper surveillé etc. donc je veux pas c'est non point »

M3 « pourquoi pas s'appuyer sur des documents type une sorte de preuve tangible on le fait rarement mais peut-être sortir les feuilles de la sécu en disant ben voilà vous avez telle pathologie la sécu elle dit tant de jours d'arrêt de travail peut être voilà avoir un outil opposable pour le patient euh...par exemple pour l'angine faire le streptotest pour prouver l'inutilité de l'antibiotique, »

M5 « Par contre je respecte la HAS », « pour moi si l'examen clinique est pas en faveur de quelque chose je le fais pas »

M6 « Je me sers beaucoup des recommandations officielles.... j'explique mon examen clinique ... je m'appuie sur des outils »

Il faut **vulgariser** les explications, se mettre au niveau du patient afin d'obtenir une bonne compréhension.

M3 « essayer de vulgariser au maximum aussi le patient euh....surtout ne pas entrer dans des explications avec des choses techniques que le patient ne comprendra pas euh...je pense que ça ça envenime les choses » « donner des explications les plus simples possibles au patient pour qu'il puisse comprendre la décision »

3.2.3 Négociation, compromis, disponibilité

Certains médecins ont évoqué ou sous-entendu **la négociation, le compromis, l'alternative**, qui peut permettre de faire accepter le refus à un patient tout en lui proposant une autre solution, une prise en charge différente de la demande initiale qui sera plus adaptée.

M2 « quelqu'un qui veut tout de suite un scanner parce qu'il a un peu mal au dos ben je lui dis non voilà ben on commence par une radio on fait un traitement si il y a une douleur

dans la jambe une paralysie on verra je lui explique les signes cliniques les complications qui justifient des examens plus approfondis »

M3 « pourquoi on va plutôt faire tel examen avant d'en envisager un autre »

M4 « d'un patient addict à la morphine qui me demandait des renouvellements, je lui faisais mais en contrepartie je lui ai demandé de faire quelques examens pour trouver des solutions plus durables à son problème »

M6 « je propose des conseils ou alternatives plutôt »

Il faut pouvoir être **disponible** pour le patient et ne pas hésiter à reparler de cette demande lors d'une prochaine consultation, soit pour réévaluer la situation, soit pour laisser du temps de réflexion au patient sur ses motivations profondes, soit pour se dégager plus de temps en n'abordant que cette demande lors d'une prochaine consultation. Cette disponibilité permet également de réassurer le patient qui ne se sent pas abandonné après un refus.

M2 « c'est comme avec les mamans vous avez plein de stressées avec les bébés si vous voulez qui veulent tout etc. mais si vous prenez votre temps pour expliquer vous leur dites aujourd'hui il a rien demain s'il a encore de la fièvre je vous promet que je le reprendrai vous m'appellez vers 16h avec la fièvre et je vous le reprendrai avant le weekend end ça leur suffit », « et ne pas les laisser tomber si vous voulez leur dire voilà bon mois je pense ça et tout mais si ça évolue ben on en reparle et à la rigueur on le fera cet examen que vous voulez mais dans l'immédiat c'est pas nécessaire. Si vous expliquez bien en laissant la porte ouverte y'a aucun souci »

M5 « quitte à les faire revenir y'a un moment donné on peut pas tout résoudre en un quart d'heure donc faut pas hésiter à dire écoutez j'ai pas trop compris votre demande mais je vois que c'est important pour vous, allez on en reparlera la prochaine fois et puis vous me direz vraiment, analysez pourquoi et on en reparlera je vous donnerai la réponse »

M6 « je négocie en quelque sorte en lui disant ben que pour l'instant je lui prescris pas mais je me tiens à disposition pour le revoir si besoin et on verra à ce moment-là », « notamment pour les enfants je pense ça rassure les parents qui sont souvent inquiets devant la fièvre au moins ils se disent je pourrai les revoir rapidement si besoin.... »

3.2.4 Méthode du disque rayé

Un seul médecin a évoqué la technique du disque rayé, qui consiste à répéter de façon claire son refus tant que le patient réitère sa demande.

M1 « J'utilise le disque rayé »

3.2.5 Education, règles

Pour éviter la survenue même de ces demandes, il faut avant tout **éduquer sa patientèle** en expliquant les demandes recevables ou non, et expliquer ses règles de pratique.

Cela a donc également un effet à long terme en réduisant les demandes injustifiées.

M2 « Plus maintenant les premières années, les 2-3 premières années mais si vous êtes très sévères dès le départ ils vous embêtent plus hein ils changent de médecin ils vous embêtent plus »

M5 « ils savent qu'ils l'obtiendront pas ...donc déjà ça limite beaucoup parce que je suis pas tellement sollicité je pense quand même tant que ça », « quand c'est moi ils sont peut-être moins demandeurs je vois bien quand c'est l'interne et qu'on fait le débriefing du SASPAS »

M6 « peut être que déjà le médecin qui l'a vue a manqué d'explications sur l'évolution de la maladie, ce qui aurait peut-être pu éviter cette demande injustifiée »

M7 « quand c'est des trucs par exemple petit rhume je leur dit ben faut pas consulter pour des choses comme ça », « qu'on peut pas se permettre de gérer des certificats ou des choses comme ça sur des plages d'urgence », « C'est là du coup effectivement d'éduquer sa patientèle c'est important »

M8 « en fait je pense que pour être bien professionnellement et éviter d'avoir à gérer des situations comme ça qui nous mettent à mal je pense que d'entrée de jeu il faut poser des bases », « Quand on s'installe on a envie de sauver l'humanité et de se plier en quatre pour les gens et de.... vraiment d'accéder à leurs demandes et en fait je pense que dès le début il faut savoir poser des règles, savoir leur expliquer qu'il y a des demandes qui sont pas recevables et leur expliquer pourquoi elles sont pas recevables, mais d'entrée de jeu je pense qu'il faut fixer un minimum les règles parce que derrière à trop vouloir être gentille, à trop vouloir mâcher les choses, à trop vouloir être au service, ben à la fin on nous prend pour un larbin et je pense que c'est dans ce genre de situation où les demandes même....

qui ont pas lieu d'être arrivent en fait », « Je pense que moi j'ai une patientèle avec laquelle je suis plutôt cool, c'est vrai que par exemple l'un de mes collègues est beaucoup plus carré et je pense qu'il a bien moins de demandes injustifiées que moi je peux en avoir »

4. Aides

4.1 Formations

La majorité des médecins trouveraient utile une formation sur la gestion de ces demandes injustifiées, notamment sur les techniques de communication.

M2 « Bien sûr quelques heures de formation pour savoir comment les contourner surtout pour les gros psychiatriques ça nous aide hein »

M5 « j'ai fait un peu de formation, c'est à travers la formation parce qu'au début je devais être pareil à pas trop comprendre », « J'avais pas de maître de stage donc une formation m'aurait intéressée, », « Par contre ce qui est important c'est de faire un cours sur la communication, ça il y a de la théorisation quand même, moi j'ai beaucoup appris dans des stages de formation continue où j'étais formé à la communication avec le patient où j'ai vu toutes les erreurs stratégiques que l'on fait, on parle trop (rires). C'est toujours intéressant de connaître la théorie »

M6 « Oui je pense que quelques heures de formations notamment sur la communication ça peut toujours être utile »

D'autres médecins nuancent l'utilité de formations supplémentaires, car les cours à la faculté abordent un peu ce sujet, et que chaque médecin va réagir différemment selon ses convictions, son caractère.

M1 « Oui je pense que ça serait utile mais après de toute façon les attitudes elles seront individuelles c'est-à-dire que on a des caractères différents (...) oui 2 ou 3 heures d'approche institutionnelle sur comment dire non ça pourrait nous aider »

M4 « moi je fais partie de la génération qui a bénéficiée des cours à la faculté j'ai eu des cours sur la communication non violente, donc là je pense que pour le coup la formation est suffisante au DMG de Clermont mais euh c'est la pratique quoi »

M8 « je sais pas si la formation changerait », « c'est vrai que là cette année là je vais à une formation donc je vais voir si ça me donne des outils supplémentaires pour la communication dans ce genre de situation »

4.2 Echange avec les confrères, aide des confrères

La majorité des médecins ont également parlé de l'importance de pouvoir parler des situations difficiles entre confrères, avec le partage d'expérience, et même ne pas hésiter à demander leur aide lors de situations difficiles. Ils soulignent le fait de ne pas rester seul.

M1 « Ne pas rester seul », « après une fois qu'on a été confronté à une situation de refus qui s'est un petit peu envenimée c'est de ne pas rester seul et pouvoir en discuter avec d'autres confrères, c'est terrible mais euh....encaisser seul seul seul le stress du cabinet c'est dur euh... c'est super bien de pouvoir rencontrer des médecins amis ou simples copains enfin des médecins qui ont des relations de soins comme nous et avec lesquels on puisse échanger avec lesquels on puisse dire il s'est passé ça ça a été dur euh... comment j'ai réagi comment il a réagi et le confrère bon des fois c'est juste dans l'écoute des fois il pose juste une petite question mais est-ce que tu as pensé à ça ... bon c'est surtout ne pas rester seul »

M3 « quand on sait pas ben faut pas hésiter à demander de l'aide à quelqu'un », « si on est dans un cabinet de groupe faire appuyer aussi sa décision par un collègue parfois permet d'entériner les choses »

M4 « faut en parler avec ses collègues, sur une demande injustifiée ou quelque chose une attitude qui, qui pose problème, je pense qu'il faut échanger », « on peut trouver des stratégies communes et ça rassure d'échanger, faut pas rester euh dans un exercice isolé, parce que.... on fait tous les mêmes erreurs, on a tous les mêmes difficultés et rien que d'en parler, on raconte nos histoires tout ça, on se sent plus léger. », « Y'a les groupes de pair, groupes de pair et et et échange avec des professionnels euh..... sur les difficultés, faut parler faut vider son sac. »

M6 « C'est bien de pouvoir en parler aussi avec des collègues quand on a un souci ils peuvent nous donner leur avis et voir comment eux ils auraient fait c'est intéressant », « ne pas hésiter à demander l'aide d'un confrère aussi ça peut aider »

M8 « en fait ce qu'il faut c'est pouvoir échanger avec les confrères parce que je pense que c'est plus important que de la formation derrière un bureau à expliquer les choses

comment faire comment pas faire euh....je pense que le partage d'expérience est plus judicieux que la formation »

4.3 Stages pendant l'internat, premier niveau et SASPAS

Ils ont également souligné le rôle bénéfique des stages chez le médecin généraliste pendant l'internat, qui permet de se confronter à ce type de demandes et de réfléchir sur leur méthode de prise en charge, et pouvoir là aussi réaliser un partage d'expérience avec le maître de stage.

M3 « je pense aussi que c'est bien que les étudiants puissent être en stage soit en autonomie soit en premier niveau pour justement voir les situations un peu difficiles, pas forcément conflictuels mais juste en désaccord sur les prescriptions »

M5 « le SASPAS ça c'est génial parce que quand on débriefe en fin de journée je dis ben tiens là pourquoi t'as fait ça et qu'on refait le chemin avec l'interne ben on s'aperçoit qu'il aurait pu faire différemment mais c'est pas grave l'important c'est d'en prendre conscience », « maintenant avec les SASPAS à chaque fois on est amené à parler d'une indication, ils ont peut-être pas eu à dire non mais à partir du moment où on travaille la méthode et qu'on met en perspective, je pense que on n'a pas forcément besoin d'une formation si on l'a vécu plein de fois avec les stages »

4.4 Expérience

Comme il a été évoqué plus haut, l'expérience et la prise de confiance en soi diminue la difficulté de gestion de ces demandes injustifiées, et certaines demandes qui peuvent paraître difficiles à gérer en début de carrière vont devenir plus faciles.

M3 « petit à petit aussi on est un peu plus sûr de soi, dans ses décisions et ça devient de plus en plus facile »

M7 « après je trouve qu'on apprend beaucoup sur le tas et effectivement selon la personnalité du praticien, selon ...on réagira pas tout à fait pareil même complètement différent selon tel ou tel médecin telle ou telle pratique »

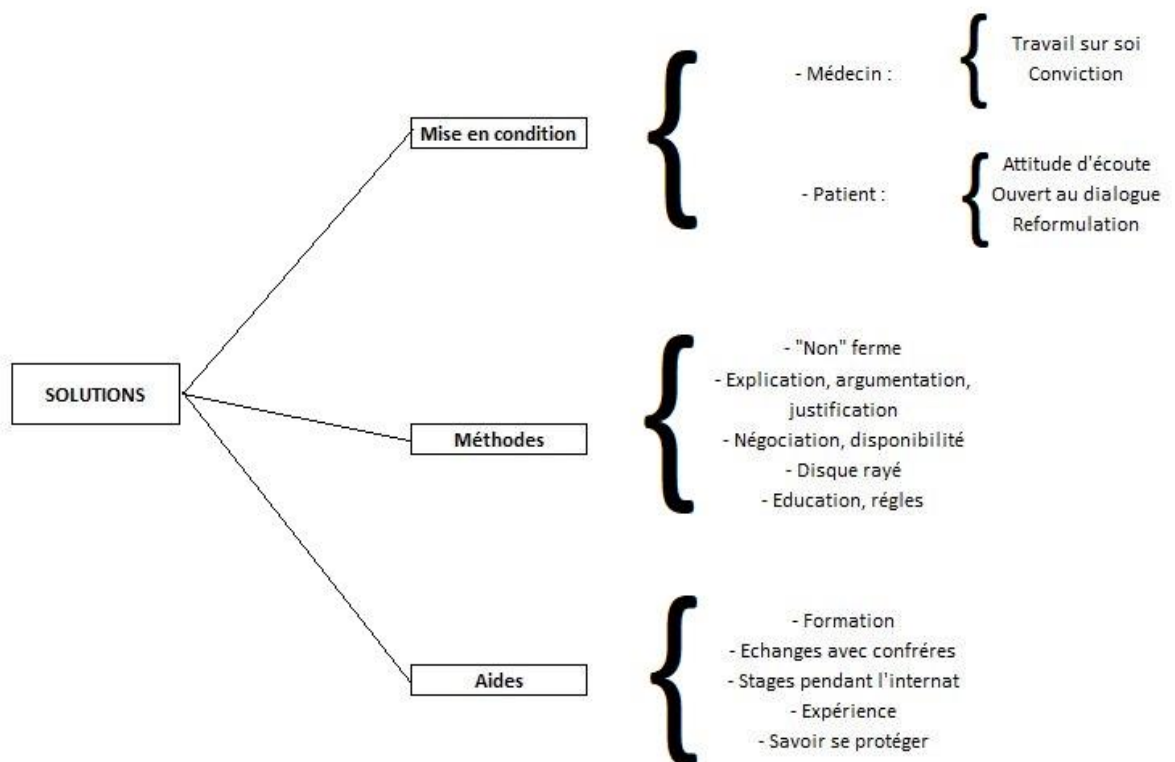
4.5 Savoir se protéger

Enfin, il faut savoir se protéger face à ce type de demandes, pour à la fois limiter leur impact négatif, et se protéger lors de l'émergence de conflits avec les patients.

M2 « alors heureusement on avait bien ciblé avec la secrétaire donc quand je suis sorti dehors à la course les flics arrivaient donc ça a vite calmé hein.... »

M3 « Se protéger, pas se laisser marcher sur les pieds, mettre des règles. »

4.6 Résumé des stratégies et aides des médecins généralistes face aux demandes injustifiées



5 Difficultés

Dire non n'est jamais facile, M1 « C'est jamais facile de dire non »

Cependant certains médecins estiment n'avoir jamais renoncé ni cédé aux demandes injustifiées des patients

M1 « J'ai pas de situation plus difficile en tête euh....ni à laquelle je renonce non plus »

M2 « Je pense que j'ai toujours réussi sauf quand vous avez des gens qui ont un intérêt énorme alors euh....dans les accidents du travail etc. donc ça a été très conflictuel et puis ils s'en vont parce qu'ils viennent là pour rechercher un avantage auquel ils n'ont pas le droit je dis non et voilà. »

Les médecins ont pu mettre en avant les difficultés rencontrées face à ces demandes.

5.1 Relatives au patient

5.1.1 Consultations répétées pour le même motif

La répétition des consultations avec la même demande peut être source de difficulté avec installation d'un doute et réévaluation de la situation par le médecin. Celui-ci peut également céder à la demande par lassitude.

M3 « sur certains examens quand ça fait plusieurs fois que les gens ils reviennent euh... là des fois on finit même par faire l'examen », « elle revenait sans arrêt et un jour je me suis un peu fâchée et en fait j'ai fini par lui faire le courrier »

M5 « mais quand des fois bon sur la répétition des fois plusieurs consultations sur la même demande des fois on hésite »

5.1.2 Patient non réceptif, borné

Lorsque le patient est borné, non réceptif aux explications données, le médecin peut alors se retrouver désarmé, en échec de communication, et céder à la demande.

M5 « quand on sent que le patient est borné »

M6 « il m'arrive parfois de céder quand je vois que le patient est complètement borné », « vu qu'elle commençait à s'énerver et qu'elle voulait rien entendre ben je lui ai fait son ordonnance »

M7 « j'ai beau leur expliquer ils reviennent tout le temps alors si c'est pas moi c'est le remplaçant ou l'interne, mais dans la famille ils sont 5 et je les vois toutes les semaines donc là malheureusement j'ai pas de solution »

M8 « Quand je vois qu'en face j'ai beau commencer mon petit speech en disant...par exemple pour les antibiotiques en essayant d'expliquer, quand je vois qu'en face il n'y a pas du tout une attitude d'écoute »

5.1.3 Céder pour rassurer patient

Le médecin peut également céder à une demande qui paraît initialement injustifiée dans le but de rassurer le patient, ce qui peut alors améliorer la prise en charge.

M6 « tout en lui faisant bien comprendre que je n'étais pas d'accord mais je sentais que ça la rassurait aussi ».

5.2 Relatives au médecin

5.2.1 Peur du conflit, de l'agressivité

Les médecins peuvent avoir peur de la réaction du patient face au refus, qui peut alors devenir agressif ou entrer en conflit avec eux.

M1 « Et après tout va se passer dans la relation, c'est-à-dire est ce que euh... est-ce que la personne qui me demande quelque chose à qui je refuse, est ce qu'elle va être dans l'escalade agressive » « vous avez refusé de me donner quelque chose euh.....je vous aime plus et puis des tas de choses vilaines qui peuvent enchaîner »

M4 « L'agressivité, y'a des gens agressifs, des patients agressifs »

5.2.2 Peur du non-dit, de l'erreur

Une autre crainte est celle de l'erreur médicale ou du non-dit, c'est-à-dire passer à côté des vraies motivations du patient qui le pousse à faire cette demande, et qui la justifierait.

M1 « Après quelqu'un vient me voir pour un arrêt de travail, je pense qu'il n'y a pas besoin d'arrêt de travail, mais je me dis....y'a peut-être des choses que je connais pas il me manque peut-être des éléments, y'a peut-êtrepeut-être qu'il a pas su me raconter son ressenti alors euh.....il est venu me voir il m'a parlé d'un mal au dos mais peut être que derrière ce mal au dos y'a autre chose c'est-à-dire bon..... »

M7 « même si on essaye de rester vigilant un jour à venir crier au loup tout le temps ils se feront avoir, effectivement on peut se faire avoir du coup en faisant moins attention. »

5.2.3 Peur de la perte de la relation médecin-patient

Une autre difficulté peut également être la peur de l'altération de la confiance du patient envers son médecin, qui peut se sentir non écouté ou incompris par celui-ci.

M6 « Après y'a toujours la crainte que le patient perde un peu confiance en nous »

5.2.4 Vis-à-vis d'un confrère

La difficulté peut se trouver dans l'exigence de certains médecins qui nous poussent à réaliser certains examens que l'on aurait refusés, ou alors pour éviter à des confrères de se retrouver face à un patient sans courrier médical parce que le patient aurait pris rendez-vous sans l'accord du médecin traitant.

M3 « j'ai préféré faire un courrier pour expliquer la situation au gastro entérologue plutôt que de la voir débarquer à son cabinet sans courrier et que la patiente ben il ne sache pas trop où elle voulait en venir parfois même qu'elle lui dise qu'elle oublié le courrier parce que des fois y en a qui mentent »

M5 « Mais c'est pas toujours facile, je pense au cholestérol où le cardiologue demande souvent un bilan dans l'année »

5.2.5 Incertitude, doute, manque de confiance en soi

Une autre grande difficulté du refus réside dans l'incertitude du médecin face à la demande du patient. Le doute et le manque de confiance en soi peuvent rendre difficile la gestion de ces demandes.

M1 « quand il y a le doute dans le refus ...c'est plus dur à gérer »

M3 « quand ça pourrait se discuter quand il y a un peu plus d'incertitude (.....)je pense que c'est dans ces cas là où c'est un petit peu plus difficile de dire non parce que soi-même on peut être amener à douter », « je pense que c'est beaucoup plus facile de dire voilà.... qu'on trouve que la décision est assez simple en disant ben non je trouve que c'est pas du tout adapté ni justifié »

M6 « Quand c'est clair que c'est pas justifié et qu'on peut s'appuyer facilement sur des recommandations ou des textes de loi c'est plus facile de dire non », « C'est sûr qu'avec le manque de confiance en soi c'est beaucoup plus dur de refuser »

M8 « J'ai même plutôt l'impression que la situation va être plus facile quand moi je suis convaincue de mon truc »

5.2.6 Sentiment de culpabilité

Un médecin a également mis en évidence un sentiment de culpabilité qui peut pousser à céder face à une demande. En effet le sentiment que c'est notre pratique, la gestion de notre temps qui est à l'origine d'une demande injustifiée et non le patient peut nous mettre en difficulté face au refus.

M6 « ... ben quelque part ça nous fait culpabiliser un peu on se dit c'est de notre faute si on n'a pas pu lui faire l'arrêt le jour même donc ben j'accepte de le faire »

5.2.7 Fatigue, fin de journée

Avec la fatigue, en fin de journée ou en fin de semaine, les médecins peuvent plus facilement céder à ce genre de demandes.

M4 « on n'a pas la même niaque à 9h le matin qu'à 20h le soir, donc peut-être qu'à 20h le soir, fatigué, pour des raisons différentes, on peut accéder à certaines demandes qui paraissent injustifiées », « voilà je pense que peut-être qu'en fin de journée avec la fatigue ou en fin de période où on n'a pas eu de vacances depuis longtemps on peut accéder à des demandes qu'on aurait peut être pris plus de temps à refuser euh à faire de la pédagogie mais peut être qu'on lâche un peu. »

M5 « c'est pas fréquent mais des fois et puis en fin de journée (...) parce que quelque part c'est humain quand on est attendu au repas à 20h et qu'il est déjà 20h15 accéder à la demande va plus vite.... »

M6 « mais quand il y a un doute ou quand on est fatigué c'est la fin de semaine je pense on cède plus facilement »

M8 « mon attitude va pas être la même si on est le lundi matin à 10h ou le vendredi soir à 19h. Et euh...la stratégie va être plutôt de je me protège moi en fin de semaine et j'essaye d'expliquer en début de semaine », « Oui j'aurai plutôt tendance à dire c'est pas la situation c'est plutôt l'état dans lequel je suis moi »

5.3 Relatives à la situation

5.3.1 Manque de temps

Le manque de temps à accorder au patient est également un frein au refus, car l'écoute, la discussion, les explications peuvent être chronophages.

M5 « ça prend du temps »

M6 « que j'ai pas envie de passer une heure à débattre avec lui parce que j'ai pas le temps »

5.3.2 En garde, patient non connu

Une autre situation plus difficile est les patients vus en garde, que l'on voit plus rapidement, souvent sans dossier médical, peut-être avec une plus grosse crainte de l'erreur. Les patients non connus ou qui sont vus pour un premier contact, et qui viennent avec les exigences de leur ancien médecin sont aussi une source de difficultés.

M1 « c'était un premier contact et lui venait avec l'exigence de son médecin précédent »

M5 « quand c'est en garde sur des patients de toute façon je rends service au médecin traitant qui aura pas ce souci, en garde je suis un peu plus large de toute façon ça servira comme ça il pourra dire pourquoi il vous a fait cet examen », « en garde où je suis plus rapide où j'ai pas le dossier tout ça je suis plus large. »

5.4 Manque de soutien extérieur

Certains médecins ont aussi mis en avant le manque de soutien des autorités ou administrations face à ce genre de situations, par exemple la sécurité sociale, le conseil de l'ordre ou encore le procureur.

M2 « moi j'ai pas été aidé c'était des arméniens qui faisaient ça donc ils tournaient et puis je m'étais rendu compte que c'était pas les cartes vitales c'était pas la bonne carte vitale ben je dis non donc j'ai prévenu la sécu et on m'a dit de m'occuper de mes affaires que c'était pas mes oignons » « on est pas trop soutenu des fois quand on a besoin et par le conseil de l'ordre c'est pareil des fois »

« il a été hospitalisé d'office il a eu son neuroleptique retard et tout au bout d'un moment il en veut plus donc on prévient tout le monde, le psy en disant attention il est en train de remonter en pression et tout il dit je suis désolé je peux rien faire, le procureur dit je suis désolé il faut attendre un passage à l'acte, on attend et voilà il termine l'autre fois il y a un an il a tout cassé dans sa banque...on n'est pas aidé ça c'est clair il y a des angles morts de

la législation où vous ne pouvez rien faire vous savez que c'est en train de monter en puissance et vous pouvez pas.... »

M5 « Oui pour le bon de transport j'en veux à la CPAM car elle nous dit qu'il faut limiter les transports et derrière « non vous demanderez il vous le fera »...les administratifs hein »

5.5 Evolution

5.5.1 Personnelle

On observe une diminution de ces difficultés avec l'expérience et la prise de confiance en soi, l'amélioration de ses techniques de communication avec le temps.

M3 « Je pense qu'on apprend sur le tas »

M4 « je pense que l'expérience joue énormément et l'échange avec des gens plus expérimentés. »

M5 « Ma pratique a évolué avant j'écoutais peut-être pas beaucoup », « c'est là où je vais peut-être plus vite qu'avant maintenant on disait que c'est chronophage mais bon », « l'expérience favorise ça c'est clair »

M6 « après c'est vrai qu'avec le temps et l'expérience on apprend à mieux gérer ces demandes », « et on ose plus facilement dire non aussi je pense qu'on prend confiance en soi »

5.5.2 De la société

Dans notre société actuelle, les patients apparaissent de plus en plus demandeurs, de plus en plus exigeants, avec de moins en moins de temps pour les gérer.

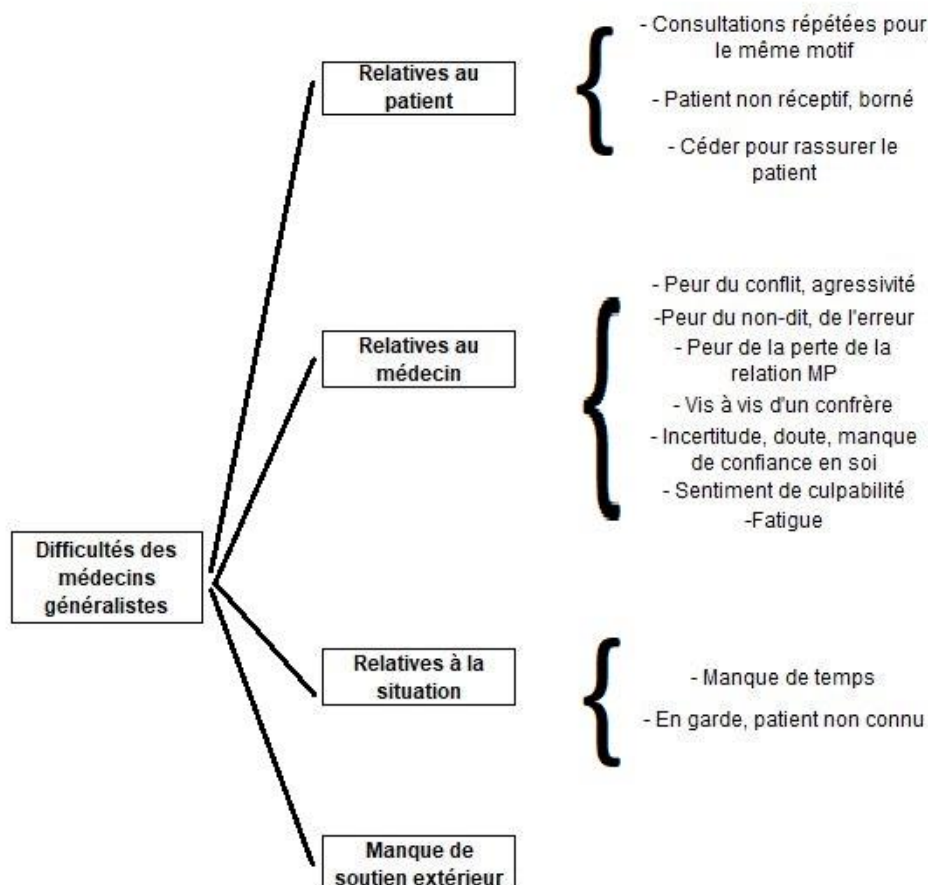
M7 « Beaucoup des motifs on va dire non justifiés ou peu justifiés par exemple dans l'urgence ou voilà c'est de plus en plus fréquent etc'est vrai qu'on a de moins en moins de place pour les gérer donc forcément ça devient problématique »

Néanmoins, la diminution de la concurrence entre médecins avec l'absence de crainte de perdre un patient rend la gestion de ces demandes plus facile.

M5 « c'est plein de choses qui peuvent faire que à un moment donné on correspond plus ils veulent des jeunes enfin bon »

M8 « je lui avais dit écoutez si mes méthodes de travail ne vous conviennent pas vous pouvez aussi changer de médecin traitant c'est pas un problème »

5.6. Résumé des difficultés des médecins généralistes face aux demandes injustifiées



6. Ressenti et impact sur le médecin

6.1 Pas d'impact sur le médecin

Certains médecins ont mis en avant l'absence d'impact de ces demandes lorsque le médecin est convaincu de son refus, qu'il n'y a pas de doute sur la légitimité du refus qui est totalement justifié. Ils peuvent donc exprimer leur refus avec une conscience tranquille.

M1 « je suis clair avec ma conviction de départ donc c'est pas difficile à gérer émotionnellement »

M3 « Je ne ressens pas de sentiment de culpabilité quand la décision elle est facile parce que pour quiconque vraiment la demande serait abusive je trouve que c'est assez facile finalement de dire non »

M5 « non non maintenant ça me pose plus de problèmes »

6.2 Négatif

6.2.1 Sur l'humeur

Beaucoup de médecins ont noté un impact négatif sur leur humeur, du léger malaise à une profonde contrariété ou colère.

M1 « Ca a un impact sur mon humeur c'est sûr. » « j'y repense encore et je me dis à quel moment j'ai raté euh... la discussion »

Certains ont parlé de **sensation désagréable**.

M2 « le jour où il est venu avec une caisse de vin c'est sûr ça m'a été désagréable »

D'autres ont plutôt évoqué un **agacement**, une **profonde contrariété**, voire une **exaspération** ou même de la **colère**.

M1 « c'est hyper douloureux », «là à mon tour je vais être plus agressif c'est-à-dire qu'il y a une espèce d'agression qui monte »

M3 « un jour je me suis un peu fâchée et en fait j'ai fini par lui faire le courrier »

M4 « je pense que certains conflits, certains blocages avec des patients ça peut nous gêner la semaine, voire plus. »

M6 « Alors quand j'ai l'impression qu'on me force à faire les choses c'est plus un sentiment de colère », « après quand je vois que j'arrive pas à faire comprendre les choses au patient c'est plus ...de l'agacement...même un sentiment d'échec parfois »

M7 « C'est un peu exaspérant ce genre de situation, c'est vrai que des fois quand je regarde j'arrive le matin ou en début d'après-midi je regarde mon planning et je vois certains patients et qu'on voit régulièrement pour des motifs non justifiés ou peu justifiés c'est un peu exaspérant (soupir) c'est vrai qu'on peut avoir tendance à perdre patience »

M8 « il y a eu des fois où ça m'a contrarié de dire non parce que je me dis là j'ai l'impression de la braquer alors que c'est pas mon objectif de me braquer avec mes patients et euh... oui derrière j'ai ruminé un petit peu dessus. »

Il peut aussi y avoir un sentiment de **dévalorisation**, une **insatisfaction personnelle** face à un échec de communication

M1 j'y repense encore et je me dis à quel moment j'ai raté euh... la discussion

M8 « enfin voilà les gens on leur parle et il se passe rien derrière on voit aucune réaction et c'est juste commencer à soupirer parce que encore une qui essaye de me faire la morale voilà des fois au bout d'un moment on renonce oui », « je me suis sentie un peu blessée qu'on en soit encore à ce stade là »

Un sentiment de **peur de faire face à l'insatisfaction du patient** peut également survenir.

M1 « est-ce que la personne qui me demande quelque chose à qui je refuse, est ce qu'elle va être dans l'escalade agressive »

M3 « Parfois sur des demandes de prescription on sent les gens un peu agacés »

M6 « les patients sortent de la consultation pas totalement satisfaits »

6.2.2 Retentissement physique

Un médecin a mis en évidence qu'une demande injustifiée à l'origine d'un conflit avait engendrée une **conséquence physique** liée à un stress important.

M2 « mais ça m'a déclenché une tachyarythmie et ça a été fini...alors après j'ai eu ma radiofréquence et tout mais là j'en ai pris un sacré coup »

De plus la gestion de ces demandes apparaît **énergivore** dans l'exercice quotidien.

M4 « on n'a pas la même niaque à 9h le matin qu'à 20h le soir », « je pense que peut-être qu'en fin de journée avec la fatigue ou en fin de période où on n'a pas eu de vacances depuis longtemps on peut accéder à des demandes »

M8 « mon attitude va pas être la même si on est le lundi matin à 10h ou le vendredi soir à 19h. Et euh...la stratégie va être plutôt de je me protège moi en fin de semaine et j'essaye d'expliquer en début de semaine », « après si il y a des journées plus fatigantes je vais peut-être être moins armée pour faire face ».

6.2.3 Quand on cède

Le sentiment d'être forcé face à une demande injustifiée peut entraîner l'apparition de **reproches à soi-même**, et l'émergence d'un **sentiment d'échec**.

M6 « Alors quand j'ai l'impression qu'on me force à faire les choses c'est plus un sentiment de colère...après quand je vois que j'arrive pas à faire comprendre les choses au patient c'est plus ...de l'agacement...même un sentiment d'échec parfois. »

6.3 Positif

La gestion de ces demandes entraîne une **remise en question** permanente de sa pratique, avec réflexion sur ses techniques de communication.

M1 « j'y repense encore et je me dis à quel moment j'ai raté euh... la discussion », « Alors pour moi parce que des fois je me répète je me pose la question qu'est-ce que j'ai loupé dans la discussion »

M3 « et parfois on peut être amené à réviser son jugement, une situation qui pouvait paraître initialement inadaptée peut le devenir aussi » « c'est dans le doute où je me pose des questions on s'interroge on remet un peu en question notre pratique »

M4 « Et puis c'est euh rétrospectivement alors là j'aurais pas dû accepter, j'aurais pas dû prescrire sa bio »

M6 « On se remet en question aussi parfois... »

De plus ces demandes permettent une **éducation** progressive de la patientèle, avec à terme une diminution des demandes injustifiées.

M2 « Plus maintenant les premières années, les 2-3 premières années mais si vous êtes très sévères dès le départ ils vous embêtent plus »

M5 « déjà ça limite beaucoup parce que je suis pas tellement sollicité je pense quand même tant que ça », « quand c'est moi ils sont peut-être moins demandeurs je vois bien quand c'est l'interne et qu'on fait le débriefing du SASPAS »

M8 « à trop vouloir être gentille, à trop vouloir mâcher les choses, à trop vouloir être au service, ben à la fin on nous prend pour un larbin et je pense que c'est dans ce genre de situation où les demandes même.... qui ont pas lieu d'être arrivent en fait »

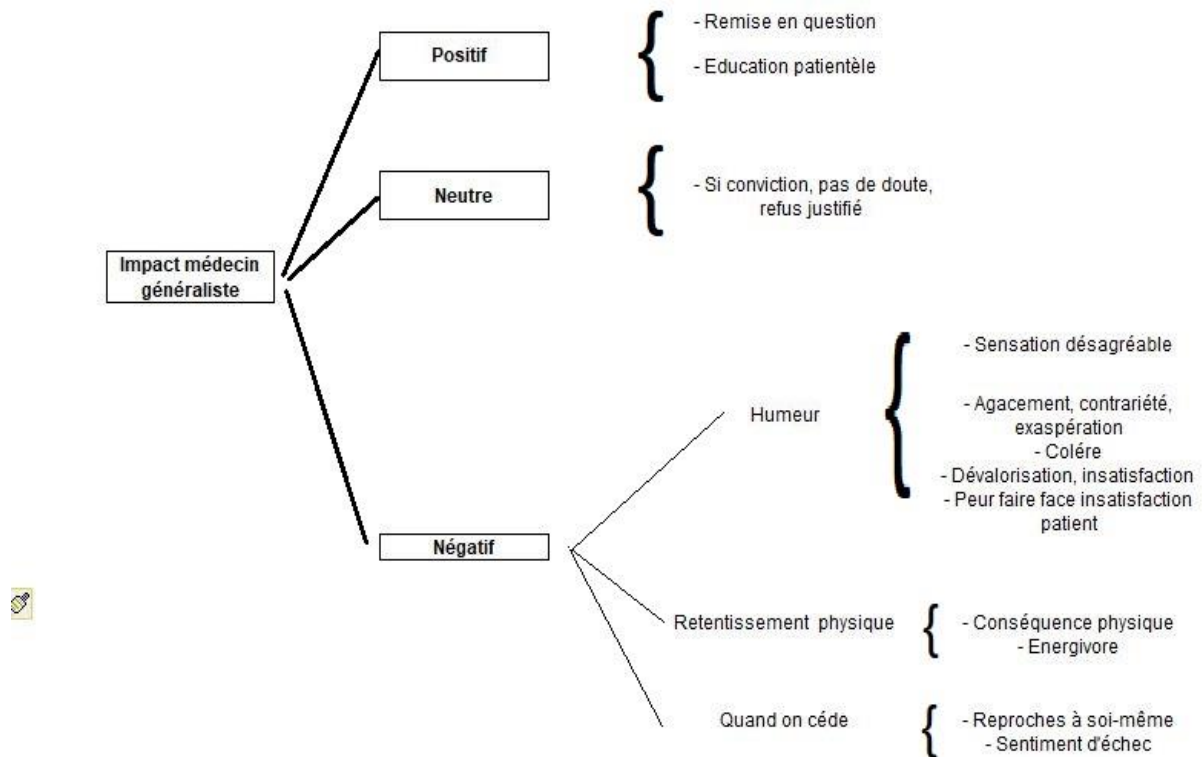
6.4 Evolution

Tout comme la diminution des difficultés avec l'expérience, les médecins ont noté une diminution de l'impact avec le temps et l'expérience.

M4 « plus on vieillit, moins ça nous impacte »

M5 « Plus maintenant (rires)... c'est sûr que maintenant quand je les vois qui racontent leur histoire ouais j'ai été comme ça », « mais ça m'a posé des problèmes ça je suis tout à fait d'accord »

6.5. Résumé de l'impact des demandes injustifiées sur les médecins généralistes



7. Impact sur la relation médecin-patient

7.1 Pas d'impact

Si les explications sont acceptées par le patient et qu'il a bien compris les raisons du refus, les médecins n'ont pas noté d'impact sur la relation médecin-patient.

M3 « alors ça dépend il y en a qui cherchent pas trop à savoir bon c'est non et ils passent à autre chose », « mais au final ben depuis on a une relation qui est bien quand même », « je pense que voilà il y a certaines personnes qui sortent de la consultation un peu en colère et puis en général ça passe »

M6 « mais j'ai pas senti de répercussion sur les consultations suivantes. »

M7 « je me suis assez agacé, je fais ma consultation et je me suis vraiment agacé mais en face ils se sont excusés c'est pas....je pense qu'ils se rendent pas compte, je pense vraiment qu'ils se rendent pas compte »

7.2 Conflit

Le refus des demandes injustifiées peut être à l'origine de conflit avec le patient, avec émergence **d'agression physique ou verbale**, voire même menaces de mort.

M1 « le tout dernier conflit qui me revient bon ça remonte déjà à 4 ou 5 ans (...) je suis resté sur ma position lui sur la sienne il est parti très en colère il a pris des graviers en partant sur le chemin qu'il a jeté vers moi y'en a un qui a cassé la vitre bon y'a eu un conflit »

M2 « ils me faisaient une pression énorme parce qu'il faisait nuit l'hiver et tout » « la secrétaire me dit faites attention il est fou furieux il veut vous détruire donc ben voilà je lui ai dit si tu vois que ça chauffe pour moi tu appelles le 17donc je suis arrivé il voulait vraiment me casser les dents si vous voulez...j'avais prévu j'étais resté derrière la porte j'ai eu le temps de fuir dehors elle a appelé le 17 »

« Le risque d'agression existe moi en ce moment je suis un schizophrène ça fait des années ça fait 30 ans que je le suis donc ça va ça va et puis des fois il déconne »

M4 « ça peut aller loin parce que y'a menaces de mort etc., conflits, il a pris 6 mois de sursis »

M8 « si c'est arrivé une fois un conflit verbal en tout cas c'est monté un peu dans les tours »

7.2.1 Sans rupture

Certains conflits se résolvent simplement, sans rupture avec le médecin.

Cela a pour effet positif un **façonnage de la patientèle**

M2 « Il ne faut pas céder sinon vous êtes mort ça c'est clair, avec les toxicos vous êtes mangés ils se passent le mot ils arrivent tous. »

M5 « ils savent qu'ils l'obtiendront pas ...donc déjà ça limite beaucoup parce que je suis pas tellement sollicité je pense quand même tant que ça »

Mais cela a aussi pour effet négatif un risque de **perte de confiance du patient.**

M6 « Après y'a toujours la crainte que le patient perde un peu confiance en nous »

M8 « ça a changé un peu les choses dans la relation. »

7.2.2 Avec rupture

Parfois le conflit va jusqu'à la rupture de la relation médecin-patient, soit le patient décide de changer de médecin traitant, soit c'est le médecin qui décide de rompre son contrat avec le patient.

Cela reste un **sentiment désagréable** pour le médecin.

M1 « le tout dernier conflit qui me revient bon ça remonte déjà à 4 ou 5 ans, euh... qui m'est un peu resté en travers de la gorge » « oui des fois le refus va loin et il est difficile à digérer »

Mais les médecins ont insisté sur le fait que le **patient reste libre de changer de médecin** traitant. En effet celui-ci ne peut convenir à tout le monde.

M1 « mais vous êtes libres de voir un autre médecin », « Je sais depuis qu'il a trouvé un autre médecin »

M2 « sinon ben je les vire c'est rare mais si ils veulent pas je leur dit vous en trouverez un autre ».

M4 « ils vont jusqu'à changer de médecin », « j'ai dénoncé mon contrat de médecin traitant sur une demande injustifiée », « donc j'ai rompu mon contrat de médecin traitant à cause de ça »

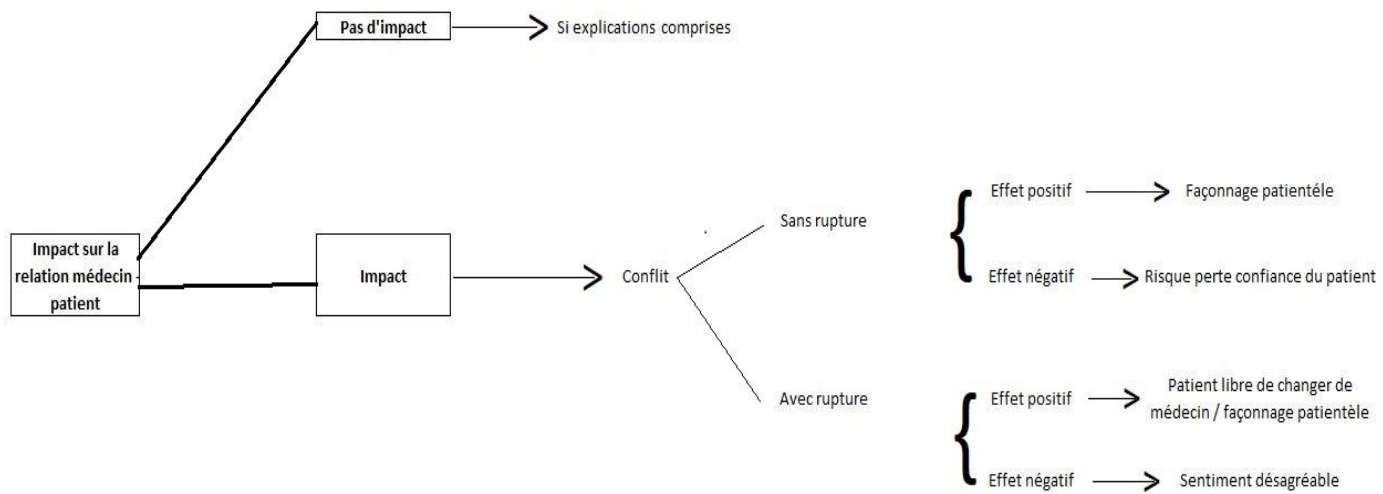
M5 «donc j'ai une famille que j'ai perdue à cause d'un refus d'un bon de transport qui était pas justifié »

M6 « Si je sens que ça devient ingérable et que ça passe plus avec le patient j'hésite pas à lui dire qu'il est libre de changer de médecin traitant...si y'a plus cette notion de confiance dans la relation vaut mieux changer »

M7 « Je ne serai pas étonné que des patients aient changé de médecin suite à une situation comme ça »

M8 « il m'a raccroché au nez et moi j'avais dit mais on arrête là quoi.... donc c'est moi qui ai décidé plus prendre en charge »

7.3. Résumé de l'impact des demandes injustifiées sur la relation médecin-patient



DISCUSSION

1. Rappel des principaux résultats

Il ressort de mon étude que les types de demandes injustifiées par ordre de fréquence sont : les prescriptions médicamenteuses, les examens complémentaires, les

consultations non justifiées, les arrêts ou accidents de travail, les certificats médicaux et les demandes de transport.

Les stratégies proposées par les médecins pour répondre à ces demandes sont tout d'abord la mise en condition du médecin et du patient, puis la formulation du « non » ferme appuyée par une justification et argumentation. Si besoin, les médecins utilisent la négociation, le compromis tout en se montrant disponible pour revoir le patient. La méthode du disque rayé peut être utilisée devant les patients insistants. Enfin, le médecin doit inclure dans sa pratique une éducation de sa patientèle en établissant des règles, ceci même pour réduire la survenue de demandes injustifiées.

Le médecin peut rencontrer de nombreuses difficultés pour exprimer son refus face aux demandes injustifiées. Cela peut être des difficultés relatives au patient, au médecin ou à la situation, avec parfois un manque de soutien extérieur. On observe une évolution avec le temps de ces difficultés au niveau personnel, mais également au niveau de la société.

Ces demandes ont parfois un impact sur le ressenti du médecin, le plus souvent négatif sur l'humeur surtout, voire parfois un retentissement physique. On peut néanmoins noter quelques aspects positifs de ces demandes sur la pratique du médecin, avec également une diminution de l'impact au fil du temps avec l'expérience.

On observe également parfois un retentissement sur la relation médecin-patient, avec la survenue possible de conflits, qui peuvent conduire à la rupture de la relation.

Enfin, les aides proposées pour faire face à ces demandes injustifiées sont la réalisation de formations, notamment sur les techniques de communication avec le patient. Les échanges entre confrères sont très importants, pour avoir un soutien extérieur et un partage d'expérience. Les stages chez le médecin généraliste pendant l'internat permettent déjà d'appréhender ce type de demandes et de pouvoir se forger une expérience qui aide à augmenter sa confiance en soi et aborder plus sereinement le refus, tout en se préservant.

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1. Pertinence du sujet

Les médecins ont été globalement intéressés par le sujet, en mettant en avant le fait que ce soit une difficulté fréquente. Cela est en concordance avec certaines données, en effet d'après une étude de 2003, la fréquence des demandes injustifiées correspondait à 7 % des actes enregistrés (26), et un sondage de 2012 parmi les médecins libéraux et hospitaliers a montré que pour l'ensemble des médecins interrogés, 72 actes sur 100 étaient pleinement justifiés (27), ce qui montre une évolution croissante de ce type de demandes.

Enfin, la thèse soutenue en 2015 par Juillard M. était une enquête réalisée auprès d'internes en médecine générale qui retrouvait une difficulté vis à vis de ces demandes pour 95 % d'entre eux (28).

2.2. Choix et critique de la méthode

Concernant le recueil de données, nous avons choisi la méthode par entretiens semi-directifs.

Elle nous semblait la plus adaptée pour un sujet s'intéressant à la pratique et à l'affect des médecins. Le fait d'être face à face facilitait l'expression des participants.

Le guide d'entretien était semi directif afin de pouvoir balayer toutes les questions du sujet, tout en influençant le moins possible le médecin interrogé, et en gardant la possibilité d'effectuer des relances si besoin.

2.3. Biais et validité interne

2.3.1. Biais de sélection

Beaucoup de médecins ont refusé de participer aux entretiens, le principal argument étant le manque de temps.

2.3.2. Biais d'information et lié à l'enquêteur

L'inexpérience de l'enquêtrice a été un frein à cette étude.

Cependant, l'autocritique des entretiens a permis à l'enquêtrice d'améliorer sa technique au fur et à mesure, limitant ainsi le biais d'information.

Le fait que l'enquêtrice soit du même milieu professionnel que les médecins interrogés a pu favoriser la discussion, les médecins s'attendant à être rapidement compris dans leurs difficultés quotidiennes par une personne les partageant. A l'inverse, cela a pu inhiber certaines réflexions par peur de jugement.

Pour pallier à ce problème, il a été expliqué que l'entretien était anonyme, afin de les inciter à se confier de la façon la plus honnête possible.

2.3.3 Biais de recueil

Il s'agissait d'une étude rétrospective, puisque pendant les entretiens, je demandais aux médecins de se remémorer des faits survenus lors de leur pratique. Ils n'ont bénéficié que d'un court délai de réflexion pour se rappeler ces situations ; et ont pu avec le temps, omettre certains faits ou situations marquants.

2.4. Validité externe

Elle s'obtient en partie lorsque l'enquêteur a interrogé un nombre suffisant de sujets pour que les mêmes réflexions puissent être retrouvées communément dans un groupe plus général. C'est la « saturation des données ». Elle a été atteinte au septième entretien.

3. Confrontations aux données de la littérature

3.1 Avantages et inconvénients du non

3.1.1 Risques pour le patient

Selon Galam : « *il n'est pas toujours évident qu'accéder à une demande soit forcément utile à celui qui la formule* » **(29)**

En effet, si on accède à toutes les demandes des patients, il y a le risque de surdiagnostic et de surtraitements **(30)**

« *Toute demande d'examens complémentaires doit servir à confirmer une hypothèse diagnostique clinique ; une demande non raisonnée ne peut conduire qu'à une errance diagnostique, voire à des erreurs qui peuvent être lourdes de conséquences lorsque des traitements inadaptés sont proposés, chirurgicaux en particulier* » **(31)**

3.1.2 Risques pour le médecin

L'article « Comment répondre en toute sérénité à une demande injustifiée » liste les risques pour le médecin d'accepter des demandes jugées injustifiées : **(32)**

- risque déontologique : le médecin doit être bienveillant et en empathie avec son patient. "*Être médecin n'est cependant pas synonyme de gentillesse. Nous ne sommes pas tenus de rendre service systématiquement*" **(29)**

D'après l'article 50 (article R.412750 du code de la santé publique): "*Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.* » **(33)**

- risque pénal : il pourrait être accusé de complicité dans une fraude.

- risque moral : ne pas savoir dire non c'est parfois aller contre ses propres convictions.

- risque psychologique

- risque d'erreur : dire non alors qu'on aurait dû dire oui peut être source de faute médicale. Lorsque le médecin est irrité par une demande qu'il juge abusive il peut être tenté de refuser à tort.

- risque économique : les patients sont de plus en plus prescripteurs, et ceci à l'aide des médias.

- patient roi : le patient devient un consommateur en droit d'attendre les prestations qu'il juge correspondre à la somme investie et le médecin est dans l'engagement tacite de devoir rendre service au patient pour justifier la rémunération perçue.

3.1.3 Avantages

Selon Galam, « *savoir dire non, c'est aussi redonner de la valeur à nos oui* » **(29)**

C'est reconnaître la capacité de jugement du médecin fondée sur son savoir et son expérience. C'est aussi fuir une relation pure de prestation de service et redonner de l'importance à la notion de confiance.

3.2 Types de demandes injustifiées

Les demandes injustifiées les plus fréquentes rencontrées par les médecins généralistes interrogés sont les prescriptions médicamenteuses, les examens complémentaires, les consultations non justifiées, les arrêts ou accidents de travail, les certificats médicaux et les demandes de transport, ce qui concorde avec les résultats des autres thèses abordant ce sujet.

3.3 Les stratégies

3.3.1 Travail sur soi

Tout d'abord, il faut que chacun établisse ses propres règles et soit au clair avec ces dernières, selon ses propres convictions. Chacun doit donc réfléchir sur soi et sa pratique pour permettre de développer sa confiance en soi.

« Écouter l'autre, c'est aussi s'écouter soi-même » (29)

Carl Rogers a décrit les attitudes nécessaires à l'établissement d'une relation d'aide centrée sur le patient. Elles sont au nombre de trois : l'empathie (capacité à comprendre le point de vue de l'autre), la considération positive inconditionnelle (fondée sur la capacité à ne pas juger l'autre) et la congruence (aptitude à s'écouter soi-même). La congruence conditionne toutes les autres. Si je veux aider l'autre et que j'accepte de me centrer sur lui, je dois, avant tout, être capable de juger par moi-même si la demande qu'il me formule est justifiée, ou non, et si j'estime, ou non, pouvoir et devoir y répondre. **(34)**

On retrouve cette idée dans la thèse de Bernon A. qui a étudié le point de vue des internes de médecine générale sur les demandes injustifiées, *« il est important de noter que le caractère de l'interne en médecine générale et sa confiance en lui sont des facteurs déterminants de ce type de consultation : il ressort à plusieurs reprises que le manque de confiance en soi et le manque d'affirmation de soi impliquent que nous cédions plus facilement aux demandes injustifiées » (35)*

3.3.2. Comprendre la demande

Face à toute demande, il va falloir faire comprendre au patient qu'elle est entendue et comprise, et qu'elle est prise en compte. Cela passe par une attitude d'écoute puis le dialogue.

Dans son livre sur les conflits dans la relation soignant-soignés, C. Curchod explique que si nous écoutons nos patients, bien des tensions pourraient être évitées **(36)**.

Cette reconnaissance peut en partie passer par un travail de reformulation, afin d'approfondir la demande, la comprendre et l'analyser, chercher le but réel et les motivations cachées du patient. Cela permet aussi d'éviter une discordance entre les demandes des patients et les perceptions des médecins.

La thèse de Barré T. sur la perception et attentes concernant la prescription médicamenteuse des patients consultant en médecine générale retrouve l'idée que les attentes des patients peuvent être différentes de leur demande première et qu'il faut

chercher ce qui peut se cacher derrière, sinon le médecin peut ressentir une fausse sensation de pression du patient.

« Cependant il existait d'autres attentes lors d'une consultation de médecine générale: l'écoute, l'examen physique, le suivi médical, l'accessibilité et la disponibilité du médecin, les explications, l'échange et le dialogue avec le médecin, la réassurance, être soigné ».

(37)

3.3.3. Expliquer le refus, argumenter

Ensuite, les médecins doivent expliquer les raisons motivant le refus.

La conclusion de la thèse d'Arzur J. abonde en ce sens : *« ce n'est pas le refus de prescription qui modifie la relation médecin-patient, mais la qualité des explications que le médecin fournit à son patient »* **(38)**.

Les médecins doivent expliquer de façon claire les limites législatives et économiques, le problème de manque de temps et les raisons du refus.

Il peut utiliser une argumentation basée sur des recommandations officielles, le détail de l'examen clinique, des outils diagnostiques, des textes de loi...

Il doit également vulgariser ses explications pour obtenir une bonne compréhension du patient.

La thèse de Bernon A. retrouve le même constat *« Notre étude nous conforte ainsi dans cette opinion selon laquelle prendre le temps d'écouter et d'expliquer est un facteur déterminant de compréhension d'un refus de prescription. Dans le même cadre il est reproché par les patients à certains médecins de ne pas employer un langage qui leur soit compréhensible », « puis, l'utilisation des textes de loi et des différentes institutions (CPAM, conseil national de l'ordre des médecins) aident les internes dans le refus »* **(35)**

3.3.4. Négociation, disponibilité

La négociation ou le compromis peut être utilisé pour faire accepter le refus à un patient tout en lui proposant une prise en charge plus adaptée.

Il faut pouvoir être disponible pour le patient et ne pas hésiter à reparler de cette demande lors d'une prochaine consultation, ce qui permet de réévaluer la situation tout en laissant au patient un temps de réflexion sur les réelles motivations de sa demande.

On retrouve cette idée de négociation dans la thèse de Lavillenie-Coëffé M. en 2004, puisqu'elle était citée par 62.8% des médecins interrogés **(39)**.

3.3.5. Disque rayé

Cette méthode a été citée par seulement un médecin et consiste à répéter simplement le même message plusieurs fois, tant que le patient insiste pour lui faire comprendre que discuter ne va pas faire changer d'avis.

3.3.6. Education, règles

Déterminer son exercice passe également par le fait de façonner sa patientèle, en expliquant aux patients les demandes recevables ou non. Cela permet au long terme de limiter le nombre de demandes injustifiées.

Dans leur revue de littérature, M.Ridd et al mettent en avant que la patientèle que le médecin se crée lui ressemble**(40)**.

3.3.7. Aides

De nombreux médecins ont parlé de l'importance de ne pas rester seul et de pouvoir parler de ses difficultés auprès d'autres confrères, pouvoir partager leurs expériences respectives, décharger leur émotion.

Dans la thèse de Lofti M. la majorité des médecins interrogés verbaliserait le conflit auprès d'autres généralistes. Cela permettrait de clarifier son point de vue, de se décharger de l'émotion, se rassurer sur la qualité de sa prise en charge ou solliciter un avis plus objectif. **(41)**

L'échange en groupe de parole ou avec des paramédicaux a prouvé son efficacité dans le burn-out **(42)**

Cette sollicitation peut également être un bon moyen de se « débarrasser » du patient comme suggère dans la thèse de E.Gerbaud et AC. Julien **(36)**.

3.3.8 La place de la formation

Selon A.Lemasson et al, « *la communication ne s'improvise pas, elle s'apprend* » **(43)**

La majorité des médecins trouveraient utile une formation sur les techniques de communication pour gérer ces demandes injustifiées.

D'autres médecins nuancent l'utilité de formations supplémentaires, car les cours à la faculté abordent un peu ce sujet, et que chaque médecin va réagir différemment selon sa personnalité et selon la situation.

Les stages chez le médecin généraliste pendant l'internat ont également un rôle bénéfique pour pouvoir se confronter à ce type de demandes et de réfléchir sur leur méthode de prise en charge, et pouvoir là aussi réaliser un partage d'expérience avec le maître de stage.

Avec ou sans formation, on observe une diminution de ces difficultés avec l'expérience et la prise de confiance en soi, l'amélioration de ses techniques de communication avec le temps.

La thèse de Bernon A. concluait également au rôle bénéfique des stages pour acquérir de l'expérience, mais également au manque de formation *«Ils considèrent que l'expérience s'acquiert en stage»*, *« Nous pouvons donc retenir que la formation pratique en stage est une aide précieuse à l'acquisition d'expérience. A contrario, la formation théorique n'est pas suffisante »* **(35)**

Dans la thèse de E.Gerbaud et A-C.Julien, les auteurs soulignaient l'importance de la formation pour apprendre à dire non. **(44)**

3.3.9 Savoir se protéger

Lors d'un conflit, il est nécessaire de se protéger des agressions. Un guide de prévention à l'égard des médecins est disponible sur le site du Conseil National de l'Ordre. **(45)**

En cas d'agression, la déclaration auprès du conseil de l'Ordre est encouragée, de même que le signalement à la police ou à la gendarmerie.

Le conseil national de l'ordre des médecins a également édité une affiche destinée aux cabinets de médecins généralistes pour sensibiliser les patients aux gestes et habitudes à prendre pour réduire les sources de conflit.

3.4 Difficultés des médecins pour refuser les demandes injustifiées

3.4.1 Relatives au patient

Les consultations répétées pour un même motif peuvent pousser le médecin à céder aux demandes, soit par réévaluation de la situation, soit par lassitude.

Un patient borné, non réceptif aux explications peut constituer un échec de communication pour le médecin.

Enfin, certaines demandes peuvent être acceptées dans le seul but de rassurer le patient et participer à sa prise en charge. Cette notion est également retrouvée dans la thèse de Gerbaud.E, et Julien.A-C réalisée auprès de médecins généralistes en 2016. **(44)**

3.4.2 Relatives au médecin

Tout d'abord, le médecin peut céder à des demandes par crainte de rentrer en conflit avec un patient, d'entraîner une réaction agressive du patient, ou encore d'altérer la sa confiance qui peut se sentir incompris par son médecin.

Ensuite la peur du non-dit ou de l'erreur médicale peut pousser le médecin à accepter, par peur de passer à côté de problèmes cachés.

Une autre difficulté se retrouve dans l'incertitude du médecin face à la demande du patient, la présence d'un doute ou le manque de confiance en soi.

Le sentiment de culpabilité de ne pas avoir pu éviter par notre pratique la survenue d'une demande injustifiée peut également nous pousser à céder face à une demande.

Enfin, avec la fatigue le médecin peut plus facilement céder aux demandes.

D'après une étude britannique de 2014 : "*A la fin des consultations, les patients reçoivent 5% d'antibiotiques en plus que ceux du matin*", rapportent les auteurs. **(46)**

3.4.3 Relatives à la situation

Le manque de temps est également un frein important à la gestion de ces demandes car elles sont souvent chronophages.

Les patients vus en garde sans dossier médical ou non connus sont aussi une plus grande difficulté, ainsi que les patients qui avaient l'habitude des règles d'autres médecins.

3.4.4. Manque de soutien extérieur

Les médecins ont parfois besoin de soutien des autorités ou administrations face à ce genre de situations.

3.5 L'impact des demandes injustifiées sur le médecin généraliste

3.5.1 Pas d'impact sur le médecin

Si le médecin est convaincu de son refus, qu'il n'y a pas de doute sur la légitimité du refus qui est totalement justifié, cela n'a pas d'impact sur l'humeur du médecin.

3.5.2 Impact négatif

Beaucoup de médecins ont noté un impact négatif sur leur humeur, du léger malaise à une profonde contrariété ou colère.

Cela passe par une sensation désagréable, un agacement, une contrariété, une exaspération, une colère, voire même un retentissement physique lié à un stress important.

Il peut aussi y avoir un sentiment de dévalorisation, une insatisfaction personnelle face à un échec de communication. Le sentiment d'être forcé face à une demande injustifiée peut entraîner un sentiment d'échec.

De plus la gestion de ces demandes apparaît épuisante dans l'exercice quotidien.

On retrouve ces sentiments négatifs dans la thèse de Audouin Dubreuil L. qui étudiait l'impact des demandes injustifiées sur les médecins généralistes « *Au travers de cette étude, nous avons donc pu mettre en évidence que les médecins avaient un ressenti plutôt négatif des demandes injustifiées. Ce ressenti résidait tant dans le fait de ne pas apprécier la demande faite par le patient que dans celui de devoir y répondre* » **(47)**, ainsi que dans la thèse de Jouve A., qui étudiait les expériences des médecins face à ces demandes « *des sentiments plus négatifs, loin d'être anodins, peuvent aussi naître comme la culpabilité, la colère, le sentiment d'incompétence, d'échec et de dévalorisation* » **(48)**

Les médecins n'ont cependant pas évoqué le risque d'épuisement professionnel ni de burn-out lié à la gestion de ces demandes injustifiées. Pourtant d'après certaines études, ce sont des facteurs de risque d'épuisement professionnel.

Parmi les problèmes les plus difficiles à gérer on retrouve en 3ème position l'exigence et les conflits avec les patients dans 25% des cas. **(49)**

Une des causes de burn-out évoquée par l'auteur est le dilemme éthique vécu quotidiennement par les médecins, entre exigences du patient et réglementation, entre idéal et contraintes. **(50)**

La possibilité d'un lien avec le burn-out a été évoquée dans la thèse soutenue en 2015 par Juillard M., ainsi que la thèse de Audouin Dubreuil L. « *Les médecins ont également souligné le risque de toxicité pour leur exercice et pour eux-mêmes, toxicité pouvant être un facteur précipitant vers le burn-out* », (47) et dans la thèse de Jouve A. « *La répétition de ces demandes, d'autant plus si elles sont gérées d'une façon insatisfaisante, peut conduire à l'épuisement des médecins voire au burn-out* » (48)

Dans son étude, D. Truchot met en évidence que le sentiment d'être sous-bénéficiaire dans la relation médecin-patient peut être lié à un épuisement professionnel (51)

3.5.3 Impact positif

La gestion de ces demandes entraîne une remise en question permanente de sa pratique, avec réflexion sur ses techniques de communication.

De plus ces demandes permettent une éducation progressive de la patientèle, avec à terme une diminution des demandes injustifiées.

Dans la thèse de Lofti M, les médecins disaient également parfois refuser pour sélectionner et recadrer leur patientèle. (41)

3.6 Impact sur la relation médecin-patient

3.6.1 Pas d'impact

Le plus fréquemment elle ne subit aucun impact notamment lorsque des explications sont fournies et que le patient les accepte.

Ceci concorde avec la thèse de Arzur J. puisque qu'après un refus médical par leur médecin, 65% des patients interrogés déclaraient que cette expérience n'avait pas modifié la confiance en leur médecin. (38). Dans leur thèse sur les demandes injustifiées soutenue en 2011, Michaut K. et Nguyen K-V, le plus fréquemment il n'y avait pas d'impact sur la relation avec le patient. (52)

3.6.2 Conflit sans rupture

Le risque de conflit existe avec apparition d'agressivité verbale ou physique.

Le risque est alors la perte de confiance du patient.

Certains conflits se résolvent simplement, sans rupture avec le médecin.

Cela a pour effet positif un façonnage de la patientèle.

Les agressions de médecins se multiplient. En 2018, l'Observatoire sur la Sécurité des Médecins a enregistré 1126 déclarations, soit 343 de plus que la moyenne décennale. 70% concernaient des généralistes et 54% des agressions étaient commises par des patients. Dans 66% des cas, il s'agissait de violences verbales (injures ou menaces). 16% des violences commises contre les médecins font suite à des refus de prescription, ce qui constitue la troisième place dans les motifs d'incidents recensés. **(53)**

3.6.3 Conflit avec rupture

Parfois le conflit va jusqu'à la rupture de la relation médecin-patient, soit le patient décide de changer de médecin traitant, soit c'est le médecin qui décide de rompre son contrat avec le patient.

Le patient reste libre de changer de médecin traitant. En effet celui-ci ne peut convenir à tout le monde.

D'après une étude en 2001, 46.5% des répondants avaient exclu un patient dans les 2 années précédentes, les causes étant : violence ou menaces (49.9%), demandes déraisonnables dont visite à domicile injustifiée (17.3%), prescriptions frauduleuses (13.5%), différence de point de vue sur les traitements (7.8%), perte de la relation médecin patient (7.3%) **(54)**

Dans la thèse du docteur Arzur J., 58% des patients ayant été confrontés à un refus médical ont demandé un deuxième avis et 20% déclaraient avoir changé de médecin. **(38)**

Une confrontation ne trouvant pas d'issue peut aller jusqu'à la rupture de la relation **(55)**

Pour les patients, le refus est loin d'être le motif principal de rupture **(54) (56)**, alors qu'à l'inverse, les demandes jugées déraisonnables se placent dans les premières positions lorsque c'est le médecin qui rompt le contrat **(54)**

Pour les médecins, rompre une relation reste désagréable. Beaucoup de médecins ont cependant souligné que, quand il y avait une rupture, elle était vécue sans problème. La principale raison était qu'un médecin ne peut convenir à tout le monde. De plus, le patient reste libre du choix de son médecin comme mentionne dans l'article 6 du code

de déontologie. Il doit même faciliter l'exercice de ce droit, son ressenti ne doit donc pas interférer. **(2)**

CONCLUSION

Dans la pratique médicale quotidienne dire non reste un exercice quotidien et incontournable.

Différentes stratégies ont été proposées par les médecins face à ces demandes incluant tant le travail sur soi-même, que la façon de communiquer avec son patient. Le médecin

peut s'appuyer sur une justification et argumentation de son refus, et si besoin utiliser la négociation ou le compromis tout en se montrant disponible pour son patient.

Le médecin doit inclure dans sa pratique une éducation de sa patientèle en établissant des règles, ceci même pour réduire la survenue de demandes injustifiées.

Les difficultés rencontrées face au refus de ces demandes sont nombreuses, en lien avec le patient, le médecin lui-même ou la situation.

Ces demandes ont parfois un impact sur le ressenti du médecin, le plus souvent négatif sur l'humeur surtout. On peut néanmoins noter quelques aspects positifs de ces demandes sur la pratique du médecin, avec également une diminution de l'impact au fil du temps avec l'expérience.

On observe également parfois un retentissement sur la relation médecin-patient, avec la survenue possible de conflits, qui peuvent conduire à la rupture de la relation.

Enfin, les aides proposées pour faire face à ces demandes injustifiées sont la réalisation de formations, notamment sur les techniques de communication avec le patient. Les échanges entre confrères sont très importants, pour avoir un soutien extérieur et un partage d'expérience. Les stages chez le médecin généraliste pendant l'internat permettent déjà d'appréhender ce type de demandes et de pouvoir se forger une expérience qui aide à augmenter sa confiance en soi et aborder plus sereinement le refus, tout en se préservant.

Lorsque le médecin juge une demande abusive, il doit donc trouver une réponse mariant ses convictions personnelles, une médecine rigoureuse et les attentes du patient.

L'expérience et la confiance en soi sont les clefs pour réussir à dire non sereinement.

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour, je suis actuellement remplaçante en médecine générale et je réalise ma thèse qui a pour but d'explorer les attitudes et comportements des médecins généralistes face aux demandes des patients jugées injustifiées, et leur ressenti dans ces situations.

Nous allons réaliser un entretien qui sera enregistré puis retranscrit de façon anonyme pour maintenir la confidentialité.

RECEUIL DES DONNEES PERSONNELLES DU MEDECIN INTERROGE

Age, sexe, type d'activité, exercice seul ou en cabinet de groupe, nombre d'actes moyen par semaine, nombre d'années d'exercice, présence ou non d'un secrétariat.

INTRODUCTION:

- d'une manière générale, avez-vous été confrontés à des patients dont les demandes vous ont semblé injustifiées?

- relance: avez-vous des exemples à me citer ?

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS:

- comment faites-vous face à des situations/demandes qui vous paraissent injustifiées?

- relances: avez-vous une stratégie, des méthodes, des arguments dont vous pourriez me faire part? Votre pratique a-t-elle évolué?

- Pouvez-vous me décrire des situations plus faciles ou au contraire plus complexes à gérer?

- relance: par exemple des situations pour lesquelles vous renoncez, ou d'autres que vous gérez mieux?

RESSENTI

- Que ressentez-vous personnellement dans ces situations?

-relances: est-ce que ça a un impact sur votre satisfaction ou votre humeur? Avez-vous noté un impact sur la relation médecin-patient ?

- Comment gérez-vous le conflit?

CONCLUSION

- Avez-vous quelque chose à rajouter?

- relances: présentez-vous un besoin de formation? Quels conseils pourriez-vous donner à une jeune consœur ou un jeune confrère face à ce type de situations?

Annexes 2 : Entretiens

Entretiens M1

Oui j'ai déjà été confronté à des patients venant avec des demandes injustifiées.

Les exemples qui me viennent en tête sont euh... la prescription de traitements... les certificats médicaux euh... comme par exemple une fois un patient épileptique qui voulait un certificat de plongée, bien sûr j'ai refusé de lui faire et maintenant il continue de faire de la plongée sans certificats....des certificats d'aptitude je repense à un patient qui était

daltonien et qui voulait un certificat pour quelque chose nécessitant la vision des couleurs...et les arrêts de travail (sourire).

(Soupir) J'utilise le disque rayé... Faut que ça soit une conviction que mon refus est justifié et qu'il faut que je tienne bon. C'est jamais facile de dire non.

J'ai pas de situation plus difficile en tête euh....ni à laquelle je renonce non plus.

(silence) Ca a un impact sur mon humeur c'est sûr. (silence) Après tout dépend de l'adéquation entre euh....la conviction de départ, c'est-à-dire que.... (silence) si je suis en adéquation à 100% avec le refus, c'est-à-dire par exemple quelqu'un vient me voir pour un somnifère, je pense qu'il n'a pas besoin de somnifère, je suis convaincu à 100% qu'il n'y a aucune indication du somnifère et que je n'en prescrirai pas, le patient en face insiste, euh..... y'a un refus mais je suisje suis clair avec ma conviction de départ donc c'est pas difficile à gérer émotionnellement. Après quelqu'un vient me voir pour un arrêt de travail, je pense qu'il n'y a pas besoin d'arrêt de travail, mais je me dis....y'a peut-être des choses que je connais pas il me manque peut-être des éléments, y'a peut-être peut-être qu'il a pas su me raconter son ressenti alors euh.....il est venu me voir il m'a parlé d'un mal au dos mais peut être que derrière ce mal au dos y'a autre chose c'est-à-dire bon..... quand il y a le doute dans le refus ...c'est plus dur à gérer. Et après tout va se passer dans la relation, c'est-à-dire est ce que euh... est-ce que la personne qui me demande quelque chose à qui je refuse, est ce qu'elle va être dans l'escalade agressive.... vous avez refusé de me donner quelque chose euh....je vous aime plus et puis des tas de choses vilaines qui peuvent enchaîner... (silence) là à mon tour je vais être plus agressif c'est-à-dire qu'il y a une espèce d'agression qui monte ... ou bien est-ce que au contraire elle va s'effondrer et en dire plus sur des conditions de travail épouvantables, un drame personnel ou familial et cætera et qui vont m'amener au contraire à accepter la demande. Donc euh.... c'est toujours dur, c'est-à-dire moi je suis jamais dans le refus euh.... frontal brutal enfin, si sauf les somnifères parce que j'aime pas les somnifères mais... (rires) euh le vécu il est toujours fonction de la situation, de mon travail personnel de toujours me poser la question est ce que mon refus est justifié, est ce que nous nous sommes bien compris, c'est-à-dire que.....euh... bon y'a une demande et souvent très très souvent y'ay'a une mauvaise façon de demander, le patient rentre il s'assoit il me dit bon vous me donnez une boîte d'Augmentin....je sais pas de quoi il s'agit...alors effectivement euh après il va me montrer sa jambe il va me montrer un érysipèle, ah ben oui oui oui je vous donne votre Augmentin(rires). Et alors que par son

attitude par sa façon de faire il s'assoit c'est à peine si il me dit bonjours rien, « bon allez maintenant vous me mettez une boîte d'Augmentin y'en a marre ça a assez duré comme ça » oulah (rires) je sors les griffes je ne vous donnerai pas votre Augmentin (rires). Bon des fois ça se résout bien des fois y'a des conflits, y'a eu des conflits, et ça c'est hyper douloureux c'est-à-dire que (silence) j'y repense encore et je me dis à quel moment j'ai raté euh... la discussion euh... le tout dernier conflit qui me revient bon ça remonte déjà à 4 ou 5 ans, euh... qui m'est un peu resté en travers de la gorge c'est un patient qui ne voulait pas de génériques, moi je lui ai expliqué que je ne mettais jamais la mention ne pas substituer donc euh....je prescrivais toujours en DCI, euh... que je comprenais le handicap financier que cela représentait pour lui ...(silence) je suis resté sur ma position lui sur la sienne il est parti très en colère il a pris des graviers en partant sur le chemin qu'il a jeté vers moi y'en a un qui a cassé la vitre bon y'a eu un conflit euh.... Alors moi je suis resté dans mon refus catégorique c'était pas dans le refus de prescription de médicaments je marquais ses médicaments mais sous forme DCI euh... c'était un premier contact et lui venait avec l'exigence de son médecin précédent mais moi c'est toujours le princeps. Alors euh....je lui ai expliqué écoutez je vous ai examiné on s'est vu on s'est entretenu votre traitement est justifié je suis d'accord euh... mais par contre je prescrirai toujours en DCI mais vous êtes libres de voir un autre médecin. Je sais depuis qu'il a trouvé un autre médecin, je n'ai pas porté plainte pour les jets de pierre et le bris de vitre (rires) mais bon oui des fois le refus va loin et il est difficile à digérer. Alors pour moi parce que des fois je me répète je me pose la question qu'est-ce que j'ai loupé dans la discussion euh.... est-ce que...et toujours la question de fond est ce que mon refus était justifié, est ce que j'ai refusé parce que j'étais fatigué, est ce que j'ai refusé parce que j'étais mal luné, est ce que j'ai refusé parce que euh... voilà ou est-ce que c'est un refus justifié.

Oui je pense que ça serait utile mais après de toute façon les attitudes elles seront individuelles c'est-à-dire que on a des caractères différents euh.....entre guillemets y'a des gens qui ont une autorité naturelle y'en a d'autres qui seront plus dans le doute le dialogue la dissuasion la persuasion euh....bon on aura de toute façon tous ... une approche différente mais je crois que... oui 2 ou 3 heures d'approche institutionnelle sur comment dire non ça pourrait nous aider.

Ne pas rester seul ... alors toujours la question de fond se poser la question est ce que mon refus est légitime et puis après une fois qu'on a été confronté à une situation de refus qui

s'est un petit peu envenimée c'est de ne pas rester seul et pouvoir en discuter avec d'autres confrères, c'est terrible mais euh....encaisser seul seul seul le stress du cabinet c'est dur euh... c'est super bien de pouvoir rencontrer des médecins amis ou simples copains enfin des médecins qui ont des relations de soins comme nous et avec lesquels on puisse échanger avec lesquels on puisse dire il s'est passé ça ça a été dur euh... comment j'ai réagi comment il a réagi et le confrère bon des fois c'est juste dans l'écoute des fois il pose juste une petite question mais est-ce que tu as pensé à ça ... bon c'est surtout ne pas rester seul.

Entretien M2

Plus maintenant les premières années, les 2-3 premières années mais si vous êtes très sévères dès le départ ils vous embêtent plus hein ils changent de médecin ils vous embêtent plus.

Première chose les toxicos tous les toxicos arrivent si vous tenez pas c'est mort, et puis ben les demandes de scanner et tout au début et pire le dernier examen à la mode même sans raison.

Donc faut expliquer expliquer et puis voilà on y arrive.... sinon ben je les vire c'est rare mais si ils veulent pas je leur dit vous en trouverez un autre.

Alors pour les toxicos c'est très simple c'était nos ordonnances sont sécurisées c'est hyper surveillé etc donc je veux pas c'est non point, donc c'était pour les toxicos c'est bien et puis pour le reste et ben j'explique par exemple quelqu'un qui veut tout de suite un scanner parce qu'il a un peu mal au dos ben je lui dit non voilà ben on commence par une radio on fait un traitement si il y a une douleur dans la jambe une paralysie on verra je lui explique les signes cliniques les complications qui justifient des examens plus approfondis.

Je pense que j'ai toujours réussi sauf quand vous avez des gens qui ont un intérêt énorme alors euh....dans les accidents du travail etc donc ça a été très conflictuel et puis ils s'en vont parce qu'ils viennent là pour rechercher un avantage auquel ils n'ont pas le droit je dis non et voilà. J'en ai un là qui est décédé depuis qui arrivait à son renouvellement de prolongation d'accident du travail avec une caisse de vin, je lui ai dit ben vous repartez avec votre caisse et puis voilà. Il ne faut pas céder sinon vous êtes mort ça c'est clair, avec les toxicos vous êtes mangés ils se passent le mot ils arrivent tous. Quand je bossais comme

un fou ils connaissaient tout ils arrivaient à 20h30 ils savaient quand ça allait être ma dernière consultation ils se mettaient dans la salle d'attente ils me faisaient une pression énorme parce qu'il faisait nuit l'hiver et tout moi j'ai pas été aidé c'était des arméniens qui faisaient ça donc ils tournaient et puis je m'étais rendu compte que c'était pas les cartes vitales c'était pas la bonne carte vitale ben je dis non donc j'ai prévenu la sécu et on m'a dit de m'occuper de mes affaires que c'était pas mes oignons...on est pas trop soutenu des fois quand on a besoin et par le conseil de l'ordre c'est pareil des fois...faut tenir tête sinon on peut faire des conneries.

Alor euh...je me souviens pas de tout mais globalement j'ai pas eu de soucis euh.....donc le jour où il est venu avec une caisse de vin c'est sûr ça m'a été désagréable et une autre fois par contre si vous voulez alors là euh....j'ai refusé je m'en souvenais plus de celle-ci c'était une patiente à mon collègue elle le déplaçait sans arrêt pour rien etc. donc un jour son concubin mais c'était des psychiatriques tous les deux donc son concubin m'appelle et je dis non ben vous l'amenez au cabinet y'a pas de problème. Donc j'étais parti faire mes visites et quand je suis en visite la secrétaire me dit faites attention il est fou furieux il veut vous détruire donc ben voilà je lui ai dit si tu vois que ça chauffe pour moi tu appelles le 17donc je suis arrivé il voulait vraiment me casser les dents si vous voulez...j'avais prévu j'étais resté derrière la porte j'ai eu le temps de fuir dehors elle a appelé le 17 si vous voulez et voilà mais....mais ça m'a déclenché une tachyarythmie et ça a été fini...alors après j'ai eu ma radiofréquence et tout mais là j'en ai pris un sacré coup et j'ai failli.....alors heureusement on avait bien ciblé avec la secrétaire donc quand je suis sorti dehors à la course les flics arrivaient donc ça a vite calmé hein....

Le risque d'agression existe moi en ce moment je suis un schizophrène ça fait des années ça fait 30 ans que je le suis donc ça va ça va et puis des fois il déconne... et donc il a été hospitalisé d'office il a eu son neuroleptique retard et tout au bout d'un moment il en veut plus donc on prévient tout le monde, le psy en disant attention il est en train de remonter en pression et tout il dit je suis désolé je peux rien faire, le procureur dit je suis désolé il faut attendre un passage à l'acte, on attend et voilà il termine l'autre fois il y a un an il a tout cassé dans sa banque...on n'est pas aidé ça c'est clair il y a des angles morts de la législation où vous ne pouvez rien faire vous savez que c'est en train de monter en puissance et vous pouvez pas....

Quand c'est conflictuel comme ça c'est pas possible, mais si on prend vraiment son temps pour expliquer ils sont pas bêtes les gens parce qu'ils ont déjà été voir sur internet et tout ils ont plein d'infos mais bien souvent c'est qu'ils les ont mal interprétés et il suffit de leur dire non si vous avez vu ça sur internet c'est parce qu'il avait ça etc...vous c'est pas le cas...non faut expliquer hein et c'est comme avec les mamans vous avez plein de stressées avec les bébés si vous voulez qui veulent tout etc. mais si vous prenez votre temps pour expliquer vous leur dites aujourd'hui il a rien demain s'il a encore de la fièvre je vous promet que je le reprendrai vous m'appellez vers 16h avec la fièvre et je vous le reprendrai avant le weekend end ça leur suffit, si vous dites il a rien dégagez alors là c'est...donc faut parler c'est clair.

Bien sûr quelques heures de formation pour savoir comment les contourner surtout pour les gros psychiatriques ça nous aide hein.

Expliquer c'est tout ils sont pas bêtes ils sont beaucoup plus informés qu'au début où je me suis installé des fois trop mais il suffit de leur remettre dans l'ordre c'est tout hein...et ne pas les laisser tomber si vous voulez leur dire voilà bon mois je pense ça et tout mais si ça évolue ben on en reparle et à la rigueur on le fera cet examen que vous voulez mais dans l'immédiat c'est pas nécessaire. Si vous expliquez bien en laissant la porte ouverte y'a aucun souci.

Entretien M3

Oui j'ai plusieurs cas de demandes injustifiées, moi ce qui revient le plus souvent c'est des demandes d'imagerie que je juge non justifiées, euh... IRM cérébrale, scanner cérébral, IRM de genou aussi quand en première intention on peut faire des radios... (rire)...voilà, donc beaucoup voilà je dirai de demandes d'examens injustifiés. ..demandes de prescriptions injustifiées des choses qui me paraissent pas adaptées ...par exemple j'ai une patiente en début de semaine qui m'a demandé de la DHEA alors qu'elle a eu un cancer du sein... voilà des thérapeutiques qui me paraissent aussi pas justifiées... euh... le transport aussi des demandes de transport qui sont pas justifiées les gens ont toujours un peu de mal à comprendre qu'on veuille pas faire le transport mais je pense que ça c'est des confusions entre ALD, invalidités etc... sinon dans les prescriptions le non substituable aussi souvent.

Ce qui peut aussi arriver mais c'est plutôt la secrétaire qui les gère c'est des demandes de rendez-vous en urgence pour des choses non urgentes mais elle gère bien.

Alors souvent je dis non d'emblée si je considère que c'est pas adapté euh... et après j'essaye d'argumenter quand les gens voilà je sens qu'ils sont interrogatifs qu'ils ont besoin d'explication euh...alors ça dépend il y en a qui cherchent pas trop à savoir bon c'est non et ils passent à autre chose et y'en a qui ont besoin de plus de pédagogie qu'on leur explique pourquoi on trouve que l'examen ou la prescription n'est pas adaptée, bon des fois faut faire un peu de physiopathologie ou expliquer pourquoi on va plutôt faire tel examen avant d'en envisager un autre euh....je suis plus dans l'explication quand même.

Certaines fois sur des examens quand c'est un peu litigieux euh... quand ça pourrait se discuter quand il y a un peu plus d'incertitude, peut-être qu'il y a certaines situations peut être que d'un praticien à un autre l'attitude serait pas la même, parce que la médecine c'est pas une science exacte donc on a des pratiques qui sont toutes différentes et il y a certaines fois je pense des situations où on juge soi que la demande n'est pas justifiée alors que peut être un autre praticien pourrait la trouver légitime ça peut arriver donc dans ces cas-là c'est peut être...je pense que c'est dans ces cas là où c'est un petit peu plus difficile de dire non parce que soi-même on peut être amené à douter, je pense que c'est beaucoup plus facile de dire voilà.... qu'on trouve que la décision est assez simple en disant ben non je trouve que c'est pas du tout adapté ni justifié etc... c'est plus facile de dire non, sur certains examens quand ça fait plusieurs fois que les gens ils reviennent euh... là des fois on finit même par faire l'examen, et parfois on peut être amené à réviser son jugement, une situation qui pouvait paraître initialement inadaptée peut le devenir aussi, je dirai que c'est dans ces situations là où c'est peut-être un peu plus délicat.

Je ne ressens pas de sentiment de culpabilité quand la décision elle est facile parce que pour quiconque vraiment la demande serait abusive je trouve que c'est assez facile finalement de dire non quand vraiment la demande est totalement hurluberlu quoi...les situations où on est un peu plus en porte à faux parce que ça pourrait se discuter euh....c'est dans le doute où je me pose des questions on s'interroge on remet un peu en question notre pratique aussi euh...

Parfois sur des demandes de prescription on sent les gens un peu agacés euh...ça m'est arrivé avec une patiente qui était revenue 3 ou 4 fois pour des douleurs abdominales qui

n'avaient pas besoin à mon sens de refaire d'imagerie ni d'endoscopie ...et elle revenait sans arrêt et un jour je me suis un peu fâchée et en fait j'ai fini par lui faire le courrier parce que de toute façon je savais qu'elle prendrait d'elle même le rendez-vous chez le gastroentérologue....donc j'ai préféré faire un courrier pour expliquer la situation au gastro entérologue plutôt que de la voir débarquer à son cabinet sans courrier et que la patiente ben il ne sache pas trop où elle voulait en venir parfois même qu'elle lui dise qu'elle oublié le courrier parce que des fois y en a qui mentent euh....mais au final ben depuis on a une relation qui est bien quand même. Donc je pense que voilà il y a certaines personnes qui sortent de la consultation un peu en colère et puis en général ça passe.

Je n'ai jamais été jusqu'au conflit, après je suis pas là depuis très longtemps aussi je suis là que depuis 2 ans et je pense que ça peut venir un peu plus tard dans la patientèle quand les gens sont un peu plus habitués aussi...

Je pense qu' on apprend sur le tas et puis petit à petit ça devient....au début c'est vrai c'est un peu difficile euh...je pense aussi que c'est bien que les étudiants puissent être en stage soit en autonomie soit en premier niveau pour justement voir les situations un peu difficiles, pas forcément conflictuels mais juste en désaccord sur les prescriptions et euh....et puis je pense que petit à petit aussi on est un peu plus sûr de soi, dans ses décisions et ça devient de plus en plus facile même si ça l'est pas toujours hein...

Avoir confiance en soi, en ce qu'on fait euh...je pense qu'il fautquand on sait pas ben faut pas hésiter à demander de l'aide à quelqu'un euh....des fois peut être voilà si on est dans un cabinet de groupe faire appuyer aussi sa décision par un collègue parfois permet d'entériner les choses euh....pourquoi pas s'appuyer sur des documents type une sorte de preuve tangible on le fait rarement mais peut-être sortir les feuilles de la sécu en disant ben voilà vous avez telle pathologie la sécu elle dit tant de jours d'arrêt de travail peut être voilà avoir un outil opposable pour le patient euh...par exemple pour l'angine faire le streptotest pour prouver l'inutilité de l'antibiotique, expliquer voilà...être assez didactique aussi euh....essayer de vulgariser au maximum aussi le patient euh....surtout ne pas entrer dans des explications avec des choses techniques que le patient ne comprendra pas euh...je pense que ça ça envenime les choses...se mettre au niveau du patient pour que le patient puisse comprendre la décision parce que si on commence à expliquer par A+B que l'IRM n'est pas adaptée parce que....et que le patient comprenne pas c'est pas un avantage à mon

sens....donner des explications les plus simples possibles au patient pour qu'il puisse comprendre la décision...je pense que ça passe mieux.

Entretien M4

Oui, euh... demandes injustifiées les plus fréquentes, les demande d'examens complémentaires, prise de sang, imagerie, IRM pour des problèmes bénins euh oui IRM oui oui (rires) c'est le plus fréquent. Arrêt de travail pas tant euh médicament antibio pas tant que çanon sûrement arrêt de travail en 2eme choix oui non c'est seulement ça.

Oui, je leur demande.... alors je leur explique qu'un examen complémentaire s'ils changent pas la prise en charge il faut pas le faire et souvent je leur fait reformuler pour savoir ce que eux attendent de cet examen, et quand ils ont pas d'argument ou peu d'arguments c'est plus facile pour moi de dire non....je leur fait reformuler l'attente et souvent en fait ils attendent pas grand-chose (rires) et ça me permet de justifier de faciliter mon non.

L'agressivité, y'a des gens agressifs, des patients agressifs, j'ai eu l'exemple d'un patient addict a la morphine qui me demandait des renouvellements, je lui faisais mais en contrepartie je lui ai demandé de faire quelques examens pour trouver des solutions plus durables à son problème mais ça l'intéressait pas parce ce qu'il voulait c'était la morphine et ça peut aller loin parce que y'a menace de mort etc., conflits, il a pris 6 mois de sursis (rires).

Alors renoncer dans le sens où je suis allé dans le sens de la demande injustifiée, je pense que sincèrement c'est ce que j'explique aussi à mes internes, on n'a pas la même niaque à 9h le matin qu'à 20h le soir, donc peut-être qu'à 20h le soir, fatigué, pour des raisons différentes, on peut accéder à certaines demandes qui paraissent injustifiées, si c'est pas délirant voilà, si c'est des radios de complaisances, sur un acte ou sur un acte de biologie voilà je pense que peut-être qu'en fin de journée avec la fatigue ou en fin de période où on n'a pas eu de vacances depuis longtemps on peut accéder à des demandes qu'on aurait peut être pris plus de temps à refuser euh à faire de la pédagogie mais peut être qu'on lâche un peu.

Bien sûr bien sûr, là on a, j'ai un cas précis, hier j'ai mon interne SASPAS qui a été confronté à une patiente à qui elle a pas su dire non, où elle a été mal à l'aise... elle m'en parle encore aujourd'hui, elle y a pensé cette nuit, après je pense que plus on vieillit, moins ça nous

impacte, mais je pense que certains conflits, certains blocages avec des patients ça peut nous gâcher la semaine, voire plus.

Oui, bien sûr, ils vont jusqu'à changer de médecin voire pire, j'ai mis, j'ai... j'ai dénoncé mon contrat de médecin traitant sur une demande injustifiée. C'était une demande de cure, en urgence, la dame voulait son papier tout de suite, sans que je l'examine, je venais de prendre mes fonctions, je venais de m'installer, c'est une dame que je connaissais pas, et du coup, je lui ai dit ben c'est sur rendez-vous dans les délais, j'avais 15 jours de délais, elle a dit que c'était inacceptable, je l'ai convoqué le jour même j'ai fait un acte gratuit, je lui ai fait sa demande de cure, à 21h, un soir et je lui ai dit par contre vous trouvez un nouveau médecin traitant... donc j'ai rompu mon contrat de médecin traitant à cause de ça, et c'était ma 1^{ère} année d'installation, mon 1^{er} mois d'installation, voilà.

Non mais je pense qu'il faut ben, faut en parler avec ses collègues, sur une demande injustifiée ou quelque chose une attitude qui, qui pose problème, je pense qu'il faut échanger, alors autour d'un café, avec des professionnels, pas forcément des médecins mais des infirmiers, des sages-femmes qui rencontrent les mêmes difficultés et on se rend compte qu'on a tous les mêmes difficultés à dire non.... et on peut trouver des stratégies communes et ça rassure d'échanger, faut pas rester euh dans un exercice isolé, parce que.... on fait tous les mêmes erreurs, on a tous les mêmes difficultés et rien que d'en parler, on raconte nos histoires tout ça, on se sent plus léger.

Y'a les groupes de pair, groupes de pair et et échange avec des professionnels euh..... sur les difficultés, faut parler faut vider son sac.

Alors, on en a un petit peu, moi je fais partie de la génération qui a bénéficié des cours à la faculté j'ai eu des cours sur la communication non violente, donc là je pense que pour le coup la formation est suffisante au DMG de Clermont mais euh c'est la pratique quoi. Et puis c'est euh rétrospectivement alors là j'aurais pas dû accepter, j'aurais pas dû prescrire sa bio, je pense que l'expérience joue énormément et l'échange avec des gens plus expérimentés.

Entretien M5

Bien sûr, le dernier tout à l'heure je voudrais un test de grossesse 52 ans euh.... ménopausée qui vient avec une écho abdominale et qui a eu un rapport non protégé et qui s'inquiète,

bon... (rires) elle voulait une prise de sang. Les plus fréquentes restent les examens, les radios, prise de sang un peu si le cholestérol, euh.... peu les arrêts de travail puisque les gens bossent globalement c'est pas trop les arrêts, c'est les examens, les prises de sang.

Je fais reformuler, donc vous me demandez ça mais c'est pour faire quoi, qu'est-ce que vous en attendez, déjà dans la reformulation on se rend compte que souvent la demande est pas justifiée, j'ai fait un peu de formation, c'est à travers la formation parce qu'au début je devais être pareil à pas trop comprendre on voit bien que dans l'entretien si on fait préciser les demandes on peut les désamorcer en les expliquant. Mais c'est pas toujours facile, je pense au cholestérol où le cardiologue demande souvent un bilan dans l'année.

Ma pratique a évolué avant j'écoutais peut-être pas beaucoup.... j'étais peut être plus dans le refus comme ça.... non je pense que même quel que soit le problème si on reformule bien si on les aide à reformuler qu'on reformule pour eux et qu'on est bien d'accord c'est rare qu'on ait un souci par contre ça prend du temps.

Avec le temps maintenant pas beaucoup non (rires)... non c'est vrai parce que d'abord euh.... ils savent qu'ils l'obtiendront pas ...donc déjà ça limite beaucoup parce que je suis pas tellement sollicité je pense quand même tant que ça, et quand on l'a c'est toujours, voilà c'est plus ce qu'on a dit quoi des examens des prises de sang, mais pour faire quoi vous savez les radios ça enlève pas les douleurs c'est pour faire quoi qu'est-ce que vous en attendez, « je veux savoir », mais on sait ce que vous avez...c'est dans le dialogue quoi...c'est là où je vais peut-être plus vite qu'avant maintenant on disait que c'est chronophage mais bon.... quand c'est moi ils sont peut-être moins demandeurs je vois bien quand c'est l'interne et qu'on fait le débriefing du SASPAS euh....ils ont conscience qu'ils se sont fait avoir mais c'est comme ça qu'on apprend.

Oui quand on sent qu'on en sort pas, c'est pas fréquent mais des fois et puis en fin de journée...je leur dis à nos interne ce qui est important c'est pourquoi ils l'ont fait pour d'abord pas se culpabiliser et parce que quelque part c'est humain quand on est attendu au repas à 20h et qu'il est déjà 20h15 accéder à la demande va plus vite....quand on sent que le patient est borné.... quand c'est en garde sur des patients de toute façon je rends service au médecin traitant qui aura pas ce souci, en garde je suis un peu plus large de toute façon ça servira comme ça il pourra dire pourquoi il vous a fait cet examen (rires)

Par contre je respecte la HAS pas de radio pour un mal de dos chez un jeune avant 3 mois par contre j'explique pourquoi même en garde, par contre une femme de 50 ans faudrait pas qu'elle nous fasse un tassement en tout cas pour le médecin traitant, pour moi si l'examen clinique est pas en faveur de quelque chose je le fais pas, en garde où je suis plus rapide où j'ai pas le dossier tout ça je suis plus large.

Plus maintenant (rires)... c'est sûr que maintenant quand je les vois qui racontent leur histoire ouais j'ai été comme ça (rires)non non maintenant ça me pose plus de problèmes... mais ça m'a posé des problèmes ça je suis tout à fait d'accord. Mais à partir du moment qu'on a la technique qu'on a l'écoute parce qu'en fait 9 fois sur 10 ils ont simplement besoin d'écoutedes cas où j'ai refusé et après que je m'en sois mordu les doigts j'ai pas de souvenirs qui me reviennent quoi...pourtant à la clinique et si on a le doute on fait voilà on est pason reste médecin et si y'a que la demande et que la clinique est pas concordante et que y'a rien qui est concordant y'a juste la demande et qu'on arrive à faire verbaliser que c'était inutile...mais quand des fois bon sur la répétition des fois plusieurs consultations sur la même demande des fois on hésite...

Oui pour le bon de transport j'en veux à la CPAM car elle nous dit qu'il faut limiter les transports et derrière « non vous demandez il vous le fera »...les administratifs hein....donc j'ai une famille que j'ai perdue à cause d'un refus d'un bon de transport qui était pas justifié qui était explicable...voilà c'est le seul truc c'est pas du médical pur....après j'ai perdu des patients je sais pas pourquoi ceci dit je cours pas après eux pour savoir donc probablement que peut être.... je vois bien y'a des patients que je vois plus je regarde dans le dossier pour voir s'ils sont toujours là ou pas là et je vois pourquoi ils ont changé mais c'est pas par rapport à un refus c'est plein de choses qui peuvent faire que à un moment donné on correspond plus ils veulent des jeunes enfin bon.....si c'est pas rapport à un refus j'ai qu'une famille en tête pour le bon de transport, et j'ai perdu toute la famille.

Je n'ai jamais eu de conflit avec les patients.

Répondre non ça s'apprend, l'expérience favorise ça c'est clair...mais par contre nos internes c'est là où je dis moi j'ai pas été formé par des SASPAS...le SASPAS ça c'est génial parce que quand on débrieife en fin de journée je dis ben tiens là pourquoi t'as fait ça et qu'on refait le chemin avec l'interne ben on s'aperçoit qu'il aurait pu faire différemment mais c'est pas grave l'important c'est d'en prendre conscience.

Oui mais y'avait vraiment pas de formation à l'époque moi j'ai pas passé l'internat nous on finissait on avait un an d'interne quelque part et après on s'installait hein....donc on a appris sur le tas. J'avais pas de maître de stage donc une formation m'aurait intéressée, maintenant avec les SASPAS à chaque fois on est amené à parler d'une indication, ils ont peut-être pas eu à dire non mais à partir du moment où on travaille la méthode et qu'on met en perspective, je pense que on n'a pas forcément besoin d'une formation si on l'a vécu plein de fois avec les stages. Par contre ce qui est important c'est de faire un cours sur la communication, ça il y a de la théorisation quand même, moi j'ai beaucoup appris dans des stages de formation continue où j'étais formé à la communication avec le patient où j'ai vu toutes les erreurs stratégiques que l'on fait, on parle trop (rires). C'est toujours intéressant de connaître la théorie.

Comprendre qu'est ce qu'il y a derrière la demande...si il y a une demande c'est que ça correspond à quelque chose, ce quelque chose tu peux y répondre ou ne pas y répondre, si tu peux y répondre et désamorcer les choses en expliquant que...mais faut pas s'entêter, je pense qu'à un moment donné ce qu'il faut c'est obtenir la compréhension du patient, si on l'a pas est ce qu'il faut céder ou pas céder bon... il faut essayer de comprendre la demande expliquer...quitte à les faire revenir y'a un moment donné on peut pas tout résoudre en un quart d'heure donc faut pas hésiter à dire écoutez j'ai pas trop compris votre demande mais je vois que c'est important pour vous, allez on en reparlera la prochaine fois et puis vous me direz vraiment, analysez pourquoi et on en reparlera je vous donnerai la réponse. Ce qu'il faut c'est comprendre j'en suis persuadé.

Entretien M6

Oui j'ai souvent ce type de demandes euh....alors d'abord y'a les demandes de prescription...euh alors surtout les antibiotiques, les somnifères j'ai beaucoup de demandes...ensuite les arrêts de travail... et surtout les demandes d'arrêt antitratés euh...les examens complémentaires aussi imagerie et biologie chez des gens qui réclament un bilan de contrôle alors qu'ils en ont eu un récemment... et les bons de transport aussi....voilà c'est les demandes les plus fréquentes qui me viennent en tête là.
Ah si aussi récemment j'ai eu un cas de demande de certificat psychiatrique par un patient qui était en situation irrégulière en France avec ses enfants et qui allait être expulsé...et il me demandait un certificat disant qu'il avait des troubles psychiatriques nécessitant des soins prolongés pour pouvoir rester en France.

Alors pour les demandes d'antibiotique par exemple j'explique d'abord pourquoi c'est pas justifiéet si je vois que le patient est borné ben je négocie en quelque sorte en lui disant ben que pour l'instant je lui prescris pas mais je me tiens à disposition pour le revoir si besoin et on verra à ce moment là....notamment pour les enfants je pense ça rassure les parents qui sont souvent inquiets devant la fièvre au moins ils se disent je pourrai les revoir rapidement si besoin....

Pour les somnifères je dis non en expliquant pourquoi et je propose des conseils ou alternatives plutôt....

En fait de manière générale j'essaye de toujours d'expliquer pourquoi je refuse.... Je me sers beaucoup des recommandations officielles.... j'explique mon examen clinique ... je m'appuie sur des outils comme le streptotest pour les angines c'est un très bon argument je trouve...et si ça suffit pas ben je propose plutôt des alternatives ou alors je leur dit ben pour l'instant je vous prescris pas cet examen mais si besoin on en reparle une prochaine fois...

Euh ben je pense notamment aux demandes d'arrêt de travail antédatsés qui me posent souci parce que théoriquement on a pas le droit mais bon après quand le patient nous dit oui mais j'ai appelé hier la secrétaire m'a dit qu'il n'y avait plus de place j'ai pas pu venir... ben quelque part ça nous fait culpabiliser un peu on se dit c'est de notre faute si on n'a pas pu lui faire l'arrêt le jour même donc ben j'accepte de le faire....d'autant plus si je connais le patient

Quand c'est clair que c'est pas justifié et qu'on peut s'appuyer facilement sur des recommandations ou des textes de loi c'est plus facile de dire non.... mais quand il y a un doute ou quand on est fatigué c'est la fin de semaine je pense on cède plus facilement...

J'essaye toujours de faire comprendre au patient qua sa demande est pas justifiée après....il m'arrive parfois de céder quand je vois que le patient est complètement borné et que je trouve pas d'autres solutions ou que j'ai pas envie de passer une heure à débattre avec lui parce que j'ai pas le temps.....

Dernièrement j'ai fait une visite à domicile déjà pas justifiée c'était parce que la patiente était fatiguée alors qu'elle avait la grippe et elle comprenait pas...(sourire) d'ailleurs c'est pas moi qui l'avait vue la semaine précédente et qui lui avait fait le diagnostic de grippe

donc peut être que déjà le médecin qui l'a vue a manqué d'explications sur l'évolution de la maladie, ce qui aurait peut-être pu éviter cette demande injustifiée.....et après l'avoir examinée elle m'a réclamé une prise de sang que je trouvais pas justifiée... mais bon vu qu'elle commençait à s'énerver et qu'elle voulait rien entendre ben je lui ai fait son ordonnance...tout en lui faisant bien comprendre que je n'étais pas d'accord mais je sentais que ça la rassurait aussi.

Alors quand j'ai l'impression qu'on me force à faire les choses c'est plus un sentiment de colère...après quand je vois que j'arrive pas à faire comprendre les choses au patient c'est plus ...de l'agacement...même un sentiment d'échec parfois. On se remet en question aussi parfois...

Après y'a toujours la crainte que le patient perde un peu confiance en nous.

Mais finalement j'ai jamais eu de souci particulier jusqu'à maintenant même si parfois on sent que les patients sortent de la consultation pas totalement satisfaits....mais j'ai pas senti de répercussion sur les consultations suivantes.

Si je sens que ça devient ingérable et que ça passe plus avec le patient j'hésite pas à lui dire qu'il est libre de changer de médecin traitant...si y'a plus cette notion de confiance dans la relation vaut mieux changer...

Oui je pense que quelques heures de formations notamment sur la communication ça peut toujours être utile...après c'est vrai qu'avec le temps et l'expérience on apprend à mieux gérer ces demandes...et on ose plus facilement dire non aussi je pense qu'on prend confiance en soi. C'est sûr qu'avec le manque de confiance en soi c'est beaucoup plus dur de refuser. C'est bien de pouvoir en parler aussi avec des collègues quand on a un souci ils peuvent nous donner leur avis et voir comment eux ils auraient fait c'est intéressant.

Je pense que dans ces situations il faut bien expliquer au patient les choses, rester ouvert à la discussion et disponible pour le revoir si besoin...et ne pas hésiter à demander l'aide d'un confrère aussi ça peut aider.

Entretien M7

Oui j'ai souvent des gens du voyage qui viennent me voir régulièrement pour des motifs qui sont complètement aberrants, enfin pas pour eux mais bon... nez qui coule machin et en fait y'a rien à faire, strictement rien à faire et je les ai minimum une fois par semaine (rires).

Tout dépend c'est vrai que quand c'est des trucs par exemple petit rhume je leur dit ben faut pas consulter pour des choses comme ça, quand c'est des choses non justifiées par exemple un certificat qui vient sur une plage d'urgence j'avoue que je leur fait pas le certificat et que j'ai tendance à pas être très gentil avec eux (rires). Je leur dit qu'on a beaucoup de travail, on a une personne qui est partie à la retraite on finit à 20h30-21h et qu'on peut pas se permettre de gérer des certificats ou des choses comme ça sur des plages d'urgence.

Ben je vois avec cette famille de gens du voyage j'ai beau leur expliquer ils reviennent tout le temps alors si c'est pas moi c'est le remplaçant ou l'interne, mais dans la famille ils sont 5 et je les vois toutes les semaines donc là malheureusement j'ai pas de solution.

C'est un peu exaspérant ce genre de situation, c'est vrai que des fois quand je regarde j'arrive le matin ou en début d'après-midi je regarde mon planning et je vois certains patients et qu'on voit régulièrement pour des motifs non justifiés ou peu justifiés c'est un peu exaspérant (soupir) c'est vrai qu'on peut avoir tendance à perdre patience.

Oui c'est sûr que ça a un impact sur la relation médecin patient, sur ce style de patient, même si on essaye de rester vigilant un jour à venir crier au loup tout le temps ils se feront avoir, effectivement on peut se faire avoir du coup en faisant moins attention.

Pas forcément euh....moi c'est vrai que je vois y'a un cas y'a pas très longtemps, je me suis assez agacé, je fais ma consultation et je me suis vraiment agacé mais en face ils se sont excusés c'est pas....je pense qu'ils se rendent pas compte, je pense vraiment qu'ils se rendent pas compte.

Je ne serai pas étonné que des patients aient changé de médecin suite à une situation comme ça ...je suis de moins en moins surpris.

Beaucoup des motifs on va dire non justifiés ou peu justifiés par exemple dans l'urgence ou voilà c'est de plus en plus fréquent etc'est vrai qu'on a de moins en moins de place pour les gérer donc forcément ça devient problématique. C'est là du coup effectivement

d'éduquer sa patientèle c'est important, mais même en essayant de les éduquer c'est pas forcément simple.

Je sais pas parce que oui on a eu quelques formations quand on était interne de relation médecin patient voilà....après je trouve qu'on apprend beaucoup sur le tas et effectivement selon la personnalité du praticien, selon ...on réagira pas tout à fait pareil même complètement différent selon tel ou tel médecin telle ou telle pratique et euh.... voilà.

Se protéger, pas se laisser marcher sur les pieds, mettre des règles.

Entretien M8

Oui, le plus fréquemment des demandes de certificat souvent euh... et alors souvent même là encore pire les demandes de certificat en urgence, je pense que c'est vraiment le pire...euh et oui certificats en tout genre, euh... notamment l'autre jour j'ai eu une dame qui m'a demandé un certificat pour pouvoir arrêter son abonnement Weight Watchers parce qu'elle avait plus envie de le faire en ce moment quoi... (rires)

Après euh.... souvent alors c'est principalement quand on est de garde avec les patients d'autres médecins qui viennent pour leur antibiotique parce que là ils ont un gros rhume et qu'ils se connaissent très bien et leur médecin aussi et qu'il leur faut un antibiotique tout de suite.

J'ai pas de méthode particulière. Après euh... c'est sûr que euh... mon attitude va pas être la même si on est le lundi matin à 10h ou le vendredi soir à 19h. Et euh...la stratégie va être plutôt de je me protège moi en fin de semaine et j'essaye d'expliquer en début de semaine mais j'ai pas de méthode bien établie pour dire non.

Oui je pense qu'il y a des situations qui sont plus faciles à gérer euh...après est ce que c'est la situation en elle-même qui paraît plus facile ou est-ce que euh... c'est l'état d'esprit dans lequel on aborde les choses qui rend la chose plus facile...je saurai pas dire...euh ouais comme ça là j'aurai pas de réponse bien établie. J'ai même plutôt l'impression que la situation va être plus facile quand moi je suis convaincue de mon truc et que de toute façon je suis pas là pour faire de la drague voilà ça va être plus facile pour moi...après si il y a des journées plus fatigantes je vais peut-être être moins armée pour faire face mais.... Oui j'aurai plutôt tendance à dire c'est pas la situation c'est plutôt l'état dans lequel je suis moi.

Quand je vois qu'en face j'ai beau commencer mon petit speech en disant...par exemple pour les antibiotiques en essayant d'expliquer, quand je vois qu'en face il n'y a pas du tout une attitude d'écoute... enfin voilà les gens on leur parle et il se passe rien derrière on voit aucune réaction et c'est juste commencer à soupirer parce que encore une qui essaye de me faire la morale voilà des fois au bout d'un moment on renonce oui.

Quand c'est mes propres patients notamment avec qui j'essaye quand même de faire de l'éducation, et quand je vois qu'on est toujours un peu au même stade, oui...il y a eu des fois où ça m'a contrarié de dire non parce que je me dis là j'ai l'impression de la braquer alors que c'est pas mon objectif de me braquer avec mes patients et euh... oui derrière j'ai ruminé un petit peu dessus.

Oui je pense des deux côtés, de mon côté je me suis sentie un peu blessée qu'on en soit encore à ce stade là et de l'autre côté j'ai eu l'impression que ...alors après est ce que c'était bon ben on l'a pas à notre merci comme on pensait l'avoir ... mais oui y'a eu quand même un petit....ça a changé un peu les choses dans la relation.

J'ai jamais bien eu de conflit avec un patient....si c'est arrivé une fois un conflit verbal en tout cas c'est monté un peu dans les tours et euh... et lui d'ailleurs je lui avais dit écoutez si mes méthodes de travail ne vous conviennent pas vous pouvez aussi changer de médecin traitant c'est pas un problème....donc il m'a répondu oui c'est ça on va changer de médecin traitant...moi je lui ai dit écoutez non mais d'accord on en est là... il m'a raccroché au nez et moi j'avais dit mais on arrête là quoi.... donc c'est moi qui ai décidé plus prendre en charge.

Oui même si je pense qu'effectivement on en parle maintenant un petit peu plus dans les cursus mais c'est vrai que alors...je sais pas si la formation changerait....en fait ce qu'il faut c'est pouvoir échanger avec les confrères parce que je pense que c'est plus important que de la formation derrière un bureau à expliquer les choses comment faire comment pas faire euh....je pense que le partage d'expérience est plus judicieux que la formation parce queil y a un milliard de situations si ce n'est plus et y'a des manières de réagir alors....c'est vrai que là cette année là je vais à une formation donc je vais voir si ça me donne des outils supplémentaires pour la communication dans ce genre de situation.

Je pense que le conseil serait plutôt.... en fait je pense que pour être bien professionnellement et éviter d'avoir à gérer des situations comme ça qui nous mettent à

mal je pense que d'entrée de jeu il faut poser des bases. Quand on s'installe on a envie de sauver l'humanité et de se plier en quatre pour les gens et de.... vraiment d'accéder à leurs demandes et en fait je pense que dès le début il faut savoir poser des règles, savoir leur expliquer qu'il y a des demandes qui sont pas recevables et leur expliquer pourquoi elles sont pas recevables, mais d'entrée de jeu je pense qu'il faut fixer un minimum les règles parce que derrière à trop vouloir être gentille, à trop vouloir mâcher les choses, à trop vouloir être au service, ben à la fin on nous prend pour un larbin et je pense que c'est dans ce genre de situation où les demandes même.... qui ont pas lieu d'être arrivent en fait. Je pense que moi j'ai une patientèle avec laquelle je suis plutôt cool, c'est vrai que par exemple l'un de mes collègues est beaucoup plus carré et je pense qu'il a bien moins de demandes injustifiées que moi je peux en avoir... parce que il y a la manière de faire qui est pas la même.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Piganeau.K. Quand la peur de se tromper vous empêche de dire non à vos patients. Le quotidien du medecin.fr. 2016. [En ligne] Disponible sur:

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/quand-la-peur-de-se-tromper-vous-empeche-de-dire-non-vos-patients>

(2) Le code de déontologie [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [visité le 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>

(3) Laplantine F. Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine. Paris, France: Payot; 1986. 411 p.

- (4) Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris, France: Editions Payot & Rivages; 1996. 418 p.
- (5) Truchet D. La décision médicale et le droit. 1995
- (6) Code de la sécurité sociale - Article L162-2-1. Code de la sécurité sociale.
- (7) Dagonnet F, Petit P. Pour une philosophie de la maladie: entretien avec Philippe Petit. Paris, France: Textuel; 1996. 104 p.
- (8) Molina N. L'automédication. Paris, France: Presses universitaires de France; 1988. 262 p.
- (9) Charra E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale: étude qualitative à partir de 4 focus group [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2012
- (10) Le point sur les simplifications administratives de l'exercice libéral : rationalisation des certificats médicaux. Direction de la Sécurité Sociale. Circulaire du 27 septembre 2011
- (11) Legifrance. (2004).Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- (12) cns2019.pdf [Internet]. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2019.pdf>
- (13) Mousquès J, Renaud T, Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale: la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, éditeur. Paris, France: CREDES; 2003. 111 p.

(14) Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015 - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.anism.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2015-Point-d-Information>

(15) Joly H. Médecine et modernité. Biomédecine 2000: faits et réflexions sur les systèmes de santé de l'an 2000. Editeur. Paris etc., France, Pays multiples: Technique et Documentation Lavoisier; 1995.

(16) Lucas DJ. L'évolution de la relation médecins-patients à l'heure d'Internet. 2010;11.

(17) Lucas DJ. La déontologie médicale sur le Web santé. Recommandations du conseil national de l'Ordre des médecins. CNOM, Paris. 2008

(18) HERZLICH C. 50 ans d'exercice de la médecine. 1993

(19) Flouret-Guyot C. *Prescription médicamenteuse en médecine générale : les attentes des français en cas de pathologies bénignes*. Thèse Médecine Nancy, Université Henri Poincaré.2011

(20) Goujon Boisdin E. *Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale*. Thèse Médecine. Université de Rouen Normandie; 2011.

(21) Médicaments : l'efficacité ressentie et le crédit accordé aux acteurs de santé confortent la confiance des Français [Internet]. Ipsos. 2013 [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/medicaments-lefficacite-ressentie-et-le-credit-accorde-aux-acteurs-de-sante-confortent-la-confiance>

(22) IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. *Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments*. Février 2005

(23) Britten, N. & Ukoumunne, O. (1997). The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ*, 6 dec 1997 ; 315, 1506-1510.

(24) Britten, N. Patients' expectations of consultations. *BMJ*, 21 fevr 2004 ;328, 416-417.

(25) Bradley, C. P. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practionners. *British Journal of General Practice*, 1992, 42, 454-458.

(26) LEVASSEUR G. SCHWEYER FX. *Les demandes des patients jugées « non fondées » par les médecins*. La Revue du Praticien Médecine Générale, février 2003, vol.17, no. 603, pp. 246-250.

(27) Sondage « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés » - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Actualite/A-la-Une/Sondage-Les-medecins-face-aux-pratiques-d-actes-injustifies>

(28) M.Juillard. *Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. Etudes quantitatives et qualitatives auprès des internes de médecine générale de Paris V. Thèse de médecine générale. Université de Paris V. 2015.*

(29) Galam.E, Dumas.F-R. Oser dire « non » avec sérénité. *La Revue du praticien Médecine générale*. 2007;21(788/789) :1079-1080.

(30) Junod.D. *Comment reconnaître le sur-diagnostic et rétablir des soins vrais ? Séminaire : quelles ruptures pour imaginer la médecine du futur ? APHP Université Paris 8*. 2011.

(31) *La revue du praticien. Introduction monographie sur la podologie*. 20 mars 2010

(32) Comment répondre en toute sérénité à une demande injustifiée. [Internet]. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/3636462/comment-répondre-en-toute-sérénité-à-une-demande-injustifiée>

(33) Code de la santé publique - Article R4127-50. Code de la santé publique.

(34) Rogers CR. Le développement de la personne. Paris: Dunod; 1998

(35) Bernon A, Lambert P. Le point de vue des internes de médecine générale concernant les demandes injustifiées: étude qualitative auprès des internes de la faculté de Montpellier-Nîmes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.

(36) Curchod C. Relations soignants-soignés: prévenir et dépasser les conflits. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2009.

(37) Barré T. Perception et attentes concernant la prescription médicamenteuse des patients consultant en médecine générale: approche qualitative [Thèse d'exercice de médecine]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2016.

(38) Arzur J. Le refus de prescription: impact sur la relation médecin-patient [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2011.

(39) Lavillenie-Coëffé M. La relation médecin-patient: enquête sur la demande jugée abusive dans la région Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2004.

(40) Ridd.M, Shaw.A, Lewis.G, Salisbury.C. The doctor-patient relationship : A synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. Br J Gen Pract. 2009;59:268-75

(41) Lofti.M. Un aspect de la relation médecin-malade les refus opposés aux demandes des patients: vécu de ces situations par le médecin généraliste installé et par le remplaçant. Thèse de médecine générale. Université de Paris 6. 2014.

(42) Vaquin C. Prévalence du burn out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Th D Méd, Paris V; 2007

(43) Lemasson.A, Gay.B, Lemasson.J, Duroux.G. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? Médecine, janvier 2006;2(1):38-42.

(44) Gerbaud.E, Julien.A-C. Déterminants de consultation amenant le Médecin Généraliste à céder a des demandes de prescriptions injustifiées et stratégies de refus. Thèse de médecine générale. Université d'Angers. 2016.

(45) Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/conseil-national-lordre-medecins>

(46) Les médecins prescriraient plus d'antibiotiques l'après-midi [Internet]. Medisite. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.medisite.fr/a-la-une-plus-de-chances-davoir-des-antibiotiques-en-allant-chez-le-medecins-lapres-midi.706144.2035.html>

(47) Meda L. Impact des demandes injustifiées des patients sur les médecins généralistes: enquête qualitative réalisée auprès de 12 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017.

(48) Jouve A. Les demandes des patients ressenties comme abusives par les médecins: expériences des médecins généralistes et stratégies de gestion : étude qualitative par entretiens auprès de dix médecins généralistes de la Drôme [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2017.

(49) Galam E. *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*. Commission Prévention et Santé Publique de l'URML d'Ile de France. Juin 2007

(50) Galam E. *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*. Commission Prévention et Santé Publique de l'URML d'Ile de France. Juin 2007

(51) Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. août 2009;167(6):422-428

(52) Michaut K, Nguyen K-V. Un aspect de la relation médecin-malade: les demandes refusées en médecine générale. Enquête qualitative réalisée à partir de focus-groups et d'entretiens individuels auprès de médecins généralistes de la région Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2011.

(53) Vacas.F. Conseil national de l'ordre des médecins. Observatoire pour la sécurité des médecins. 2018. [En ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1vmbct7/cnom_observatoire_securite_2018.pdf

(54) O'Reilly D, Gilliland A, Steele K, Kelly C. Reasons for patient removals: results of a survey of 1005 GPs in Northern Ireland. *Br J Gen Pract*. août 2001;51(469):661-3.

(55) Sarrazin-Martin.C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale. Thèse de médecine générale. Université de Poitiers, 2012.

(56) Boivin.J-M, Aubrege.A, Muller-Colle.F, De Korwin.J-D. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. *Revue du praticien médecine générale* 2003;17(604)293-297.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Attitudes et comportements des médecins généralistes face aux demandes des patients jugées injustifiées.

Résumé :

La relation médecin-patient a évolué, les patients devenant acteurs de leur santé, ce qui engendre des demandes ressenties comme abusives par les médecins et qui peuvent les mettre en difficulté.

L'objectif principal de la thèse est d'explorer les attitudes et comportements des médecins généralistes face aux demandes des patients jugées injustifiées.

Nous avons mené une étude qualitative auprès de 8 médecins généralistes en Auvergne, par entretiens semi dirigés, en s'intéressant à leur gestion vis-à-vis de ces demandes mais également sur leur ressenti au quotidien.

Les demandes injustifiées peuvent toucher toutes les prescriptions médicales et administratives, elles sont parfois répétées ou viennent de patients fermés.

Elles soumettent le médecin à des peurs de perte de la relation médecin-patient, de l'erreur, de conflit, et le confrontent au manque de temps ou à la fatigue

Le médecin doit savoir dire "non" explicitement, mais aussi expliquer, justifier et négocier, proposer des alternatives voire différer la demande.

Pour cela, il doit être convaincu, confiant, dans l'écoute et la reformulation, dans un dialogue ouvert, à la recherche de la demande cachée éventuelle

Sinon, il s'expose à des contrariétés, agacement, exaspération, voire colère, qui peuvent aboutir à un sentiment de dévalorisation, d'échec, voire de culpabilité.

Sa gestion fait appel à une formation initiale en autonomie, à des notions théoriques solides des bases de la communication, nécessite qu'il pose les règles dès le début et qu'il réalise l'éducation de sa patientèle tout au long de son exercice, qu'il acquière de l'expérience, et qu'il recoure à l'échange entre pairs pour surmonter les conflits.

Mots clés :

Relation médecin-patient – Communication - Demande abusive – Refus – Education
Argumentation

Jury :

- Président : Pr Philippe LAMBERT, directeur de thèse
- Membres : Dr François CARBONNEL,
Pr Michel DAVID,
Pr Marc GARCIA

Date de soutenance : 26 Janvier 2021

Auteur : DIAT Sonia