

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2012

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 3 septembre 2012 à Poitiers
Par Carole SARRAZIN épouse MARTIN

Gestion des relations médecin-patient conflictuelles
en médecine générale

(Enquête auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés)

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur José GOMES

Membres : Monsieur le Professeur Roger GIL
Monsieur le Professeur Jean- Louis SENON

Directeur de thèse : Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN
Monsieur le Docteur François BIRAULT



Le Doyen,

Année universitaire 2011 - 2012

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, Bactériologie-Virologie
2. ALLAL Joseph, Thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, Neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncérologie radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, Néphrologie
6. BURUCOA Christophe, Bactériologie-Virologie-Hygiène
7. CARRETIER Michel, Chirurgie générale
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DAGREGORIO Guy, Chirurgie plastique et Reconstructrice
11. DEBAENE Bertrand, Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale
12. DEBIAIS Françoise, Rhumatologie
13. DORE Bertrand, Urologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, Physiologie
16. FAUCHERE Jean-Louis, Bactériologie- Virologie (**surnombre**)
17. FAURE Jean-Pierre, Anatomie
18. FRITEL Xavier, Gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, Anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, Chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, Génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, Immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, Anatomie et Cytologie Pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, Hématologie et Transfusion
26. GUILLET Gérard, Dermatologie
27. HADJADJ Samy, Endocrinologie et Maladies métaboliques
28. HANKARD Régis, Pédiatrie
29. HAUET Thierry, Biochimie
30. HERPIN Daniel, Cardiologie et Maladies vasculaires
31. HOUETO Jean-Luc, Neurologie
32. INGRAND Pierre, Biostatistiques, Informatique médicale
33. IRANI Jacques, Urologie
34. KEMOUN Gilles, Médecine physique et Réadaptation (**détachement**)
35. KITZIS Alain, Biologie cellulaire
36. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
37. KRAIMPS Jean-Louis, Chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, Chirurgie infantile
40. LEVILLAIN Pierre, Anatomie et Cytologie pathologiques
41. MAGNIN Guillaume, Gynécologie-obstétrique (**surnombre**)
42. MARCELLI Daniel, Pédopsychiatrie (**surnombre**)
43. MARECHAUD Richard, Médecine interne
44. MAUCCO Gérard, Biochimie et Biologie moléculaire
45. MENU Paul, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
46. MEURICE Jean-Claude, Pneumologie
47. MIMOZ Olivier, Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale
48. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, Hépatogastro-Entérologie
49. NEAU Jean-Philippe, Neurologie
50. ORIOT Denis, Pédiatrie
51. PACCALIN Marc, Gériatrie
52. PAQUEREAU Joël, Physiologie
53. PERAULT Marie-Christine, Pharmacologie clinique
54. PERDRISOT Rémy, Biophysique et Traitement de l'Image
55. PIERRE Fabrice, Gynécologie et obstétrique
56. POURRAT Olivier, Médecine interne
57. PRIES Pierre, Chirurgie orthopédique et traumatologique
58. RICCO Jean-Baptiste, Chirurgie vasculaire
59. RICHER Jean-Pierre, Anatomie
60. ROBERT René, Réanimation médicale
61. ROBLOT France, Maladies infectieuses, Maladies tropicales
62. ROBLOT Pascal, Médecine interne
63. RODIER Marie-Hélène, Parasitologie et Mycologie
64. SENON Jean-Louis, Psychiatrie d'adultes
65. SILVAIN Christine, Hépatogastro- Entérologie
66. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, Rhumatologie
67. TASU Jean-Pierre, Radiologie et Imagerie médicale
68. TOUCHARD Guy, Néphrologie
69. TOURANI Jean-Marc, Cancérologie Radiothérapie, option Cancérologie (type clinique)
70. TURHAN Ali, Hématologie-transfusion
71. VANDERMARCO Guy, Radiologie et Imagerie Médicale
72. WAGER Michel, Neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens hospitaliers

1. ARIES Jacques, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
2. BEBY-DEFAUX Agnès, Bactériologie-Virologie-Hygiène
3. BEN-BRIK Eric, Médecine du travail
4. BOINOT Catherine, Hématologie et Transfusion
5. BOUNAUD Jean-Yves, Biophysique et Traitement de l'Image
6. BOURMEYSTER Nicolas, Biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, Bactériologie-Virologie-Hygiène
8. CATEAU Estelle, Parasitologie et Mycologie
9. CREMNITER Julie, Bactériologie, Virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
11. DIAZ Véronique, Physiologie
12. FAVREAU Frédéric, Biochimie et Biologie moléculaire
13. GRIGNON Bernadette, Bactériologie-Virologie-Hygiène
14. GUILLARD Olivier, Biochimie et Biologie moléculaire
15. HURET Jean-Loup, Génétique
16. JAAFARI Nematollah, Psychiatrie d'adultes
17. KARAYAN-TAPON Lucie, Cancérologie
18. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
19. MIGEOT Virginie, Santé publique
20. ROUMY Jérôme, Biophysique, Médecine nucléaire
21. ROY Lydia, Hématologie
22. SAPANET Michel, Médecine légale
23. TALLINEAU Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
24. TOUGERON David, Hépatogastro-Entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés

GAVID Bernard, médecine générale
SCEPI Michel, médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, Maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, Cancérologie Radiothérapie
3. GIL Roger, Neurologie
4. LAPIERRE Françoise, Neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, Rhumatologie
2. BABIN Michèle, Anatomie et Cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, Anatomie et Cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, Chirurgie générale (émérite)
5. BARRIERE Michel, Biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, Biophysique, Médecine nucléaire
7. BONTOUX Daniel, Rhumatologie (émérite)
8. BURIN Pierre, Histologie
9. CASTETS Monique, Bactériologie-Virologie – Hygiène
10. CAVELLIER Jean-François, Biophysique et médecine nucléaire
11. CHANSIGAUD Jean-Pierre, Biologie du développement et de la reproduction
12. CLARAC Jean-Pierre, Chirurgie orthopédique
13. DESMAREST Marie-Cécile, Hématologie
14. DEMANGE Jean, Cardiologie et Maladies vasculaires
15. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (émérite)
16. GOMBERT Jacques, Biochimie
17. JACQUEMIN Jean-Louis, Parasitologie et Mycologie médicale
18. KAMINA Pierre, Anatomie (émérite)
19. LARSEN Christian-Jacques, Biochimie et biologie moléculaire
20. MAIN de BOISSIERE Alain, Pédiatrie
21. MARILLAUD Albert, Physiologie
22. MORIN Michel, Radiologie, Imagerie médicale
23. PATTE Dominique, Médecine interne
24. PATTE Françoise, Pneumologie
25. POINTREAU Philippe, Biochimie
26. REISS Daniel, Biochimie
27. RIDEAU Yves, Anatomie
28. SULTAN Yvette, Hématologie et transfusion
29. TANZER Joseph, Hématologie et transfusion (émérite)

Remerciements

A Monsieur le Professeur José GOMES

Professeur des Universités de Médecine Générale

Je vous remercie pour votre soutien et votre écoute chaleureuse durant mon internat. Aujourd'hui vous nous faites le grand honneur de présider cette thèse de médecine générale. Veuillez accepter l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Roger GIL

Professeur émérite des Universités, Ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Poitiers

Votre enseignement de l'éthique m'a guidé quotidiennement dans l'exercice de la médecine. Je vous prie d'accepter le témoignage de ma profonde estime et vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Professeur des Universités, Chef de service de Psychiatrie Adulte du Centre Hospitalier et Universitaire de Poitiers

Ce sujet de thèse m'a rappelé avec nostalgie mes premières années lorsque vous m'enseigniez la psychiatrie sur les bancs de la faculté. Je vous suis vivement reconnaissante de l'honneur que vous me faites en jugeant ce travail.

A Madame le Docteur Stéphanie GRANCOLIN

Médecin Généraliste à Poitiers

Je vous remercie d'avoir dirigé cette thèse, de m'avoir guidée, encouragée et soutenue tout au long de sa réalisation. Merci pour votre disponibilité, votre dévouement et votre gentillesse.

A Monsieur le Docteur François BIRAULT

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir collaboré à ce travail avec générosité, enthousiasme. Vous m'y avez apporté de précieux conseils. Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse.

A tous les médecins qui m'ont accueilli lors de l'enquête dans leur intimité professionnelle.

A Carole, Soizick et Ghislaine pour leurs regards avisés durant l'analyse.

A mes anciens maîtres de stage et professeurs, pour l'enseignement qu'ils m'ont apporté.

A Sébastien pour son amour, sa patience et son grand soutien tout au long de ce travail.

A Liliane, Isabelle et Xavier pour leur relecture attentive et leurs remarques pertinentes.

A Elodie pour ses conseils et ses encouragements.

A tous ceux qui m'ont soutenu pendant cette thèse.

Table des matières

I. Introduction.....	11
I.1. La problématique.....	11
I.1.1. La genèse des conflits.....	11
I.1.2. L'évolution des relations médecin-patient	11
I.1.3. Les apports de la littérature	13
I.2. Question de recherche	13
I.3. Hypothèses de recherche	13
I.4. Objectif de l'étude	14
II. Méthode.....	15
II.1. Recherche bibliographique.....	15
II.2. Méthodologie de l'enquête.....	16
II.2.1. Type d'étude	16
II.2.2. Population étudiée.....	16
II.2.3. L'enquête.....	17
II.2.4. Retranscription et anonymisation des données	17
II.2.5. Analyse des résultats.....	18
II.2.6. Considérations éthiques.....	19
III. Résultats.....	20
III.1. Médecins interrogés.....	20
III.1.1. Caractéristiques démographiques	20
III.1.2. Formation reçue en relation médecin-patient	21
III.1.3. Critères d'une bonne relation	22
III.1.4. En résumé.....	25
III.2. Patients présentés	26
III.2.1. Caractéristiques démographiques	26
III.2.2. Institution de la relation.....	26
III.2.3. Pathologies et motifs de consultation.	28
III.2.4. Relations des patients avec leur entourage.....	29
III.2.5. En résumé.....	30
III.3. Motifs des conflits	31
III.3.1. Les reproches des patients.....	31

III.3.2.	Ce que les médecins vivaient mal	34
III.3.3.	En résumé.....	40
III.4.	Contexte des conflits	41
III.4.1.	Influence du contexte	41
III.4.2.	Contexte des médecins	41
III.4.3.	Contexte des patients	45
III.4.4.	Les médias	46
III.4.5.	En résumé.....	46
III.5.	Attitudes des médecins	47
III.5.1.	L'écoute du patient	47
III.5.2.	Le non-verbal du médecin.....	47
III.5.3.	Le verbal	48
III.5.4.	Les décisions.....	55
III.5.5.	Variabilité des attitudes	64
III.5.6.	En résumé.....	67
III.6.	Attitudes des patients	68
III.6.1.	Le non-verbal du patient.....	68
III.6.2.	Le verbal	69
III.6.3.	Les actes	72
III.6.4.	En résumé.....	74
III.7.	Ressenti du conflit	75
III.7.1.	Définition du conflit	75
III.7.2.	Prévalence	76
III.7.3.	Les stades du conflit	78
III.7.4.	Les situations présentées.....	86
III.7.5.	En résumé.....	90
III.8.	Conséquences des conflits	91
III.8.1.	Sur les médecins.....	91
III.8.2.	Sur les patients décrits	92
III.8.3.	Sur d'autres patients	94
III.8.4.	Sur la société	95
III.8.5.	En résumé.....	95
III.9.	Ressources	96

III.9.1.	La relation avec le patient.....	96
III.9.2.	Le médecin lui-même.....	104
III.9.3.	Le recours au tiers.....	105
III.9.4.	En résumé.....	111
IV.	Discussion.....	112
IV.1.	Discussion de la méthode.....	112
IV.2.	Discussion des résultats.....	116
IV.2.1.	Des facteurs de risque ?.....	116
IV.2.2.	Typologie des attitudes.....	119
IV.2.3.	Le ressenti des médecins.....	126
IV.2.4.	Des conséquences graves.....	127
IV.2.5.	Des compétences spécifiques.....	130
V.	Conclusion.....	135
VI.	Bibliographie.....	136
VII.	Listes des Annexes.....	146
VII.1.	Invitation à l'enquête.....	146
VII.2.	Guide d'entretien.....	146
VII.3.	Les entretiens.....	146
VII.4.	Code de Déontologie Médicale.....	146

« Résoudre un conflit c'est chercher un nouvel ajustement créatif dont chacun puisse espérer un mieux être. »

Dominique PICARD & Edmond MARC
« Les Conflits Relationnels »

I. Introduction

I.1. La problématique

I.1.1. La genèse des conflits

La confiance mutuelle et le respect réciproque fondent la relation médecin-patient ⁽¹⁻³⁾. Le médecin doit être compétent, discret et empathique ⁽¹⁻³⁾.

Pourtant, malgré les efforts de chacun pour respecter ces principes, «*la relation entre malade et médecin [serait] souvent insatisfaisante, voire malheureuse*» ⁽⁴⁾.

Des désaccords peuvent surgir entre médecins et patients ⁽⁵⁾. Le contexte limite parfois la qualité de l'échange et la compréhension mutuelle ⁽⁶⁾. Chacun émet alors un jugement négatif sur l'autre ⁽⁶⁻¹⁰⁾. Les désaccords, incompréhensions et transferts négatifs sont à l'origine des conflits ^(5, 6, 11).

Selon Savoldelli, le conflit est une situation de «*tension interne ou externe pouvant potentiellement causer des dommages*» ⁽⁵⁾. Son expression est variable. Il peut être «*latent*», ou «*ouvert*» avec une hostilité affichée envers l'autre ^(7, 12). Le conflit est le fruit d'une «*situation relationnelle structurée autour d'un antagonisme*» ⁽¹¹⁾.

I.1.2. L'évolution des relations médecin-patient

I.1.2.1. La place dans la décision médicale

L'antagonisme en question peut concerner la décision médicale ^(3, 13). Toujours problématique, le partage de la décision n'est que récent. Différents modèles sociologiques ont illustré ce changement.

Le modèle paternaliste primait en médecine depuis Hippocrate ⁽¹⁴⁾. Défini par Parson dans les années 1950 ⁽¹⁵⁾, il se basait sur trois postulats : le pouvoir des soignants, l'ignorance et la soumission des malades ⁽⁶⁾. Dans ce modèle, le médecin savait et décidait seul pour le bien du malade ^(14, 16, 17). Selon le Code de déontologie de 1947 «*le médecin [devait] s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision*» ⁽¹⁸⁾. Le patient devait coopérer ⁽¹⁵⁾ et rester passif ⁽¹⁶⁾. Des conflits pouvaient surgir si le patient refusait cette soumission ⁽¹⁵⁾.

Dans les années 1970, la remise en cause du paternalisme conduit à définir un nouveau modèle de relation. Le sociologue Freidson développe alors le modèle conflictuel ⁽¹⁵⁾. Selon lui, le médecin ne serait ni altruiste, ni dévoué ^(15, 17) mais lutterait pour conserver son monopole sur la santé ⁽¹⁵⁾. Les patients eux lutteraient pour être plus considérés ⁽¹⁵⁾. La confrontation entre savoir médical et croyances profanes, logique de soins et préférences du patient favoriseraient les conflits ⁽¹⁵⁾.

Le modèle négocié apparaît dans les années 1990. Selon Strauss, les positions hiérarchiques et les décisions ne sont plus figées ⁽¹⁵⁾. La relation est centrée sur le partage du pouvoir ⁽¹⁵⁾. Dans cette optique, a eu lieu en 2001 la première conférence sur la décision médicale partagée ⁽¹⁸⁾.

La décision médicale se centre davantage sur le patient avec l'émergence du modèle autonomiste. 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* »⁽¹⁸⁾. Le médecin devient un conseiller technique⁽¹⁹⁾. Ce modèle peut poser problème chaque fois que les préférences du patient vont contre son intérêt ou celui du système de soins⁽¹⁴⁾. Le patient peut remettre en cause le diagnostic et la prise en charge⁽²⁰⁾.

1.1.2.2. La médiatisation

« *L'accès à des sources d'information de plus en plus étendues [peut] conduire à des revendications et des comportements qui ne correspondent ni à la culture du monde soignant, ni à une saine relation thérapeutique* »⁽⁶⁾

Insistant sur les erreurs médicales⁽²¹⁾, les médias pourraient altérer la confiance des patients^(3, 21, 22). Certaines informations diffusées sont approximatives mais prises pour vérités par les patients et opposées aux médecins⁽²³⁾. Certains patients refusent alors des traitements⁽³⁾. D'autres peuvent être déçus de n'avoir pas reçu le nouveau traitement miracle plébiscité dans les revues grand public^(8, 12).

1.1.2.3. Des tensions grandissantes

Les médecins se disent de moins en moins satisfaits⁽²²⁾. 75 % estiment que les malades sont devenus plus exigeants⁽²⁴⁾. Certains craignent de perdre leur autonomie professionnelle⁽²²⁾ et de devenir des prestataires de services⁽¹⁹⁾.

Les attentes des patients seraient grandissantes⁽²²⁾. Ils exigeraient une plus grande disponibilité des médecins⁽²²⁾ et l'obligation de résultats⁽⁸⁾, sans tenir compte des limites des médecins⁽³⁾. Leurs attentes dépasseraient le champ médical pur, au profit du médico-social et du socio-administratif⁽¹⁹⁾.

Les procès pour fautes professionnelles se multiplient^(8, 19). La judiciarisation induit des stratégies de médecine « défensive » altérant les relations médecin-patient⁽²²⁾.

Les agressions de médecins se multiplient⁽²⁵⁾. Sur 2011, l'Observatoire sur la Sécurité des Médecins a enregistré 822 déclarations, soit 171 de plus que la moyenne décennale⁽²⁵⁾. 60% concernaient des généralistes⁽²⁵⁾. 53% des agressions étaient commises par des patients⁽²⁵⁾. Dans 70% des cas, il s'agissait de violences verbales (injures ou menaces)⁽²⁵⁾.

1.1.2.4. Les conséquences possibles

Outre la violence, le conflit peut générer de la souffrance⁽²⁶⁾. Il pourrait favoriser l'émergence du burn out⁽²⁷⁾.

Les difficultés relationnelles peuvent nuire à la qualité des soins^(2, 6). L'erreur médicale serait facilitée par une communication défailante⁽²⁸⁾, la colère ou la démotivation du médecin⁽²⁹⁾. L'observance peut diminuer du fait d'une méfiance du patient ou de la mauvaise compréhension de sa pathologie⁽³⁰⁾. Quand la relation aboutit à une rupture de relation, le patient risque de subir une discontinuité des soins⁽³¹⁾.

I.1.3. Les apports de la littérature

Quelques thèses françaises abordent le conflit soignant-soigné^(12, 20). Une explore le versant juridique⁽¹²⁾. D'autres évoquent le rôle favorisant des sautes d'humeur⁽¹³⁾ et du contexte dans le conflit^(8, 20). Elles donnent quelques conseils, comme délivrer une information claire sur la prise en charge et s'assurer du consentement aux soins⁽¹²⁾. Pour résoudre le conflit, elles recommandent de reconnaître le problème^(8, 20), chercher à connaître et comprendre le patient⁽²⁰⁾. Elles rappellent que « *respecter la dignité du patient c'est proposer, et non pas imposer la prise en charge* »⁽⁸⁾.

Le conflit aboutit parfois à des ruptures de relations. Celles-ci ont été étudiées dans les pays anglo-saxons⁽³¹⁻³⁶⁾. En Grande Bretagne, les ruptures interviennent au terme d'un long processus conflictuel ou de situations jugées intolérables⁽³¹⁾. Elles sont souvent suggérées et implicites^(31, 32). La médiation serait peu employée⁽³²⁾. Les américains ont établi une procédure standardisée pour rompre avec un patient^(35, 36).

Les comportements des médecins généralistes lors de conflits avec leurs patients n'ont jamais été étudiés en France. Nous ne savons ni ce qu'ils disent, ni ce qu'ils font.

I.2. Question de recherche

Au vu de notre problématique, nous nous posons cette question :

Comment les médecins généralistes en France se comportent-ils en cas de conflit relationnel avec leurs patients ?

Différentes attitudes sont possibles :

- ✓ Le médecin peut agir sans tenir compte du problème relationnel ou faire évoluer la relation.
- ✓ Il peut verbaliser son désaccord au patient. Le conflit n'est pas toujours négatif^(1, 37).
- ✓ Il peut recourir à une tierce personne : un proche du patient, un autre soignant, un médiateur. La médiation est encouragée en France⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.
- ✓ Il peut rompre la relation. L'article 47 du code de déontologie médicale rappelle que « *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* »^(41 art. 47).

I.3. Hypothèses de recherche

Suite à nos recherches bibliographiques, nous avançons les hypothèses suivantes :

- ✓ Le maintien des relations serait majoritaire, même en cas d'insatisfaction.
- ✓ Le recours à une tierce personne serait rare avant litige.
- ✓ La rupture de relation serait utilisée par les médecins en dernier recours. Elle serait plutôt implicite, peu informative, et mal vécue.
- ✓ Les procédures recommandées en cas de rupture seraient méconnues.

I.4. Objectif de l'étude

L'objectif de notre étude est d'explorer les attitudes des médecins généralistes en cas de conflit avec leurs patients.

Cela concerne :

- ✓ Leur communication : évocation du conflit avec le patient.
- ✓ Leurs actes : poursuite ou arrêt de relation, recours à une aide extérieure.
- ✓ Leur ressenti : le conflit a-t-il engendré des difficultés particulières ?

Les buts de cette démarche sont :

- ✓ La meilleure connaissance de leurs habiletés à gérer les situations conflictuelles.
- ✓ L'identification de leurs éventuelles difficultés.
- ✓ Le recensement des ressources utiles à la résolution des conflits médecin-patient.

II. Méthode

II.1. Recherche bibliographique

La recherche des références bibliographique a été effectuée à partir :

- ✓ De bases de données internautes :
 - PubMed (Site de la NLM, National Library of Medicine).
 - CISMéF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française).
 - Science direct.
 - Les revues en ligne via le Service Commun de Documentation de l'Université de Poitiers.
 - Le SUDOC (Système Universitaire de Documentation).
- ✓ De sites officiels : Conseil National de l'Ordre des Médecins, Académie Nationale de Médecine, Assurance Maladie, Légifrance.
- ✓ Du moteur de recherche Google.
- ✓ De la littérature grise : via la bibliographie des articles trouvés, le site Amazon, la consultation des sections « psychologie » en librairie, et sur les conseils des co-directeurs de thèse.

Elle fut complétée par:

- ✓ Des échanges bibliographiques sur le burn out, la décision partagée, les méthodes d'enquête avec d'autres internes de médecine générale.
- ✓ Des supports de présentation issus de congrès ou de séminaires portant sur les relations médecin-patient.
- ✓ Des documents de méthodologie fournis par les co-directeurs de thèse.

Les recherches concernant la littérature française ont été effectuées principalement avec les mots « relation médecin-malade », « relation médecin-patient », « conflit », « patient difficile », « refus de soins », « médecine générale ».

Les recherches sur la littérature anglo-saxonne ont été effectuées principalement à l'aide des mots-clés « physician-patient relations », « communication », « refusal to treat », « decision making », « conflict ». Ces mots-clés ont été déterminés à partir des références du « MeSH bilingue » sur le site de l'Inserm (Institut National Scientifique d'Etudes et de Recherches Médicales). Les « MeSH » correspondent à « Medical Subject Headings ». Ce sont les mots-clés de référence pour effectuer une recherche sur PubMed.

II.2. Méthodologie de l'enquête

II.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête qualitative transversale par entretiens individuels semi-structurés ⁽⁴²⁾ sur des médecins volontaires, au sujet de relations conflictuelles avec leurs patients, quelle qu'en soit l'issue.

II.2.2. Population étudiée

Nous avons recruté un échantillon volontaire de médecins généralistes installés, à activité régulière et libérale.

Le recrutement fut guidé par « méthode de proche en proche » ^(43, 44).

Cette méthode, appelée aussi « boule de neige » consiste à identifier de potentiels participants à l'enquête à partir des personnes déjà interviewées ^(43, 44).

Ainsi, les trois premiers entretiens (A à C) ont été sollicités auprès de connaissances du directeur de thèse.

Puis fut demandé à chaque interviewé de donner le nom d'autres médecins potentiellement volontaires. Les médecins issus de cette liste furent contactés par téléphone. Des rendez-vous furent pris avec les volontaires qui ont pu être contactés facilement, et ainsi de suite.

Une pré-rédaction des informations à délivrer au médecin lors du recrutement fut effectuée pour standardisation (Voir Annexe I). En cas de secrétariat, l'enquêtrice demandait si elle pouvait parler directement au médecin. Les informations délivrées concernaient :

- ✓ La présentation générale du sujet ⁽⁴²⁾ : les relations médecin-patient conflictuelles.
- ✓ Les modalités d'enquête ⁽⁴²⁾ : entretien semi-structuré enregistré, de durée estimée initialement à 30 minutes ⁽⁴²⁾, avec garantie d'un anonymat et d'un droit de regard.
- ✓ La préférence pour un entretien in-situ, au cabinet du généraliste ⁽⁴³⁾.

Le nombre de médecins à recruter a été estimé à 30, du fait d'une variabilité attendue des résultats selon les caractéristiques de l'échantillon ⁽⁴²⁾ (sexe, âge, expérience médicale, formation théorique au relationnel médecin-patient).

30 médecins généralistes furent contactés. Hormis l'effet boule de neige, trois médecins ont été contactés directement (D, J et Q), et un s'est proposé spontanément volontaire (E) après avoir capté une conversation informelle sur l'enquête. L'arrêt effectif du recrutement a été déterminé selon un critère de saturation des données, c'est-à-dire après l'absence de nouvelle donnée pertinente au bout de trois entretiens successifs ⁽⁴²⁻⁴⁵⁾.

Finalement, 20 médecins sur 30 ont accepté la rencontre.

Concernant les 10 autres médecins ⁽⁴³⁾ : un a refusé pour manque de temps, un autre s'est rétracté, huit médecins n'étaient pas directement joignables (secrétaire qui leur a laissé un message non abouti).

II.2.3. L'enquête

La méthode choisie fut celle des entretiens individuels semi-structurés. Il s'agit de recueillir des informations lors d'un tête-à-tête avec la personne enquêtée ⁽⁴³⁾, via l'emploi de questions pertinentes en lien avec le sujet. Celles-ci sont introduites le plus naturellement possible dans la conversation ^(42, 46). Elles encouragent une expression fidèle et précise de l'enquêté, avec explicitations de l'ambigu ⁽⁴⁴⁾. L'enquêteur doit adopter une attitude ouverte et bienveillante, sans conseil ni jugement ⁽⁴⁴⁾.

Un guide d'entretien fut élaboré avant l'enquête, sur la base des premières recherches bibliographiques ⁽⁴²⁻⁴⁴⁾ (Voir Annexe II). Son introduction pré-rédigée ⁽⁴²⁾ rappelait le sujet, les modalités d'enquête pour recueil d'un consentement oral. Puis elle invitait les médecins à s'exprimer sur une situation conflictuelle qu'ils avaient eux-mêmes vécue, de préférence récente ou éprouvante, avec un patient de plus de 18 ans. Le sujet n'incluait pas les situations portant sur des patients mineurs, sur l'entourage du patient, sur les proches du médecin (partenaire, famille, amis). Suivait une trame de questions ouvertes avec relances et clarifications ⁽⁴²⁾, visant à explorer le contexte, les ressources et attitudes du médecin, les conséquences du conflit ⁽⁴²⁾. L'accent était porté sur le ressenti du médecin face à cette situation, puis sur ses représentations générales des relations médecin-patient difficiles. La conclusion lui permettait d'ajouter une réflexion personnelle ⁽⁴²⁾.

Une pré-enquête a été réalisée en juillet 2011 sur une remplaçante en médecine générale connue de l'enquêtrice (Voir Annexe III) afin d'évaluer la pertinence du guide ⁽⁴²⁾. Celui-ci a finalement été réajusté suite à l'entretien B (reclassement par rubriques).

Lors de l'enquête :

- ✓ 20 médecins ont été interviewés par la thésarde, entre septembre 2011 et mai 2012.
- ✓ Les entretiens ont duré de 23 à 91 minutes (moyenne de 48 minutes).
- ✓ 17 furent réalisés au cabinet du médecin, 3 en dehors pour convenances personnelles.
- ✓ Les données ont été enregistrées sur dictaphone numérique ^(42, 47). Les interruptions ont été notées ⁽⁴⁶⁾.
- ✓ Après chaque entretien, le contexte et les impressions de l'enquêtrice ont été reportées dans un journal.

II.2.4. Retranscription et anonymisation des données

Chaque entretien a été renommé sous une lettre de l'alphabet ⁽⁴⁶⁾ par ordre chronologique de réalisation.

Les données ont d'abord été retranscrites intégralement, sur support informatique par l'enquêtrice, en incluant des éléments paralinguistiques entre parenthèses ⁽⁴⁷⁾.

Puis celles pouvant nuire à l'anonymat du médecin ont été discrètement modifiées ^(42, 46). Ainsi les dates furent transformées en durée, les activités extra professionnelles rendues plus évasives. Les noms de lieux et des proches des médecins ont été remplacés ^(44, 47) par une lettre alphabétique choisie au hasard. Ces modifications apparaissent en italique dans les entretiens. Les données entièrement supprimées pour la confidentialité ou sur demande du médecin apparaissent entre crochets.

Les interventions furent nommées par ordre d'apparition, avec pour préfixe la lettre d'entretien pour celles du médecin. Celles de l'enquêtrice reçurent le préfixe « CMS ».

II.2.5. Analyse des résultats

Chaque entretien retranscrit fut l'objet d'une autocritique systématique des interventions de l'enquêtrice, pour affiner la pertinence des interventions ultérieures et se familiariser avec les données. Ainsi furent évalués le type d'intervention ⁽⁴⁴⁾ (consigne, sous type de relance) et la correspondance entre questions posées et réponses obtenues. Ces autocritiques ont été soumises aux co-directeurs de thèse.

Puis fut effectuée une analyse thématique transversale ⁽⁴²⁾ des résultats.

Il s'agit d'une méthode d'analyse « *principalement descriptive* » qui vise à « *cerner par une série de courtes expressions (les thèmes) l'essentiel d'un propos ou d'un document, en rapport avec l'orientation de recherche, puis à regrouper ces thèmes de manière organisée en un raisonnement* » ⁽⁴⁸⁾. Chaque thème est associé aux extraits de témoignages qui ont la même unité de signification ⁽⁴³⁾.

L'analyse a été conduite selon le principe d'approche cadrée ⁽⁴³⁾.

Ainsi fut réalisé un premier codage descriptif avec repérage linéaire des thèmes suivant une démarche inductive et relevé à côté du texte ⁽⁴⁸⁾. L'attention fut portée sur le niveau d'inférence pour limiter toute subjectivité ⁽⁴⁸⁾. Les formulations ambiguës dans le verbatim ont été écartées du codage ⁽⁴⁸⁾. Puis chaque entretien a fait l'objet d'un relevé de thèmes ventilé ⁽⁴⁸⁾, reprenant les thèmes associés aux extraits de témoignages, reclassés selon les rubriques du guide d'entretien. Ces relevés de thème ont été adressés aux co-directeurs de thèse pour lecture. Ce codage a été réalisé au fur et à mesure des entretiens, entre septembre 2011 et juin 2012. Les rubriques des relevés de thème ont discrètement évoluées, selon le principe de thématization continue ⁽⁴⁸⁾.

Le codage descriptif fut multiple. Hormis l'enquêtrice, 4 personnes y ont participé :

- ✓ Le co-directeur de thèse, via le logiciel Mindjet (pour Test et A), pour aide méthodologique.
- ✓ Une interne de médecine générale (entretiens A à Q).
- ✓ Une remplaçante en médecine générale (entretiens A à H, Q à T).
- ✓ Un professeur de français a analysé les entretiens Q à T.

La multiplicité du codage, ou triangulation du chercheur, vise à limiter la subjectivité du chercheur par la confrontation avec d'autres analystes, ainsi qu'à mettre en évidence des thèmes inaperçus auparavant ^(43, 45, 49).

Le regroupement thématique ⁽⁴⁸⁾ ou codage axial ⁽⁴³⁾ a été réalisé à l'aide du logiciel QSR N Vivo version 9, en reprenant les thèmes de chaque analyste et en les organisant pour constituer une représentation synthétique et structurée, sous forme d'un arbre thématique ⁽⁴⁸⁾. Les catégories ont été comparées entre elles, redéfinies et réduites en nombre au cours de l'analyse ⁽⁵⁰⁾. Les fichiers N Vivo furent conservés après saisie des thèmes de chaque entretien, pour pouvoir s'y référer ultérieurement si besoin.

II.2.6. Considérations éthiques

Le consentement oral du médecin ^(51, 52) a été recueilli lors du recrutement et en début d'entretien. Il a été rappelé aux médecins leur droit de refus ou de retrait de l'étude à tout moment ^(51, 52).

La garantie d'anonymat ^(46, 51, 52) aux médecins était fournie via l'anonymisation des données.

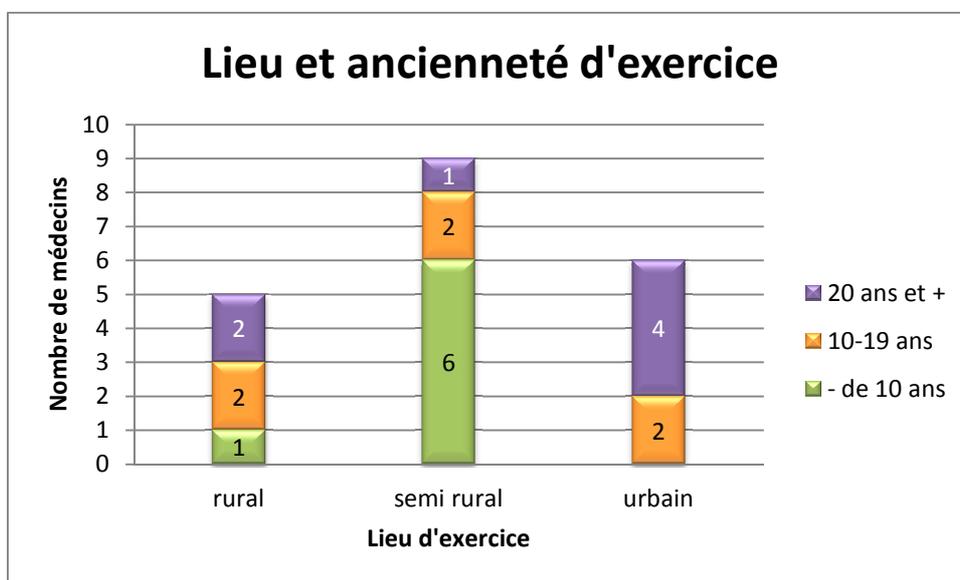
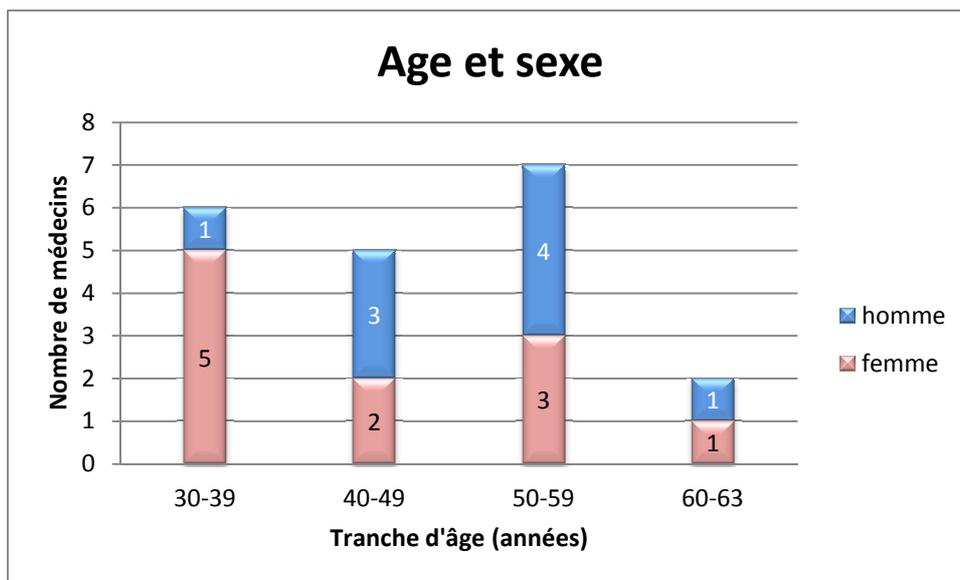
Conformément à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) ^(42, 51), les médecins avaient un droit de regard sur les données fournies, en matière d'accès et de rectification. Cette démarche suivait les principes de finalité (usage exclusif pour la thèse, sauf accord pour utilisation ultérieure), de transparence, et de sécurité (informations limitées aux personnes autorisées).

III. Résultats

III.1. Médecins interrogés

III.1.1. Caractéristiques démographiques

Sur 20 médecins interrogés, on comptait 11 femmes pour 9 hommes, âgés de 30 à 63 ans.



5 exerçaient en secteur rural¹, 9 en semi-rural, 6 en urbain (dont un en secteur 2). 14 exerçaient la médecine de groupe. 9 étaient maîtres de stage.

¹ Rural (commune < 2 000 habitants), Semi-rural (2 000 – 10 000 habitants), Urbain (>10 000 habitants).

III.1.2. Formation reçue en relation médecin-patient

III.1.2.1. Formation initiale

La majorité des médecins interrogés estimait n'avoir pas reçu de formation théorique initiale pertinente ; le tiers a même dit n'en avoir reçu aucune (F, G, H, I, K, L, O, R).

G122 « Y'avait pas d'enseignement pendant les études de médecine sur ces relations médecin - patient. »

Ils soulignaient la nouveauté des formations sur ce sujet (O).

O148 « Aujourd'hui les formations des médecins généralistes sont quand même beaucoup plus ouvertes sur le relationnel, sur l'écoute, sur le comment, « comment être », et que ce « comment être » c'était rien du tout pendant très longtemps. C'est tout nouveau que ça arrive dans la formation médicale. »

A cette absence de formation, ils opposaient leur expérience (F, H, I, N).

I86-87 « Rien....Enfin si, celle du quotidien ! Et croyez-moi, je pense qu'elle est pas mal ! »

Quelques médecins estimaient néanmoins avoir été sensibilisés :

✓ Aux notions de psychiatrie (D, P, S) :

S81 « J'ai fait des consultations avec un pédopsychiatre ... j'apprenais beaucoup. »

➤ Sur l'importance du transfert/contre-transfert (P).

P127 « J'ai été quand même pas mal sensibilisée à la relation, au transfert/contre-transfert. »

✓ En matière de communication (K, Q, T):

➤ Sur l'importance du non-verbal (K).

K95 « J'avais fait un stage avec un médecin quand j'étais étudiante et qui expliquait voilà ne serait-ce aussi que l'attitude physique peut jouer. »

➤ Sur la technique de reformulation (Q).

Q130 « La fac ! » CMS133 « ...ça vous a donné des techniques ? » Q135 « La reformulation.

✓ A la spécificité de la relation médecin-patient en médecine générale (T).

T91 « J'ai eu la chance de faire un stage ...de six mois chez ... une médecin généraliste... très à l'écoute de ses patients et qui avait aucun problème de communication ; elle m'a appris énormément je pense. »

T92 « D'autant que quand ... On est à l'hôpital...somme toute, c'est nous l'autorité. ... On n'est pas du tout dans le même type de relation. Donc quelque part quand... on fait un stage en médecine générale, bah on n'est pas du tout dans le même rapport soignant-soigné. »

III.1.2.2. *Formation médicale continue*

Les deux tiers des médecins avaient lu ou participé à des séminaires sur :

- ✓ Les patients difficiles (D, E, O, P, S).
- ✓ L'adaptation au type de personnalité (E, L).
- ✓ Les techniques de communication (D, N).
- ✓ L'analyse transactionnelle (A, E).
- ✓ La manipulation (E).
- ✓ La bonne distance (C).
- ✓ L'approche systémique (E, N).

L'un d'entre eux avait réalisé un travail de recherche sur la relation médecin-patient.

Parmi ces médecins, la moitié avait participé à des groupes de parole :

- ✓ Groupe Balint (C, E, J).
- ✓ Groupe de pairs (C, N).

Un tiers des médecins n'avait fait aucune formation continue sur ce sujet. (B, F, G, I, K, R, T).

III.1.3. Critères d'une bonne relation

III.1.3.1. *Dialogue, confiance, respect*

K98 «Ca passe surtout par le dialogue, la confiance....Et le respect de chacun en fait. Respect, confiance, dialogue. »

Le dialogue est le socle de la relation (A, C, H, K, L, P, Q, R, T) :

H112 «J'ai besoin de sentir ... qu'on va instaurer un dialogue.»

P89 «L'échange et le partage c'est quand même la base. »

- ✓ Il suppose une écoute mutuelle (A, L).

L35 «Nous, on doit écouter mais eux aussi.»

La confiance est indispensable (A, C, E, G, H, J, K, L, M, Q, R, S, T). Elle aide à se comprendre (T).

T21 «Si on est dans un climat de confiance, ... un patient peut nous faire comprendre sa vision des choses, et nous on peut aussi lui faire comprendre pourquoi est-ce qu'on dit ça .»

Sans le respect, pas de relation possible (A, C, F, G, K, M, N, O, P).

F117 « ... S'il y a pas ce respect mutuel, je pense que c'est difficile de faire une consultation correcte. »

Ces trois règles fondent toute relation interhumaine (A, M) :

M93 «C'est d'être aimable avec les gens, d'être calme, respectueux, voilà. Ce qu'on attend d'eux aussi. C'est des règles de vie sociale universelles. »

✓ Elles sont implicites (D, E).

D47 «Les règles, elles se mettent en place d'elles-mêmes quand les patients choisissent leur médecin. »

✓ Leur réciprocité est indispensable (A, B, C, E, H, J, K, L, M, N, P, S, T).

P112 « Les règles, elles sont dans les deux sens.»

N29 «On peut pas demander aux gens des choses qu'on ne s'impose pas soi-même.»

✓ Et peut être rappelée lors de la déclaration médecin traitant (L).

L32 «Je leur dis quand on signe les feuilles de médecin traitant ... il faut que j'aie confiance en mon patient comme eux ils ont confiance en moi. »

III.1.3.2. Des sous-entendus

III.1.3.2.1. Ce que les médecins estiment devoir à leurs patients

Concernant la confiance :

✓ Le médecin doit croire son patient (C).

C27 « Au début on croit ce que les patients nous disent, on doit les croire. »

✓ Il doit rester spontané (A, B).

B43 «Faut que je sois moi-même !»

Le respect inclut l'intimité du patient (N).

N29-32 « Faut du respect... quand t'es un peu trop intrusif, y'a des gens ...qui aiment pas ça...pour qu'une relation se passe bien avec un patient, ...c'est être capable de garder la distance.»

Le médecin doit apporter empathie et soutien à ses patients (C, J).

J69 «On est sur un lien d'empathie, on est dans un lien d'écoute, on est dans un lien de soutien... la consultation médicale doit être un lieu rassurant, convivial, sécurisé. »

Autant que possible, il doit tenter de satisfaire le patient (G, K, I).

K59 « Le but du médecin c'est ...de faire en sorte qu'il sorte rassuré, content quoi !»

III.1.3.2.2. Attentes vis-à-vis des patients

La confiance suppose l'honnêteté du patient (B, G, I, J, L, N, R):

✓ Il doit savoir se livrer (L, R) :

L35 «Il faut qu'ils sachent se livrer ...»

R94 «Qu'il puisse nous parler de tout ! »

➤ Sans mensonge (J, N).

J78 « Les patients qui me mentent : ça c'est un truc que je ne supporte pas... »

N78 « Si je sens qu'on essaie de me rouler dans la farine, ça m'intéresse pas. »

➤ Mais aussi sans secrets (B, I, G).

G102 «Ne rien cacher !»

I80 «Jouer cartes sur table ! »

Le respect est une notion vaste (F):

F117 «Ca englobe beaucoup de choses finalement, le respect.»

✓ Le patient doit être poli (A, D):

D46 «Etre poli avec nos secrétaires...même chose vis-à-vis du médecin.»

A41 «On doit se dire bonjour, on doit se dire s'il vous plaît, on doit se dire merci. »

➤ Les insultes sont proscrites (P).

P100 «Dans le cabinet, on n'insulte pas les gens.»

✓ Le respect inclut la distance (C, N):

C70 «Le respect, c'est la bonne distance. »

➤ Le patient n'a pas à questionner le médecin sur sa vie privée (K, P).

P112 «Le médecin a son intimité, qui ne regarde personne à part lui ; éventuellement quelques personnes à qui il voudrait l'ouvrir mais ça reste l'exception. »

➤ Un médecin souligne le paradoxe (K).

K42 «Nous en tant que médecin, on s'immisce dans leur vie privée, alors que nous on interdit en fait que les patients s'immiscent dans notre vie privée. »

➤ Le patient n'a pas à tutoyer le médecin (P).

P115 «Le tutoiement... je leur dis que non.»

✓ Le respect inclut l'hygiène (I, M).

M66-69 «Quand ils me salissent mon cabinet ... je trouve pas ça très bien...ça veut dire qu'ils respectent pas le lieu et qu'ils font pas attention.»

✓ Le respect inclut la patience (L).

L35 «Ils doivent être patients, parce que de temps en temps y'en a... ils sont à peine arrivés ici, ils veulent déjà être guéris! C'est pas possible !»

Le patient doit observer les horaires et les prescriptions (F, J, K).

F117-118 «Etre à l'heure, ne pas emmener toute sa famille en même temps.»

K98 « Respecter mes consignes. »

Il doit accepter l'indépendance du médecin (E).

E105 «Je continuais d'être choqué que les gens essaient de m'influencer.»

Le médecin attend aussi de son patient une reconnaissance (S).

S129 «Nous d'abord, on doit les respecter, et la personne en face doit nous reconnaître.»

III.1.4. En résumé

Démographie des médecins

L'échantillon constitué de vingt médecins était varié selon le sexe, le type d'exercice et l'expérience libérale.

Formation médicale reçue

Ils jugeaient comme plutôt pauvre leur formation initiale sur les relations médecin-patient.

Les deux tiers avaient approfondi le sujet ultérieurement, via des séminaires, des lectures ou l'appartenance à des groupes de paroles.

Le tiers restant n'avait pas suivi de formation spécifique.

Critères d'une bonne relation

Les médecins désignaient le respect, la confiance, le dialogue.

Ils considéraient devoir aux patients empathie, soutien, et satisfaction le plus possible.

Ils attendaient du patient qu'il soit honnête, propre, patient, observant, reconnaissant.

Le patient ne devrait pas entraver l'indépendance de prescription du médecin.

III.2. Patients présentés

Les médecins ont évoqué en tout 57 situations particulières vécues (de 1 à 6 par entretien) où les patients étaient plus ou moins détaillés.

III.2.1. Caractéristiques démographiques

Les patients évoqués étaient un peu plus souvent des femmes (33 patients sur 57).

Ils avaient de 18 à 90 ans, et plus fréquemment entre 50 et 60 ans.

La majorité était inactive, soit :

- ✓ Au chômage (K, L, Q).
- ✓ A la retraite (A, B, D, F, J, P).
- ✓ En arrêt de travail (K, L, Q).

Les actifs étaient souvent salariés. Toute l'échelle sociale était représentée.

O103 «Un jeune un peu paumé. »

N113 «Une bourgeoise du plateau. »

III.2.2. Institution de la relation

Ce recueil concerne les conflits les plus détaillés.

III.2.2.1. Choix du médecin par le patient

Le médecin était rarement choisi sur recommandation d'un proche du patient (A, L, M, S).

L54 «Je suivais sa maman.»

M34 «Sur les conseils d'une amie.»

L'un était choisi car connu de vue par le patient (N).

N52 « C'est parce qu'il m'avait connu. »

Sinon le patient avait choisi le médecin :

✓ Par logique : le patient était suivi par le prédécesseur du médecin dans le cabinet (B, D, O, Q).

Q5 «Parce qu'en fait mon prédécesseur, c'était son médecin.»

D3 «Elle a continué avec le dernier arrivé.»

✓ Par disponibilité : médecin nouvellement arrivé, ou initialement remplaçant dans la commune (J, K, P, R, T).

K19 «Elle n'avait pas de préférence... Comme je suis la dernière arrivée, voilà, on me l'a confiée.»

J14 « A l'époque je remplaçais ... les nouveaux arrivants m'étaient proposés peut-être en priorité.»

- ✓ Pour une compétence spécifique (I).

I42 « C'est un gars que je ne connaissais pas parce qu'il venait pour une visite d'aptitude permis de conduire. »

- ✓ Par dépit P (G).

G3 « Elle est venue par mécontentement du médecin précédent. »

- ✓ Par obligation (O).

O106 « C'est la régulation qui m'appelle auprès d'un drogué pour lui donner sa morphine. »

- ✓ Pour des raisons inconnues (E, F, H).

H6 « Il avait dû déjà épuiser un autre médecin avant. »

III.2.2.2. Le contrat médecin traitant

Les trois-quarts des médecins avaient signé un contrat médecin traitant, quand le dispositif du « médecin traitant » s'était mis en place, ou en début de relation pour les plus jeunes (A, B, C, D, E, F, G, H, J, K, L, N, P, Q, R, S).

Le contrat était signé en début de relation pour des questions de remboursement, quitte à une signature indirecte.

P29 « Depuis le début en fait parce qu'il est très lourd en traitement, qu'il faut qu'il ait aussi une prise en charge correcte pour pouvoir être remboursé. »

T43-45 « Son mari m'avait fait signer un contrat... Elle n'allait pas venir spécifiquement pour ça, et puis pour elle c'était uniquement pour être dans le parcours de soins je pense. »

III.2.2.3. Ancienneté de relation

Elle allait de 0 à 28 ans.

Deux patients seulement étaient suivis depuis plus de 10 ans (A et O).

Ceux suivis depuis 5 à 10 ans l'étaient depuis l'installation du médecin (B, D, N, P, R).

Trois-quarts des patients étaient connus par les médecins depuis moins de 5 ans (dont cinq médecins étaient installés depuis moins de 5 ans).

III.2.3. Pathologies et motifs de consultation.

III.2.3.1. Problèmes psychiatriques.

17 entretiens évoquaient des troubles psychiatriques suspectés ou avérés.

Ces troubles n'avaient pas toujours fait l'objet d'un diagnostic par un psychiatre.

La notion d'addiction était retrouvée dans la moitié des entretiens :

- ✓ 6 parlaient d'alcool : dépendance et alcoolisation avant consultation (C, D, F, G, N, O).
- ✓ Et 5 de toxicomanie : aux opiacées (J, L, N, O) et aux benzodiazépines (Q).

5 médecins évoquaient un mal-être du patient, une dépression réactionnelle (C, D, E, F, T).

2 évoquaient des patients bipolaires (M, R).

5 parlaient d'anxiété (D, F, N, Q, S).

6 parlaient de troubles somatoformes (A, D, E, H, K, S).

2 évoquaient des troubles du comportement étiquetés par un psychiatre (Q, K).

L'alcool (G, N) et les somatisations (E) étaient déniés par les patients.

III.2.3.2. Pathologies cardio-vasculaires

Le tiers des entretiens évoquait les facteurs de risque cardio-vasculaires (hypertension, diabète, tabac), la surcharge pondérale ou les maladies veineuses (D, H, J, K, N, O, P, T).

III.2.3.3. Motifs administratifs

Le quart des entretiens avait rapport avec une reconnaissance en accident du travail, en invalidité ou en maladie professionnelle (C, E, F, H, N).

Il y avait une consultation pour protocole Affection Longue Durée (T), une pour un certificat de permis de conduire (I).

III.2.3.4. Autres motifs

Les autres motifs de consultation étaient retrouvés dans moins de cinq entretiens chacun. Ils évoquaient les cancers, les pathologies abdominales, gynécologiques, rhumatologiques ou orthopédiques. Ils faisaient mention de pathologies rares ou de syndrome inflammatoire inexplicé. On retrouvait aussi des pathologies bénignes des voies aériennes supérieures. Certains patients étaient poly-pathologiques (D, E, P).

III.2.4. Relations des patients avec leur entourage

III.2.4.1. Des conflits avec l'entourage

C2 «Elle se dispute avec tout le monde.»
S73 «Elle est en conflit partout.»

Dans la moitié des entretiens, les patients avaient eu des conflits avec le système de soins (B, C, D, E, F, G, J, K, P, Q, S).

Ils auraient développé le même type de relation avec les autres soignants (D, J, P, Q, S):

P23 «Il a la même relation avec un de mes collègues.»

- ✓ Lesquels seraient confrontés aux mêmes difficultés (D, J, P, Q, S).

D21 « Les différents médecins qu'elle continue à consulter, comme spécialistes et son médecin traitant maintenant, sont confrontés aux mêmes difficultés.»

Q2 «Il a jamais adhéré au suivi.»

- ✓ Et pourraient prendre la même décision (J).

J81 «Je l'ai virée. Mais mon associé aussi, l'a virée.»

L'agressivité qu'ils renvoyaient ne se limitait pas aux médecins (B, D, F, I, K, Q):

Q57 «Il était très agressif aussi à la pharmacie... ils ont même mis un mot dans le dossier. »

- ✓ Ils étaient en conflit aussi avec les secrétaires médicales (B, F, I, J, K, Q).

F12 «On a plein d'étoiles devant les patients qui sont pas très sympas en général quand ils prennent rendez-vous ... elle en a pas mal. »

J52 «J'ai une conne ... Même les secrétaires la supportent pas ! »

- ✓ Les secrétaires se faisaient régulièrement insulter (B, D, P).

B14 «Mes « pouffiasses de secrétaires » ne pouvaient pas lui donner un rendez-vous.»

D46 «Nos secrétaires, qui se font injurier quotidiennement.»

- ✓ Un patient était en litige avec la sécurité sociale (H).

H3 «Il était déjà rentré en conflit et en procès avec la sécurité sociale. »

Dans le quart des entretiens, le patient était en conflit avec un proche (C, E, K, L, O, S).

K16 «Des relations conflictuelles avec sa mère.»

S73-74 «Elle est en conflit partout ...avec ses enfants, c'est des ados; elle a divorcée plusieurs fois ... avec ses sœurs elle se fâche tout le temps et se voient plus.»

Certains auraient eu des conflits professionnels, avec des conséquences graves (B, C, E, Q, S).

S74 «Elle est en conflit dans son travail même grave parce qu'elle a été mutée sur des trucs.»

Trois patients auraient été victimes de violence (B, E, K).

K23 «Il y a eu des attouchements dans son enfance ... »

E1 «Son compagnon lui avait tiré dessus.»

III.2.4.2. Des patients isolés

Le tiers des entretiens évoquait des patients isolés ou qui s'isolaient (C, D, E, F, H, K, L, S) :

H23 «C'est un monsieur qui vivait quand même relativement isolé.»

K14 «Je pense que c'est quelqu'un qui est assez isolé en fait.»

✓ Soit ils vivaient seuls (C, E, H, K, L, S).

E1 «Elle vit seule actuellement.»

H21 «Il avait pas construit de famille »

✓ Soit ils avaient de la famille, mais pas d'amis (F).

F17 «Non, elle a un ami, et elle a deux enfants.»

CMS19 «D'accord. Après elle a des amis ? »

F19 « Non ».

L'isolement était parfois expliqué par le comportement social du patient (C, D).

D15 «Elle a ...un comportement ...pervers dans la relation de soin, mais aussi dans la relation avec les autres ; c'est la même chose avec ses proches, avec l'entourage, du coup elle s'isole complètement.»

C2 «Elle se dispute avec tout le monde, elle est complètement isolée.»

III.2.5. En résumé

Démographie

Les patients évoqués étaient plus souvent des femmes.

La tranche d'âge la plus fréquente concernait les 50- 60 ans.

Ils étaient majoritairement inactifs.

Choix de relation

Le médecin était rarement choisi par réputation.

La majorité avait signé un contrat médecin traitant.

Pathologies

Une très grande majorité aurait eu des problèmes psychiatriques.

Le tiers des entretiens évoquait les pathologies cardio-vasculaires.

Le quart des entretiens évoque des consultations à but administratif.

Entourage

La plupart des patients présentés étaient en conflit avec leur entourage, et étaient isolés.

III.3. Motifs des conflits

R3 « C'est souvent sur des incompréhensions au niveau des choix médicaux qu'on peut faire, sur des examens, sur des demandes de patients ... sur lesquels on ne va pas répondre positivement. C'est essentiellement les deux grands sujets de discorde. »

III.3.1. Les reproches des patients

III.3.1.1. Temps

Le délai d'obtention d'un rendez-vous était trop important (B, D, K).

B11 « Comment ça se fait que j'arrive pas à vous avoir ? »

D46 « Nos secrétaires, qui se font injurier quotidiennement, du fait des délais de consultations qui se rallongent ! »

Le médecin n'était pas ponctuel (A, F, I, J, M).

M1 « Elle s'est mise à m'engueuler parce que le rendez-vous n'avait pas été respecté. Parce qu'elle avait attendu un quart d'heure, vingt minutes. »

F95 « Du style « Bon, bah dites donc, habituellement vous prenez plus à l'heure ! » »

Le médecin ne venait pas au bon moment (O).

O61 « Une personne en maison de retraite, ... elle me reçoit en me disant « écoutez, Docteur, vous tombez mal, je veux pas vous voir » ... J'ai mis dehors mes neveux, pour regarder l'émission sur l'assemblée nationale. Je veux regarder mon émission. »

III.3.1.2. Qualité relationnelle

Le médecin ne le respectait pas (A, B).

A17 « Elle m'est rentrée dans le lard, en m'expliquant ... que moi je ne la considérais pas, que voilà, que tout le monde se fichait d'elle ! »

B16-17 « Il avait l'impression qu'on se foutait de sa gueule, moi j'étais inclus...dans le fait qu'il avait l'impression que je me foute de sa gueule. »

Le médecin n'écoutait pas (D).

D4 « Là-dessus, elle me dit que, en fait, je m'occupais pas bien d'elle, et je prenais pas le temps de l'écouter. »

Le médecin avait un tempérament difficile (E).

E20 « Je peux rien vous dire ! Vous êtes devenu vraiment susceptible ! »

III.3.1.3. Diagnostic

Le médecin était passé à côté d'un diagnostic (D, N).

- D31 « Elle voit un de mes collègues, qui à l'examen, diagnostique d'emblée un cancer du sein ... je me suis fait injurier, mais injurier pendant 20 minutes. »
- N74 « Je lui dit « c'est un syndrome de coiffe »... Et en fait y'avait une fracture. ...elle est arrivée assez en colère et assez agressive. »

Le médecin pensait à tort que le patient a un problème psychiatrique (D, G, K, S).

- S24 « Elle était quand même persuadée qu'elle avait une maladie. »
- K26 « Elle disait « bon, mais vous croyez que c'est normal de m'obliger à prendre des médicaments ! »

Le médecin ne voulait pas reconnaître sa pathologie (H).

- H2-H3 « Pour lui, il avait des rhino-bronchites régulièrement donc il avait forcément une asbestose... il ne comprenait pas non plus qu'il n'ait pas cette reconnaissance. »

III.3.1.4. Soulagement

Le médecin ne l'avait toujours pas soulagé (A, D, N).

- A17 « Elle m'est rentrée dans le lard, en m'expliquant qu'elle était pas contente du tout, que c'était inadmissible, que je ne la soulageais pas. »

III.3.1.5. Prescription

Le médecin ne voulait pas lui prescrire ou rédiger ce qu'il a demandé (G, J, K, Q).

- K61 « Je m'étais faite insulter par un monsieur. Ça c'est parce que j'avais refusé de lui faire une ordonnance. »
- G37 « On a eu un problème sur le contenu de la lettre, dans laquelle je mettais qu'elle était alcoolique. Et elle ne voulait pas que ce soit écrit sur la lettre. »

Le médecin tardait à prescrire (F).

- F7-F11 « Elle appréciait pas forcément que ça prenne beaucoup de temps après, quand on voulait faire les papiers de plein de choses. »

III.3.1.6. Oublis

Le médecin l'avait oublié (O).

O26 « Elle m'a dit que c'était inadmissible que j'oublie mes patients. Et que ma vie privée passait avant, elle n'avait pas à passer avant mes patients. »

Le médecin avait mal rempli le certificat ou les ordonnances (E, P).

E17 « Là, vous avez oublié ça. »

P63 « Elle a fait des reproches parce que sur les prescriptions antérieures y'avait eu un ou deux oublis. »

III.3.1.7. Recours au tiers

Les délais étaient trop longs (R).

R6 « Une patiente ...qui trouvait qu'on n'avait pas été assez loin dans tout ce qu'on avait fait comme examens, ... que ça traînait, que ça n'allait pas assez vite. »

Les tiers étaient irrespectueux (A, B).

A17 « Elle m'est entrée dans le lard, en m'expliquant qu'elle était pas contente du tout, ... les spécialistes n'avaient pas été gentils avec elle. »

B16 « C'est quoi ce bordel ? C'est pas une tenue à tenir, vous êtes responsable de vos internes. »

Les tiers étaient incompetents (D, J).

D8 « Elle a consulté ... tous les patrons de l'hôpital ...à chaque fois, c'était ... « ils sont incompetents ! », « ils m'écoutent pas ! » . »

Le généraliste outrepassait son rôle (K).

K29 « C'est pas à vous de le faire, c'est pas à vous de le faire, moi je veux voir un psychiatre ! ».

III.3.1.8. L'argent

Le médecin devait prescrire des médicaments remboursés (P).

P63 « Elle ne voulait pas payer les médicaments qu'elle avait à payer alors qu'elle avait je pense du DAFLON et ça devait être juste après le déremboursement du DAFLON. »

Il n'avait pas à faire, ou à adresser à qui pratique des dépassements d'honoraires (E, J).

E121 « Vraiment j'exagérais, dans la situation où elle était de lui demander un dépassement. »

J33 « Le premier reproche qu'il m'ait fait, c'était les dépassements d'honoraires. »

Le médecin était suspecté de consultations abusives (Q).

Q12 « Il sentait, c'est qu'à chaque fois je lui disais que je voulais le revoir, et que il pensait que c'est parce que je voulais lui prendre de l'argent. »

III.3.2. Ce que les médecins vivaient mal

III.3.2.1. La pression ressentie

O121 « Ils demandent, ils demandent des choses qu'on n'a pas à satisfaire. »

L74 « Vous leur expliquez les choses une fois, ... et puis une deuxième fois, et une troisième fois, et ils continuent, ça marche pas, on peut rien faire, on n'avance pas ... voilà, ce genre de patients là. »

III.3.2.1.1. Revendication

La majorité des entretiens parlaient de patients « exigeants » (A, B, D, E, F, J, K, M, N, O, Q, S, T).

J83 « C'est conflictuel, je sais que la relation va pas bien se passer parce que elle ...est très exigeante sur plein de choses. »

K110 « Les gens sont de plus en plus exigeants, ont besoin de consulter rapidement, et du coup ça peut parfois m'agacer parce que quand vous dites par exemple que vous pouvez pas le prendre aujourd'hui, ils vont être pas forcément aimables avec la secrétaire. »

Qu'exigeaient-t-ils ?

✓ Une disponibilité excessive :

➤ La prise en charge devait être immédiate (A, B, D, F, J, L, M, N, Q, S).

L3 « J'étais en consultation avec un patient, il a fait irruption dans mon cabinet, en me disant « il faut que vous vous occupiez de moi tout de suite. »

F94-95 « C'était juste une petite réflexion effectivement qui est pas passée du tout. Pour un retard de : 7 minutes...j'ai pas du tout aimé.»

➤ Ou la consultation très longue (A, D, E, P, S).

A66 « Le patient difficile pour moi c'est plus le patient intransigeant, intolérant, égocentré ... c'est le patient qui dans la salle d'attente ne veut pas attendre 5 minutes, et qui dans le bureau veut pouvoir parler une heure. »

S66 « C'est surtout que c'était encore une prise de rendez-vous rapide, et qu'elle a embolisé trois quart d'heure, parce qu'elle se levait pas ! »

✓ Des prescriptions prédéterminées (E, I, P, Q, S, T).

E1 « Fallait que j'écrive ce qu'elle voulait. »

P63 « Elle exigeait une prise de sang ; elle en avait eu 3 complètes depuis le début d'année qui étaient parfaitement normales, donc j'ai refusé. »

La demande était agressive (A, B, F, H, K, R, L).

- B2 « Je me suis fait engueuler sur le fait que mes « pouffiasses du secrétariat » lui donnaient pas un rendez-vous immédiat dans la journée ou éventuellement très rapide. »
- L13 « Voilà, il était très revendicatif, c'était tout de suite ; je suis sûre que je l'aurais laissé faire, il aurait viré mon patient du fauteuil ! »

La demande était un devoir (E, M, O).

- O7 « Pour elle, il était de mon devoir d'être toujours disponible pour elle, jour - nuit etc, quoi. Même les jours de congés. C'était pas un service que je lui rendais, c'était un devoir que je lui devais. »
- E2 « Chaque chose, j'étais pas contre. Mais c'était très revendicatif. Et, avec une expression dure de visage..., aucune empathie, il fallait que je fasse le truc. »

Il n'y avait pas de reconnaissance (A, F, S, T).

- S67 « A chaque fois c'est ce qu'on fait, mais y'a jamais de reconnaissance, alors que c'est exigeant. »

Les patients se présentaient parfois en victimes (E, F, H).

- F99 « Tous les malheurs du monde lui arrivent. »
- H3 « Il comprenait pas non plus qu'il ait pas cette reconnaissance ...il avait été en contact avec de l'amiante et depuis il était tout le temps malade, et donc forcément on était des racistes, ... qui refusaient de le prendre en charge. »

III.3.2.1.2. Manipulation

- N78 « Une relation médecin-malade échouante et qui me nuirait, ce serait une relation où j'aurais l'impression d'être un outil. »

La moitié des médecins évoquait une possible manipulation par le patient. (C, D, E, G, H, I, J, N, O, T).

- C44 « C'est une fille qui manipule tout le monde. »

La plupart concernait des situations administratives, surtout l'arrêt de travail (C, E, H, I, N).

- I1 « Il venait me voir sans arrêt pour des arrêts de travail de très courte durée ...il alléguait toujours des pathologies ...ça devenait vraiment caricatural. »

Le médecin doutait sur le caractère simulé ou amplifié de la pathologie (I, N).

- N10-11 « La douleur s'exprime, tu vois. Lui, j'avais l'impression qu'il la mettait toujours en avant...c'était sur-joué si tu veux N8- y'avait pas de signes objectifs. »

Le patient recherchait peut-être un bénéfice secondaire, comme un arrêt de travail injustifié ou de l'argent (C, H, I, N) :

H21 « Son rêve en fait, c'était d'avoir une retraite française de la sécurité sociale française. »

I37 « Il est tire-au-flanc quoi ! »

✓ Mais c'était difficile d'en faire la preuve (N).

N6 « C'est toujours un peu compliqué...d'avoir un jugement sur les choses, parce que tu souffres pas à la place des gens. »

Le patient était ambivalent (C, D, E, G, N) :

E13 « D'une part elle se plaignait et en même temps elle savait très bien ce qu'elle voulait. »

G49 « Elle est quand même très ...ambivalente, et quand elle sait ce qu'elle veut, elle essaie de faire en sorte de l'obtenir. »

✓ Il essayait de séduire le médecin (D, E).

E13 « Je pense qu'elle avait des stratégies d'influence sur moi, et à ce moment-là l'empathie n'était qu'un élément. »

D15 « Un fonctionnement dans la relation qui est malsain, dans le sens où un jour elle va vous encenser, et le lendemain vous mettre plus bas que terre ... un comportement pervers. »

Les autres suspicions de manipulations concernaient des demandes médicamenteuses, en premier lieu des psychotropes (K, J, L, N, O, Q).

N19 « Un gars qui vient pour un traitement substitutif, j'ai de gros doutes, je suis pas sûr qu'on me roule pas dans la farine. »

Le patient était soupçonné de non-dits, voire de mensonges (C, J, L, N).

N78 « Quand je sens que je suis manipulé...C'est quelqu'un qui vient chercher quelque chose, et qui me dit pas, qui dit pas vraiment, enfin qui me donne pas les informations si tu veux. »

J78-81 « Les patients qui me mentent : ça c'est un truc que je ne supporte pas...je pense à une particulièrement qui m'a menti volontairement, je l'ai virée. ... elle avait donné des antibiotiques, elle me disait qu'elle en avait pas donné... elle cherchait à nous piéger volontairement, on était dans une relation de force, d'épreuve, et c'est quelque chose d'insupportable. »

Si la demande était dévoilée, la pression pouvait se faire par la menace (J, K, N, O, Q).

O106 « Docteur, faut me donner mon Skenan sinon euh... » il touchait son arme... J'avais l'impression que c'était une arme en plastique. Je mourais d'envie de prendre l'arme pour jager l'arme, je me suis dit « si c'est une vraie, c'est de la provocation ». »

Q12 « Il s'est levé sur la table, il a tapé, il s'est rapproché de moi et il a dit « tu vas me prescrire mon Rivotril, trois mois, sinon je te...je te bute » ou un truc comme ça. »

Les manipulateurs étaient décrits comme intelligents (C, N, Q).

- N20 « Le toxico...c'est un mec malin, il sentait que j'avais des doutes. »
C2 « Elle tire sur la ficelle, sur tout ce qui peut lui profiter ; et comme c'est une femme intelligente elle sait, j'ai l'impression qu'elle me suce mon sang, elle m'épuise. »

Le médecin se sentait dominé (C, E, Q).

- C1 « J'ai l'impression toujours que c'est elle qui commande. »
E13 « Le cadre avec elle, c'était que moi je me tiens à carreaux. »

III.3.2.1.3. Encensement

- E104 « C'est pas « Dieu et les saints » mais « vous allez être mon sauveur » »

Le patient plaçait le médecin en position de sauveur (E, N).

- CMS105 « Vous aimez pas qu'on vous mette dans cette position de sauveur ? »
E105 « Ah non, là je suis très rapide hein ! »

Les flatteries excessives imposaient une pression quant aux résultats (D, E, N).

- E103 « C'est du style alors euh « vous avez fait un miracle avec Madame Machin », c'est pas seulement pour me dire « bah j'ai entendu parler de vous en bien donc je viens vous voir mais faites ce que vous pouvez » ... y'a une pression morale. »
E24 « Comme vous avez été très bon, alors vous devez l'être. »

Le patient était souvent déçu car le médecin ne répondait pas toujours à son attente (D, E, N).

- N47b « D'une manière générale, ce sont ceux qui te font le plus de compliments qui te quittent le plus facilement. Parce qu'en fait ce sont ceux qui ont tellement peur, qui sont les plus névrosés et les plus angoissés, qui te disent « ah docteur vraiment, vous êtes vraiment très bien » Alors ceux-là, pour un oui ou pour un non tu peux les décevoir. Parce qu'ils investissent tellement qu'ils sont facilement déçus. »

III.3.2.2. Insatisfaction répétée

- P62 « Y'avait jamais quelque chose qui allait bien, et elle était tout le temps dans le négatif. »

La moitié des entretiens évoquait la difficulté voire l'impossibilité à satisfaire le patient. Cela était épuisant (D, J, K, O, P) :

- D24 « Ce qui m'ennuie au final pour elle, c'est que je pense jamais elle aura ce qu'elle attend. Donc, elle sera jamais satisfaite. Ni par le médecin, ni par l'entourage ... C'est usant au quotidien. »

- ✓ Soit le médecin recevait des reproches à répétition (J, H, P).

H82 « Pour moi ça devenait une consultation angoissante, ... Il avait une attitude très provocatrice... à remettre en cause toutes les prescriptions, tous les diagnostics ...Donc j'ai fini par lui dire ça ».

J68 «A râler sur toutes les prescriptions, ... j'ai mis le holà !»

- ✓ Ou bien des plaintes qui ne s'arrêtaient pas (D, E, K, P) :

D4 « Les consultations, elle avait toujours 15 plaintes différentes, et ça tournait. »

- La cause de la plainte n'aurait pas été organique (A, D, E, K).

D8 «C'était pas du domaine purement organique. »

- La plainte du patient risquait de ne plus être prise en compte (K).

K108 « Elle consultait 2-3 fois par semaine parce que elle avait mal là, elle avait mal -ci ; elle avait eu tous les examens possibles et inimaginables...ça m'agace parce qu'en plus je me dis qu'un de ces 4 il va vraiment lui arriver quelque chose et qu'on va passer à côté. »

III.3.2.3. *Inobservance*

Le manque d'observance pouvait déclencher le conflit (C, I, J, K, M).

C2 « Elle m'a réclamé du Lexomil, y'a que ça mange comme elle en a envie, avec un peu d'alcool! Et à chaque fois que j'ai voulu lui donner un antidépresseur, après c'est la dispute. »

J68 « J'ai mis le holà, à un patient qui ne se prenait pas bien en charge, qui refusait les explorations. »

Plusieurs évoquaient le problème de l'observance des rendez-vous (C, F, I, J, L).

C102 « Je rentre en conflit quand c'est, tu vois, des conflits de règles: c'est pas l'heure, c'est pas le jour, c'est pas le rendez-vous. »

J79 « Un patient qui arrive en retard, a une remarque. En systématique, toujours. »

III.3.2.4. *Manque de confiance*

Le tiers des médecins évoquait un problème de confiance (G, I, J, K, Q, R, T) :

- ✓ Soit le patient venait avec son autodiagnostic (G, J) :

G108-109 «Les gens qui savent ce qu'ils ont. Aussi. Les gens qui arrivent en disant « j'ai une angine, il me faut des antibiotiques » ...C'est pas à eux de le faire, le diagnostic. Ca aurait tendance à m'énerver un peu. »

J52 «Une dame retraitée, qui a des pathologies rares, qu'elle est la seule à connaître hein, bien sûr ! »

- Le médecin se sentait inutile (Q).

Q11 «Certains hommes ... qui savent un peu tout savoir, et du coup on a l'impression que quoi qu'on dise, ils le savaient déjà et on leur apprend rien. »

- ✓ Soit le patient remettait en cause les compétences du médecin (I, J, K) :

I55 «Des remarques qui remettent en doute vos compétences, par exemple : « est ce que vous êtes compétent dans tel domaine ? », ou « donnez-moi un traitement efficace. »

K61 «Quelles que soient les réponses que je lui donnais, elle mettait en doute ce que je lui disais. »

- Le médecin trouvait son rôle sous estimé (K, T).

T40 « Je pense qu'elle a une vision du médecin généraliste comme un médecin papier... manifestement elle accorde pas sa confiance. »

III.3.2.5. **Manque de dialogue**

Certains patients étaient fermés (H, J, N, Q, T).

N25 « Il me livre pas grand-chose... c'est quelqu'un qui doit avoir beaucoup de défenses. »

Le patient était ressenti comme méconnu (J, N, Q, T).

J32 « J'ai pas compris ce qu'il était ... j'aurais du mal à le qualifier. Insaisissable. »

N102 « Je le connais pas bien en fait. »

Il y avait des tabous dans la relation (N, Q, T).

N103 «Je pense qu'il m'en donne pas beaucoup, je pense qu'il a beaucoup de choses cachées. »

Q11 « J'ai essayé d'aborder mais ça avait l'air d'être assez tabou. »

Ces non-dits étaient parfois inacceptables (T).

T62 «On apprend que depuis plus de 10 ans elle est diabétique, hypertendue ; je savais même pas qu'elle prenait des médicaments pour ça ! Enfin, c'est quand même, enfin c'est pas possible quoi ! »

III.3.2.6. **Manque de respect**

Un ou deux entretiens évoquaient d'autres causes :

- ✓ La familiarité excessive (P).

P27 « Sa familiarité qu'il essayait d'instaurer m'a agacé en fait. »

- ✓ Le non respect et non paiement d'un tiers (J).

J46 « Je viens de virer une patiente de mes consultations. ... puisqu'elle a été très incorrecte avec mon interne, qu'elle a refusé de payer une consultation. »

- ✓ Les demandes d'ordonnance à distance (E, N).

N78 «Sa femme m'envoie un SMS... faudrait que tu me fasses un mot pour aller chez le cardiologue ... je lui dis « écoute, je suis pas une imprimante. »

N113 « Elle me téléphone et elle me demande une ordonnance par téléphone. Alors je l'engueule, on s'est engueulé ! »

III.3.3. En résumé

Les motifs étaient souvent multiples et combinés.

Les reproches des patients

Ils concernaient fréquemment le délai de prise en charge et le refus de prescription. Le diagnostic, les compétences de soulagement, et la rigueur professionnelle étaient également mis en cause.

Le médecin était critiqué sur la pertinence du recours au tiers.

La qualité de la relation médecin-patient était également évoquée.

L'argent était parfois un motif de conflit.

Le vécu des médecins

La moitié évoquait une pression ressentie sur leurs disponibilités ou leurs prescriptions.

La revendication, la manipulation, l'encensement constituaient cette pression.

L'insatisfaction répétée, l'inobservance, et le manque de confiance du patient étaient souvent évoqués.

Quelques-uns évoquaient le manque de dialogue ou de respect.

III.4. Contexte des conflits

III.4.1. Influence du contexte

Le contexte favorisait l'ouverture du conflit et les décisions prises (A, B, C, D, E, F, G, H, J, K, L, M, N, O, Q, R, S, T) :

S91 *«Ca dépend comment vous êtes, comment vous êtes ce jour-là. La consultation par rapport à comment ça se produit, ce que vous avez vécu avant, l'impression que vous avez, s'il y a plein de coups de téléphone, ça dépend de beaucoup de choses ! »*

D28 *«En fait là, c'est l'occasion qui a fait que »*

✓ Mais il n'expliquait pas tout (T).

T6 *«Je pense honnêtement que même si elle avait pris une consultation, la façon dont elle abordait en fait la chose, ça aurait pas été possible.»*

III.4.2. Contexte des médecins

III.4.2.1. Patient inhabituel

La moitié des entretiens évoquait des patients non connus, ou des situations de remplacement (B, G, I, J, K, N, O, Q, T).

J61 *«J'ai jamais été agressée depuis que je suis installée, hein, je l'ai été par ailleurs en remplacement.»*

Le statut du remplaçant était jugé particulier (K, T).

K63 *«En sachant qu'à l'époque j'étais remplaçante, donc j'étais pas son médecin, donc voilà peut-être aussi que ça a joué ; quand vous êtes remplaçante c'est toujours un rôle qui est un peu bizarre.»*

Le remplacement posait le problème de la confiance médecin-patient (N, T).

T16 *«Quelque part en étant remplaçant ... on connaît moins le patient, donc on a peut-être moins les possibilités de pouvoir connaître le contexte, de discuter avec lui ... on a peut-être moins le rapport de confiance.»*

Le médecin s'imposait plus (T).

T17 *«Si on fait un remplacement, ... le patient il peut pas être dans une relation de confiance vraiment avec nous ... donc on a peut-être plus besoin parfois de s'imposer.»*

Le médecin n'avait pas toujours confiance (T).

T16 *«En tant que remplaçant, j'ai vu des gens qui pour moi, c'était clairement abusif et j'avais l'impression qu'ils profitaient de mon statut de remplaçant pour pouvoir obtenir l'arrêt maladie.»*

Le médecin pouvait se sentir moins impliqué (G, T).

- G16 « ça me regardait pas véritablement, parce que c'est pas une de mes patientes non plus c'était pendant le remplacement de mon associé.»
- T16 «C'était relativement facile à gérer, parce que je suis remplaçant, j'en ai rien à faire, enfin quelque part, c'est un petit peu ça.»

III.4.2.2. Début d'activité

Il concernait le tiers des entretiens (B, J, K, N, O, Q, T).

- O11 « Ca faisait juste un an que j'étais installée, quelque chose comme ça. A peine.»

Il pouvait poser un problème d'expérience (Q).

- Q80 «Je pense qu'il y a des choses que j'aurais dû dire, ..., mais je suis au début de mon activité, j'ai pas beaucoup d'expérience.»

Avec l'expérience les situations auraient été gérées différemment (N).

- N87 « Ca m'est arrivé, j'étais jeune installé, ... je pense qu'au jour d'aujourd'hui peut-être que je lui mettrais cinq jours ou 3 comprimés de Subutex...plutôt que le laisser mal, en sueurs, dans le train.»

III.4.2.3. Retard

Dans la moitié des entretiens, le médecin était en retard (A, D, F, G, I, J, L, M, S, T).

Cela pouvait précipiter les décisions.

- D27 «Là c'était le manque de temps ce jour-là, le retard dans la consultation, donc ce qui faisait que j'étais déjà sans doute un peu sous pression, et puis j'ai saisi l'occasion. »

III.4.2.4. Surcharge de travail

Le tiers des entretiens évoquait une surcharge de travail au moment du conflit (A, D, F, G, I, K, L).

- A15 «C'était une journée déjà difficile avec une matinée de consultations ...un petit peu raides ... donc j'étais moi-même tendu.»
- I42 «J'avais pas eu le temps de rentrer manger.»

L'écoute pouvait être moindre (L).

- L99 «De temps en temps on est un peu débordé donc l'écoute est moindre.»

La tolérance était moindre (A, D, I).

- A16 «Surcharge de travail, et puis pas envie de se faire marcher sur les pieds, peut-être moins conciliant et moins patient que d'habitude. »

III.4.2.5. *L'influence d'un tiers*

La moitié des entretiens évoquait l'influence potentielle d'un tiers dans le conflit (B, D, E, I, J, K, N, O, Q, R, S) :

- ✓ Le tiers qui demandait la consultation (D, G, K, O).

O99 « Un patient, un soir, qui m'appelle après 20 heures...il me dit : « Ecoutez, j'ai mon fils qui me menace... pouvez vous venir ? »

D22 «Je la voyais elle plus pour essayer de l'aider lui. »

- ✓ Le tiers qui était patient du médecin (D, O).

D6 «Je pense que c'est l'homme, plus l'histoire familiale, qui me faisaient sentir un peu coupable de pas mieux la prendre en charge, du coup y'avait peu de cadre.»

- ✓ Le tiers en colère (E, I).

E5 «Le médecin conseil...elle m'appelle et elle m'engueule. ... ça m'a énervé, l'autre qu'elle m'appelle et qu'elle me demande pas mes raisons.»

I42-44 «Peut-être qu'en fin de compte la secrétaire était elle-même de mauvais poil, elle me l'a retransmis de façon agressive, et moi j'ai foncé bille en tête.»

- ✓ L'interne (B, J).

J46 « Je viens de virer une patiente de mes consultations... puisqu'elle a été très incorrecte avec mon interne, qu'elle a refusé de payer une consultation, alors qu'il y avait passé ¾ d'heure »

III.4.2.6. *RDV non programmé*

Le tiers des entretiens évoquait des rendez-vous non programmés ou en urgence (C, G, K, L, Q, S, T).

L3 «Il est arrivé, j'étais en consultation avec un patient, il a fait irruption dans mon cabinet, en me disant « il faut que vous vous occupiez de moi tout de suite. »

Cela posait le problème de disponibilité du médecin (T).

T64 «Le fait de venir entre deux consultations, c'est vrai que quand c'est pas prévu ... ça peut être un peu gênant, où on se dit dans notre tête « je pourrais pas passer tout le temps que je veux avec elle quand même, j'ai pas le temps d'une consultation.»

III.4.2.7. *Visite*

Plusieurs conflits avaient eu lieu en visite (G, J, K, N, O, P).

O61 « une personne en maison de retraite ... je viens la voir, il était deux heures et demie à peu près de l'après midi, elle me reçoit en me disant « écoutez, Docteur, vous tombez mal, je veux pas vous voir »

La rupture était plus jugée plus simple (G, K).

- K126 «Une fois qu'ils ont pris rendez-vous c'est difficile de leur dire que vous ne les voyez pas en fait. Alors que là, la visite c'était plus simple.»
- G103 « Avant on allait chez les gens, donc on partait, là maintenant ils sont dans notre bureau, donc il faut leur dire qu'ils reviennent pas, donc c'est un petit peu différent. »

III.4.2.8. Difficultés avec le système de soins

L'isolement pouvait induire un changement de rôle (O) :

- O16 «Je m'étais engagée de lui faire ses injections parce que y'avait pas d'infirmière sur le secteur.»

✓ Ou un changement d'attitude (D, G, K, Q, T).

- Q16 «Je lui ai fait, j'ai même pas demandé pourquoi ni comment, et je l'ai fait. Parce que j'étais toute seule.»

Les médecins n'avaient pas toujours l'information que les patients attendaient (J, K, T).

- J33 « Je travaille avec ce spécialiste, et personne ne m'a jamais dit « bah écoutez, il est très bien, mais il prend un peu cher.»
- T33 «Elle me demandait de faire une demande d'affection longue durée. J'avais aucun renseignement sur rien du tout.»

L'attente des rendez-vous ne dépendait pas du médecin (K, R).

- K29 «J'avais l'impression que sa demande c'est d'absolument voir un psychiatre. Sauf que ça... compte tenu du fonctionnement du centre hospitalier psychiatrique, je pouvais pas lui proposer de voir un psychiatre tout de suite.»
- R18 «On avait fait ce qu'on pouvait avoir le plus rapidement ... après fallait passer au scanner ... mais bon on n'a pas les rendez-vous forcément le lendemain.»

Les recommandations ne seraient pas toujours en adéquation avec les attentes des patients (T).

- T94 «On nous demande de traiter un dossier de plus en plus ; bah le patient se reconnaît pas forcément là dedans.»

III.4.2.9. Problèmes personnels

Certains avaient eu des difficultés personnelles pouvant influencer sur le conflit (A, I, O).

- I43 « J'étais énervé, parce que c'était pas facile de rouler, il neigeait. »
- O1 « Je m'étais engagée de lui faire ses injections ...Même mes jours de congés ... J'avais eu plein de choses à faire, j'avais oublié. »

III.4.2.10. Pas de contexte particulier

La moitié des médecins évoquait des conflits sans contexte particulier (C, F, G, H, I, J, K, L, M, O, P, R).

III.4.3. Contexte des patients

III.4.3.1. Problèmes médicaux

Les trois-quarts évoquaient de possibles problèmes médicaux ayant pu influencer sur le conflit :

✓ La consultation non choisie :

➤ Quelques entretiens évoquaient l'obligation de soins (G, K, O).

G52 « Elle venait pour ce courrier, pour une obligation de soins, parce qu'en fait c'était ça ! C'était le médecin de la préfecture qui l'obligeait à avoir une consultation auprès d'un neurologue. »

K2 « Il lui fallait absolument son traitement, parce que ... le juge des enfants en fait sinon menaçait de lui retirer le droit de visite. »

➤ Le patient venait pour un motif particulier (I).

I42 « Un gars que je connaissais pas parce qu'il venait pour une visite d'aptitude permis de conduire. »

➤ Cela posait le problème du rôle du médecin (K).

K38 « Elle me parlait de son ancienne psychiatre. Elle voulait la voir elle en fait. ... voilà, moi j'étais un substitut, mais c'était pas mon rôle pour elle. D'ailleurs elle me l'a dit hein : une des consultations elle m'a dit « c'est pas votre rôle. ». »

✓ Le problème aigu : la douleur, l'anxiété, l'alcoolisation, un diagnostic grave récent, concernaient chacun un ou deux entretiens (A, D, F, J, N, O, S). Il pouvait expliquer l'agressivité.

O99 « Un jeune qui était sous l'emprise de l'alcool ...il pouvait être violent. »

N74 « Elle avait vachement mal, elle dormait mal, elle est arrivée assez en colère. »

J15 « Il était porteur d'un cancer !! Je pense que ça suffit pour être un petit peu énervé! »

➤ Plusieurs patients auraient été en sevrage (J, N, O, Q).

J62 « Un toxico en manque. »

O107 « Il lui avait pas donné sa quantité de drogue suffisante pour passer le week-end. »

III.4.3.2. Problèmes personnels

Des problèmes familiaux étaient évoqués dans un tiers des entretiens (A, C, D, G, J, K, L, N, O, R). Ils avaient rapport avec la maladie, un conflit entre proches, ou un déménagement.

D1 « elle a son mari, qui a des soucis de diabète de type 1 ... un problème de cancer de prostate ... donc ça a été source de beaucoup d'inquiétude pour elle. »

R14-15 « y'avait des problèmes familiaux à l'époque... des conflits ...entre son mari et son fils. »

K2 « Une dame ... complètement déboussolée par son déménagement ... le fait d'être arrivée là, elle doit changer de psychiatre et du coup voilà, elle est complètement déboussolée. »

Le patient pouvait être pressé par un proche qui l'attendait (G).

G55 « J'ai toujours du retard, ... elle était amenée par un voisin donc peut-être ça l'énervait aussi que le voisin perde du temps à l'attendre. »

Les soucis d'argent étaient parfois évoqués (H, J, Q).

H23 « Il se mettait en colère quand il arrivait pas à finir ses fins de mois. »

Quelques patients avaient eu des problèmes avec le système judiciaire (G, K, N, Q).

N81 « C'était un mec qui sortait de taule. »

Q74 « Il est connu des services de police. Parce qu'ils m'ont dit « oh, on l'a dans nos fichiers » »

III.4.3.3. Contexte inconnu

Le contexte du patient lors du conflit était parfois inconnu ou jugé absent (F, I, M, O, P).

I27 « Ca m'a pas semblé. »

F16 « pas plus que d'habitude. »

III.4.4. Les médias

Les médias pourraient induire la méfiance (Q, S, T).

Q63 « C'était la période où sur France Inter ils donnaient à peu près le chiffre d'agressions pour les médecins généralistes, ... donc forcément j'ai été un peu sensibilisée. »

T21 « Avec la pub qu'on entend, les différentes émissions ... sur le monde médical, je pense que la vision des gens ... pour beaucoup ils se méfient un peu du monde médical. »

III.4.5. En résumé

Contexte des médecins

La moitié des médecins se trouvait dans un contexte professionnel particulier pouvant potentiellement favoriser la survenue du conflit.

Contexte des patients

Obligation de soins, problèmes médicaux ou personnels pouvaient influencer sur les patients et favoriser le conflit.

Contexte de société

Les médias pourraient favoriser la méfiance.

III.5. Attitudes des médecins

III.5.1. L'écoute du patient

Certains avaient remarqué un conflit latent à travers le non-verbal du patient (A19, G5).

A19 «C'était annoncé dans le regard. »

Le médecin invitait parfois le patient à parler d'abord de ses propres griefs (O106, Q90, T4).

T4 « J'aime bien d'abord ... lui demander qu'il me réexplique « qu'est ce que vous voulez dire par là ? Comment est-ce que vous voyez la chose ? Pourquoi est-ce que vous me dites ça ? » ... approfondir sa vision des choses. »

Un médecin pensait avoir trop écouté sa patiente (D5).

D5 «J'étais sans doute trop dans l'écoute. »

III.5.2. Le non-verbal du médecin

III.5.2.1. Le calme

La majorité des médecins pensait rester calme en situation conflictuelle (D9, F28, H53, I18, J5, K31, M38, N74, P54, R9, S37).

D9 «Sans me fâcher, sans m'énerver. »

Rester calme était une question de respect (D35, J5, K31) :

J5 « J'ai pas été incorrecte. »

K31 « Elle m'a insultée ... j'allais pas répondre moi-même, donc je lui ai souhaité une bonne journée. »

✓ Un calme ferme (F28, S37).

F28 « Lui dire « non »... sans aucune agressivité, mais fermement quand même, pour poser les choses. »

III.5.2.2. Le ton qui monte

Quelques-uns reconnaissaient avoir déjà monté le ton (H3, L6, N82, P96) :

L6 «J'étais en colère, ... je lui ai passé un savon.»

H3 «Au bout d'un certain temps, effectivement le ton commence à monter. Je reconnais que j'ai perdu patience. »

✓ Parce qu'ils étaient poussés à bout (L77).

L77 « Non, ça s'est pas passé dans le calme, non, j'étais un peu énervée, elle m'avait poussé à bout. »

C'était parfois volontaire, pour clore la discussion (H68) :

H68 « C'est parce que je voulais mettre fin à cette discussion qui tournait en rond et y'avait pas moyen de lui faire entendre quoi que ce soit. »

✓ Ou pour se mettre à égalité avec le patient (H72).

H72 « Se mettre au même niveau pour essayer de lui montrer que c'est pas en augmentant le ton qu'il obtiendra raison de toute façon. »

III.5.2.3. La froideur technique

Certains médecins disaient avoir été froids (E, F, K, P).

K48-49 « D'emblée j'ai été assez froide... j'ai vraiment mis de la distance. Dans mon attitude, et dans le ton de ma voix. »

Le contact visuel était fuyant (E63) :

E63 « Je la regarde pas dans les yeux. »

✓ Sans sourire (P8).

P8 « Je ne souris pas, alors que je suis plutôt quelqu'un de souriant. »

Le médecin parlait le moins possible au patient (E9, F36) :

F36 « Je m'étais pas fermée complètement, mais je lui disais juste le strict minimum. »

✓ Il se repliait dans la technicité (E9, P107).

P107 « On essaie ... de rester professionnel et de garder l'aspect systématique de notre prise en charge en détachant l'émotionnel. »

✓ Il se contentait d'échanges informatifs sur sa santé physique (F36, P8).

F36 « Quand on a des chiffres tensionnels, je lui disais les chiffres. »

P8 « Moi je l'examine, je fais mon boulot ... mais rien de plus. »

✓ Il éludait les sujets personnels (E70, F36, P8).

F36 « J'allais pas chercher à savoir ce qu'elle avait fait pendant les vacances. »

Le ton était ferme, sec (K5, P8).

K5 « J'ai pas crié, mais le ton était beaucoup plus ferme, plus dur. »

Cela pouvait être fait sciemment (P8) :

P8 « Je suis sèche, et puis je le fais tout-à-fait sciemment. »

✓ C'était plus facile (E70).

E70 « C'était la seule solution qui m'était faisable... c'était pas une décision. »

III.5.3. Le verbal

III.5.3.1. Le désaccord exprimé

L9 « Dire quand y'a un problème, quand on voit un problème poindre, essayer de désamorcer. »

L'évocation du conflit pouvait être pénible (B27) :

B27 « Je préfère ...aborder, même si c'est toujours assez pénible. »

✓ Mais elle visait un changement de comportement du patient (N113, P92).

N113 « J'ai dit que je suis pas d'accord avec ça. Pour essayer de faire changer les gens. »

Le médecin pouvait regretter de ne l'avoir fait plus tôt (H95).

H95 « Si j'en avais un autre dans le même style, je remettrais les choses au point dès le départ, j'attendrais pas aussi longtemps, parce que j'avais quand même attendu pas loin de 6 mois avant de mettre les pieds dans le plat. »

Ils évoquaient parfois le problème en rappelant oralement les règles :

✓ Pour l'observance (F78, J79, K2, L108).

L108 « Je leur dis ... quand y'a un problème, ..., non observance du traitement ... on rappelle ... on explique, on constate. »

K2 « Je lui ai dit ...qu'il fallait qu'elle respecte aussi les termes du contrat. »

✓ Pour la confiance (N82, Q121, R100, T27) :

R100 « Y'a ce manque de confiance et donc ça, donc on leur rappelle. »

T27 « ça peut m'arriver parfois de leur en parler un petit peu « cash » ...C'est que vous avez pas confiance, vous pensez que je peux pas faire ça ? »

➤ La nécessité d'absence de secret (T33).

T33 « Je lui ai dit « ... je ne sais pas où vous en êtes... Si je sais pas ce que vous avez, je peux pas vous soigner correctement. »

✓ Pour la politesse (L65, N83, O80, S134).

S134 « Je lui ai dit ça « vous tombez dans le domaine de l'insulte, vous n'avez pas le droit. »

L65 « Tu n'as pas à faire ce que tu as fait... tant que moi je ne t'ai pas invité à rentrer, tu ne dois pas rentrer. »

✓ Pour la distance (P115).

P115 « C'est essentiellement pour le tutoiement...je leur dis que non...Après quand c'est sur la vie privée, je dis ça gentiment, que ça les regarde pas. »

Les règles pouvaient être rappelées par écrit (D46).

D46 « On a été obligé de mettre des règles par écrit dans la salle d'attente, en leur rappelant un minimum de civilité. »

Un médecin utilisait l'humour pour transmettre son désaccord (E).

E107 « Je le fais avec humour quoi. »

E23 « Les gens disent « ...c'était un miracle ... » Moi j'ai pris l'habitude ... « ça va être un problème justement parce que moi les miracles j'arrive à en faire qu'un seul à la fois. »

Le patient était parfois renvoyé à ses contradictions (E36).

E36 « Je lui avais dit « écoutez, c'est embêtant, parce qu'à chaque fois vous me dites que les traitements ont pas marché et vous m'en redemandez. »

Les griefs étaient souvent évoqués de façon partielle (B28, C72, E, F58, H31, I1, J53, L36, N, P10).

CMS 31 « Et est -ce que vous lui avez dit que ça vous posait problème, le fait qu'il revienne toujours à la charge sur ce sujet ? » H31 « Non. »

J87 « Y'a pas eu de mots, y'a rien eu de dit, c'est le silence complet...les consultations me gonflent, mais ... y'a pas de conflit révélé pour l'instant. »

S'ils ne disaient pas tout, c'était parce que :

✓ Il fallait que le patient soit disposé à écouter (B37).

B37 « J'explique mon point de vue si la personne est d'accord pour l'entendre. »

✓ Le médecin attendait parfois que le patient réalise le problème (J53).

J53 « Je lui ai pas dit, mais j'attends qu'elle comprenne. »

✓ La souffrance du médecin était jugée personnelle (F58, P10) :

F58 « Je lui ai pas dit que j'étais super déçue... ça me regarde. »

P10-11 « M'épancher sur mes sentiments avec cette personne là...ça le regarde pas. »

➤ Elle était rarement évoquée (I2, S140) :

S140 « Je lui ai dit que j'étais attachée à elle, parce qu'un médecin s'attachait à ses patients. »

▪ Car son expression pouvait donner lieu à interprétation (I50).

I50 « Moi, j'essaie surtout de délimiter le problème..., en essayant d'expurger toute connotation émotionnelle qui pourrait faire que le message serait transformé. »

▪ Le médecin ne s'attendait pas à ce que le patient le comprenne (B28).

B28 « Je crois pas avoir reparlé de ça ... avec lui non, convaincu que je suis que de toute façon il restera sur ses positions. »

▪ Il faudrait éviter de vexer le patient (F119).

F119 « On peut pas reprocher tout le temps aux patients... On peut montrer peut-être dans sa façon de les accueillir, ...mais après bon c'est difficile d'aller plus loin. Faut pas les vexer non plus. »

La suspicion de manipulation n'était quasiment pas évoquée (C72, I1, L36, N12) :

C72 « Je crois pas tout ce qu'elle me dit ...je lui ai pas dit que ce qu'elle me disait c'étaient des mensonges. »

I1 « Moi je doutais de la légitimité de ses arrêts itératifs, mais je lui ai pas dit que j'en doutais. »

✓ Le médecin s'attachait aux faits (C6, I1, L36).

I1 « Vous voyez là depuis 3 mois, je vous ai arrêté 4-5-6 fois... »

L36 « Je doutais d'un mésusage ... donc ... je regardais aux sites d'injection probables. »

- ✓ Il était difficile d'évoquer la manipulation au patient (N12).

N12 « C'est délicat ça, de dire « moi je crois pas à ton histoire ». »

- ✓ La part était laissée au doute (N18b, T11).

N18b « Jamais je vais directement en leur disant « bon écoutez, je pense que vous avez rien, faut reprendre » ... je garde toujours la part au doute. »

De même, la suspicion de somatisation n'était pas toujours évoquée (D18).

D18 « Ses maladies vraies et imaginaires. ... elle a semble-t-il fait un AVC ... on est convaincu, tous ici, qu'elle a jamais fait d'AVC..., on lui a évidemment pas dit ça. »

Le caractère revendicateur était parfois souligné (A42, K2, O79, S29).

A42 « Je dis « je ne réponds pas quand on me donne des ordres. ». »

S29 « Je lui ai dit que : un, elle était exigeante, mais qu'en plus elle me mettait en pression pour que je prescrive. »

Même si le médecin veillait à la formulation (I48) :

I48 « J'essaie ...de rester toujours très correct ... pas d'insultes évidemment. »

- ✓ Il émettait quelquefois un jugement (I43-44).

I43 « Je dis au gars « Oui, c'est lamentable la façon dont vous vous êtes comporté ! »

I44 « Je lui ai dit « vous êtes gonflé ... ». »

- ✓ Le registre était quelquefois culpabilisant (A24, I1, M70).

A24 « Je lui ai dit ... que bien souvent elle m'avait mise en retard. »

I1 « Je me rends complice d'un comportement abusif, vis-à-vis de la multiplicité de vos arrêts de travail. »

Les reproches du patient étaient minimisés (A24, F103, H50).

F103 « J'ai dû lui faire comprendre que c'était pas si important. »

III.5.3.2. La compréhension du patient

III.5.3.2.1. Une part d'empathie

La plupart tentait d'exprimer de l'empathie au patient (B17, C5, D55, E20, L6, M42, O64, Q12, T4).

B17 « Je lui ai dit que je comprenais sa réaction, que je l'entendais. »

L6 « Je voulais bien comprendre qu'il soit pas bien. »

Ainsi ils montraient qu'ils avaient perçu l'émotion négative du patient (D55, M24, T4).

D55 « J'entends bien votre colère. »

T4 « Je comprends votre crainte. »

Ils tentaient de rassurer ses craintes (C5, Q12).

- Q12 « J'ai essayé de le rassurer par rapport à ça, que je faisais pas ça que pour l'argent. »
- C5 «Je lui ai dit « ...personne sait quand vous serez avec M. ». »

Ils recherchaient plus de renseignements (O106, T4).

- O106 « Docteur, faut me donner mon skenan sinon... ».Il touchait son arme. Alors je lui dis « euh, ... il faut que vous me racontiez un petit peu votre histoire ». »

La reformulation servait aussi à faire réagir le patient (O64).

- O64 «Je reprends ses propos quand elle n'est pas contente, pour lui faire entendre ce qu'elle me dit. »

III.5.3.2.2. Une part de responsabilité

Certains se disaient désolés (A24, J2, L77).

- J2 «Je lui ai dit que j'étais désolée.»

Quelques-uns reconnaissaient une part de responsabilité. Cela concernait :

- ✓ L'erreur médicale (N74).

- N74 «Je lui dis « bah oui on a merdé » et je lui explique comment on a pu en arriver à cette erreur là, et que je suis pas fier de ce qui s'est passé.»

- ✓ Ou la faveur qu'ils n'auraient sans doute pas dû accorder (D27, I1, O23).

- D27 «J'ai pu lui répondre «...vous êtes la seule, et c'est sans doute un tort, j'aurais jamais dû mettre ça en place. »

Mais cela ne représentait pas des excuses (J22, O23).

- O23 « Ah, je me suis pas excusée, ... je lui ai expliqué la situation mais c'était pas une excuse. Je sentais pas que j'avais à m'excuser. »

L'un assumait la responsabilité d'un tiers (B37).

- B37 «Vous êtes responsables de vos internes, faites en sorte qu'ils aient une tenue adéquate.... » Donc je lui ai dit « je suis responsable de mes internes.»

III.5.3.2.3. Une part d'incompréhension

La compréhension avait ses limites; le médecin pouvait comprendre les motifs du patient mais pas son agressivité (D58).

- D58 «J'entends bien ce que vous me dites, pour autant je ne comprends pas du tout la façon dont vous me le dites.»

III.5.3.3. *La justification du médecin*

- B37 « J'explique mon point de vue si la personne est d'accord pour l'entendre. »
I60 « Quand je suis amené à dire non ... j'argumente quand même. »

Elle servait à se défendre face aux reproches (A, B, C, D, F, G, H, I, J, K, M, N, O, Q, R, S, T).
Elle donnait au patient la possibilité de comprendre le point de vue du médecin (S84, T4).

- S84 « Quand on leur parle de choses comme ça, on montre ces difficultés qu'on a, nous. »

Certains justifiaient leur implication auprès du patient (D27, Q12, R12).

- D27 « J'ai pu lui répondre ... que « je consacre jamais autant de temps à aucun ni à aucune de mes patientes. »
Q12 « Je lui ai dit quand même que j'aimerais bien le revoir parce que je voyais bien qu'il était pas bien... »

Ils justifiaient souvent la prise en charge médicale (C4, D32, G, K, N74, S25, T4) :

- K66 « Je prends du temps pour expliquer pourquoi on fait ci, pourquoi on fait ça. »
G1 « Si y'a un point de conflit entre guillemets, euh... j'explique pourquoi on a fait comme ça. »

✓ L'intérêt de ce qu'ils proposaient (C4, G47, K26).

- G47 « Je lui ai expliqué pourquoi je marquais ça... ça allait aider à la compréhension de son problème auprès du neurologue. »
K26 « J'ai essayé de l'expliquer que c'était aussi ... pour protéger son enfant. »

✓ Ou l'inutilité d'un examen (S25, T4).

- S25 « Je lui ai expliqué les risques ... des mammographies en prévention ... on n'était pas dans le consensus. »
T4 « Vous avez pas besoin, parce que vous allez bien, votre examen clinique est normal. »

Ils justifiaient leurs diagnostics (D35, G41, H) :

✓ Parfois à l'aide de « preuves » (G41-47).

- G41 « Je venais de recevoir de l'hôpital un avis de prise en charge ... pour un état d'ivresse, qu'elle niait ... « Oh bah non, j'ai le document ici, vous avez été hospitalisée. » »

✓ Le patient n'avait pas de maladie grave puisqu'il n'avait pas de conséquence grave (H14).

- H14 « C'est qu'on niait par contre c'était l'existence d'une pathologie, et que heureusement pour lui qu'il était pas malade, parce que sinon c'était une condamnation à mort. »

Aux reproches de retard diagnostique, le médecin opposait l'obligation de moyens et les difficultés diagnostiques. (D35, N74) :

- D35 « Je leur ai dit, « ...On a qu'une obligation ... de moyens, y'a pas d'obligation de résultat, ... tout a été mis en œuvre pour. » »
- N74 « En fait y'avait une fracture ... je lui explique comment on a pu en arriver à cette erreur. »

✓ Le patient était renvoyé à ses propres responsabilités (D32, T33).

- D32 « En leur disant ... qu'ils avaient déjà oublié que la seule mammographie qu'elle avait accepté de faire c'était sur mon insistance, ... qu'elle était revenue dans l'intervalle sans me parler de quoi ce soit. »

Aux reproches de disponibilité, les médecins se justifiaient par leur contexte (A24, B28, D4, F25, G16, I43, M25) :

- I43 « C'est normal que le cabinet soit fermé si je suis pas là. »

✓ Ils avaient eu des imprévus (A24, F97, M25).

- A24 « J'étais en retard..., mais il y a des circonstances où on ne peut pas forcément gérer. »

M25 « Je lui ai dit « excusez moi, parce que voilà, la patiente précédente ... ». »

✓ Ils étaient débordés (D4, F25).

- F25 « Quand on a des grosses journées, on n'a pas toujours le temps... que ces dossiers de handicap sont quand même très longs à établir ... le temps n'était pas au rendez- vous. »

Aux reproches portant sur les tiers :

✓ Ils n'étaient pas au courant (K2, J2).

- K2 « Je lui ai dit que j'étais absolument pas au courant de cela. »

J21 « En disant ...que je ne connaissais pas ces dépassements d'honoraires... personne ne m'ayant fait un retour négatif... il reste dans mon choix de correspondants. »

✓ Ils n'étaient pas responsables des délais des examens (R).

- R12 « Je lui ai expliqué que ... y'a un moment donné où moi je me bloquais aussi à des impératifs qui n'étaient pas de mon ressort. »

Certains se justifiaient en conseillant au patient d'aller chercher confirmation ailleurs (D35, F11, T).

- D35 « Je leur ai dit, « vous demandez à un autre médecin si vous voulez. ». »

III.5.3.4. La demande au patient

Le médecin émettait une demande en lien avec les motifs du conflit.

Cette demande pouvait être impérative (G16, I43, L6, O1) :

- G16 « Vous venez cet après midi, vous pouvez vous déplacer. »

L6 « Je lui ai passé un savon, en lui disant que ... fallait qu'il sache un peu attendre! »

- ✓ Ou partiellement suggérée (D44, I31, Q43).

Q12 « Je lui ai dit que moi je pensais qu'il fallait qu'il, enfin qu'on fasse appel à un spécialiste ... que ça serait bien qu'on prenne le relais. »

Un médecin n'hésitait pas à défier la menace reçue (O99).

O99 « Il avait un couteau dans la main, et une bouteille de gaz dans l'autre ... je lui ai dit « ... si tu veux me tuer, bah tu te dépêches. » »

Plusieurs médecins émettaient un contrat de comportement oral : la poursuite de la relation n'était possible que si le patient acceptait ses conditions (C23, F78, K2, L6, O80, T4) :

C23-24 « Vous reprenez votre effexor sinon... c'est pas la peine de revenir. »

L6 « Lui disant que «... si jamais il recommençait ...il allait voir ailleurs.»

- ✓ Certains considéraient ces contrats comme insatisfaisants (A40, T88).

A40 « Ce qui sous tend la nécessité d'un contrat c'est l'absence de confiance dans l'autre. »

T88 « Mettre ça, ça veut dire que... le nœud il est là. »

III.5.4. Les décisions

III.5.4.1. La place de la négociation

R3 « En essayant de trouver un terrain d'entente... »

Le conflit avait ouvert une discussion qui pouvait inviter le médecin à changer ses actes (J23).

J23 « Je lui ai dit que il est tout-à fait libre de choisir ses spécialistes, et je l'adressais sans aucun problème dans le public, donc j'ai fait un courrier dans ce sens au CHU. »

La négociation pouvait aboutir (O61).

O61 « « Docteur, ...je veux pas vous voir ...Je veux regarder mon émission. » Je lui ai dit « Ecoutez, vous allez regarder votre émission, je vous prends la tension, je vous fais votre ordonnance, et je m'en vais. » Elle me dit « J'espère bien, et partez vite ! ». »

Mais cela ne permettait pas toujours d'améliorer la relation (K29, T50).

K29 « J'ai essayé de trouver des compromis ... j'ai appelé quand même sa précédente psychiatre ...mais en fait du coup comme ça lui convenait pas ce qu'on lui proposait, ... elle s'est braquée. »

III.5.4.2. Les prescriptions

Le conflit influait souvent les ordonnances et les arrêts de travail (C, E, I, L, M, N, O, Q).

La consultation était généralement assurée jusqu'à la prescription (I8, K2, O32, P70, S25) :

P70 «Je lui ai donné ...son renouvellement comme d'habitude.»

- ✓ Mais une consultation écourtée pouvait aboutir à une non-prescription (M19).

M19-20 «Je lui ai même pas fait l'ordonnance ... d'emblée elle m'a agressée donc voilà, ça s'est terminé par la remise du dossier. »

La menace induisait des prescriptions (O106, Q12).

O106-107 « I touchait son arme ...il m'avait juré que son médecin traitant lundi il irait le descendre, ... il lui avait pas donné sa quantité de drogue suffisante pour passer le week-end. Donc, je lui ai fait son ordonnance.»

Q12-Q13 « Il a dit «Tu vas me prescrire mon rivotril, trois mois, sinon je te... bute ... » donc, moi j'ai eu peur, j'ai fait tout de suite l'ordonnance. »

La limitation de prescription jouait un rôle éducatif :

- ✓ Les prescriptions pouvaient être limitées (N13, Q12) :

N13 «Je mettais que par semaine. Quand c'est comme ça je mets pas beaucoup.»

Q21 «Je lui ai pas dit que je ne voulais pas lui renouveler, je lui ai dit que j'allais pas lui renouveler pour 3 mois.»

- Elles pouvaient s'apparenter à une sanction (L24).

L24 «On était passé des délivrances hebdomadaires aux délivrances par quinzaine, et puis on est revenu ! Ploup ! Sanction ! »

L22 «C'est la punition quoi ! ... Je l'ai traité comme un sale gamin ! »

- Il faudrait parfois dire non (I59, T11).

T11 «Je trouve ça vraiment trop abusif et de mon côté c'est clair c'est non ... je suis déterminé et que ce sera non, ... à nous d'être très autoritaires aussi quelque part, c'est notre rôle d'éducation. »

Certaines prescriptions étaient effectuées dans un but particulier :

- ✓ Pour limiter le conflit (C1, I8, N, Q16).

Q16 «J'ai même pas demandé pourquoi ni comment, et je l'ai fait... j'ai pas voulu rentrer dans le conflit. »

C1 «Comme... je suis pas assez directe pour lui dire qu'elle me fait chier ... on négocie les arrêts.»

- ✓ Pour prouver la manipulation (C).

C10 «Je lui ai donné un bilan biologique là, pour vérifier ses gamma. »

C74 «Une preuve pour lui prouver qu'elle me ment.»

- ✓ Pour ne pas s'avouer vaincu (C).

C23 «Je lui ai mis de l'Effexor pour changer, pour pas perdre la bataille.»

C75 «Je lui ai donné un bilan ... pour peut-être prendre le dessus ! Pour lui dire « tiens, je vais te coincer quelque part ! ». »

- ✓ Pour limiter l'entrevue (C64, E16, Q16).

E16 « J'ai prolongé les soins jusqu'en fin janvier, pour être très loin et avoir le temps de lui dire ... de trouver un autre médecin traitant. »

C64 « Là, je l'ai même pas examinée.... j'avais envie qu'elle foute le camp... je lui ai mis que son arrêt de travail. Et consulter au CMP. »

Certaines prescriptions laissent place au doute (N11, T11).

N11-N12 « Il y a toujours la part du doute... Je préfère trop arrêter quelqu'un qui n'a rien que ne pas arrêter quelqu'un qui a quelque chose. »

III.5.4.3. Le recours au tiers

III.5.4.3.1. Le recours aux médecins spécialistes

Il y avait lieu le plus souvent dans un but technique, pour évaluer l'objectivité d'une pathologie (A, D, E1, H7, N14).

N14 « Je le sentais pas ... très volontaire. Donc je l'ai envoyé voir un rhumato. »

L'avis du spécialiste pouvait aussi servir à justifier les compétences du MG (K89, T84).

T84-85 « Discutez-en avec lui, mais ... ça serait justifié... quand un spécialiste après a stoppé ce traitement, c'est l'occasion ... de lui en reparler « ... Donc vous avez vu que c'était peut-être bien d'arrêter ? ». »

Le but du recours était parfois relationnel (D61, Q, R121, T33).

Q12 « Il adhérait pas du tout au traitement, ... je lui ai dit ... qu'on fasse appel à un spécialiste. »

D61 « Ça m'a beaucoup aidé... en en parlant avec des psychologues et des psychiatres... autant pour moi que pour le patient. »

III.5.4.3.2. Le recours aux médecins généralistes

Quelques médecins parlaient du conflit à des confrères, en l'absence du patient (D24, E33, F51, I66) :

D24 « Pendant des séminaires de formation, où on échangeait sur le patient qui nous fait mal. »

- ✓ Pour avoir un avis (I66).

I66 « Ça m'est arrivé quand on mange entre confrères, amis, d'en parler des problèmes « ah tiens, j'ai vu un tel, qu'est ce que t'en penses ? ». »

- ✓ Pour informer l'associé (F51).

F51 « C'était plus pour l'informer, plus que pour me débarrasser d'un sentiment désagréable. »

- ✓ Ou exprimer leur ressenti (D16, E33).

D16 « J'ai pu ... en parler le lendemain avec mes collègues, et leur dire « ça y est, je l'ai dit, et ça m'a fait du mieux ». »

Un médecin était intervenu comme recours direct en consultation (P101).

P101 « C'était avec un de mes collègues, qui avait eu des propos antisémites; nous l'avons mis ensemble dehors ! »

Le confrère médecin servait de relais pour prendre en charge le patient en cas de rupture de relation (D, P, S).

S103 « Nous, on travaille ensemble... La patientèle est pas partagée. Donc là en l'occurrence, elle a pris le relais, je la reverrai quand le cap va être passé. »

III.5.4.3.3. Le recours à l'autorité

Elle pouvait viser une action auprès du patient : l'éloigner ou le mettre hors d'état de nuire :

✓ Ainsi trois médecins avaient eu recours à la police (I43, O99-104, Q42).

I43-44 « Le type a dit « Non, je sortirai pas d'ici. » Et j'ai appelé les flics. Parce que je m'en sortais pas. »

O99-104 « J'ai appelé la gendarmerie ... il menaçait de mort ... je trouvais qu'il fallait quand même qu'on arrête. »

✓ Un avait contacté le maire pour une obligation de soins (Q46).

Q46 « J'ai même appelé le maire ... pour faire une hospitalisation d'office. »

Un avait eu recours à une société de sécurité du fait d'un harcèlement (Q60).

Q60 « Je me suis renseignée pour les bombes lacrymo, ... est ce que je pouvais avoir un garde du corps... y'a eu des rondes ... autour de mon domicile. »

Deux avaient consulté le conseil de l'Ordre, à titre informatif ou consultatif (Q46, S139) :

S139 « J'ai déjà appelé le conseil de l'ordre pour demander « je pense que ce patient, je peux plus le suivre ; quels sont mes droits ? ». »

✓ Un seul entretien évoquait la médiation (Q47).

Q47 « Ce qui a été décidé avec le conseiller ordinal, c'est de faire une réunion de conciliation avec ... la femme, le mari, les psychiatres, moi, mon associé, le ... conseil de l'Ordre. »

Un médecin avait consulté son avocat (Q86).

Q86 « J'ai même fait appel à un avocat ... pour savoir ce que j'avais droit de faire et ne pas dire par rapport au secret professionnel. »

Les agressions étaient sous-déclarées (J62, N86, O104).

O104-106 « Il menaçait de mort ... j'aurais dû porter plainte ... j'y ai même pas pensé ». »

J62-J63 « La personne a appelé ... en menaçant ... de massacrer tout le monde ... - Vous aviez fait une déclaration ... ? - Rien du tout ! »

III.5.4.3.4. Le recours aux proches

Quelques uns parlaient des conflits à leurs proches, à fortiori s'ils étaient eux-mêmes soignants (C, D16, K, P, Q98).

Q98 « J'ai une très bonne amie ... j'ai beaucoup parlé de la situation difficile, je lui ai dit « bah, qu'est ce que tu en penses ? Est ce que tu aurais fait ça ? » ... ça adoucit ! En plus elle est médecin donc ça aide aussi. »

III.5.4.3.5. Gérer seul

Certains se débrouillaient seuls (E118, G75, L103).

L103 « Les conflits, ... je gère tout toute seule. J'aime bien. »

L'aide nécessaire dépendait de l'intensité du conflit (E118, P136).

P136 « J'ai pas des conflits qui nécessitent une aide complémentaire pour les gérer émotionnellement non plus. »

III.5.4.4. Poursuite de la relation

La relation était poursuivie dans les 4/10^{ème} des conflits décrits (A, B, C, E, F, G, H, J, K, L, N, O, P, R, S, T).

Celle-ci pouvait faire l'objet d'aménagements de la part du médecin.

III.5.4.4.1. Faveurs accordées

Le médecin accordait parfois des faveurs au patient, pour améliorer la relation (B, Q) :

- ✓ Un aménagement des prises de rendez-vous, et d'accueil (B4, B17, B23).

B4 « Maintenant c'est moi qui lui donne des rendez-vous... »

B17 « Depuis ce jour là, la réception de ce patient se fait de façon très protocolaire ... pour pas qu'il ait l'impression d'avoir quelqu'un derrière qui se fout de sa gueule. »

- ✓ Un dévoilement personnel (B18).

B18 « J'ai donné mon adresse mail... je me suis investi ...personnellement ... il sait où j'habite... j'ai essayé d'instituer quelque chose de l'ordre de « je me découvre » »

- ✓ Un renoncement au paiement (Q12).

Q12 « Je lui ai dit ...que j'étais prête, même s'il avait des soucis d'argent à le voir même sans qu'il me paie. »

III.5.4.4.2. Fréquence de consultation

Le conflit influait sur les fréquences de consultation (E16, N, P)

Le médecin cherchait à les espacer pour éviter l'entrevue (P2) :

P2 « J'ai réussi à le faire venir tous les deux mois parce que je ne peux plus supporter qu'il vienne tous les mois. »

✓ Ou à les rapprocher pour mieux cerner le problème (N18b).

N18b « Quand je sens une relation comme ça, quand je sens que ça va pas, je fais des arrêts courts, je les oblige à revenir me voir. »

III.5.4.4.3. Limitation de la relation

Le médecin délimitait son rôle :

✓ Il réduisait les faveurs (O73).

O73 « J'ai continué de la voir, oui. En tant que médecin, mais plus en tant qu'infirmière. »

✓ Il instituait des règles (F62, Q42).

F62 « Avant j'acceptais beaucoup de choses. ...on se laisse moins marcher sur les pieds, on met des limites. »

Q42 « Il avait pas de rendez-vous, j'ai dit non. Là j'ai instauré un truc quoi. »

Du fait du conflit, il tentait parfois de filtrer les entrevues (E16, H66, P15) :

E16 « Quelqu'un d'autre, j'aurais pu trouver un rendez-vous... là je lui dis ...« c'est pas avant 15 jours ». »

✓ Selon les modalités : pas de visite (P15).

P15 « Je lui ai dit que c'était hors de question que je vienne le voir en visite, qu'il fallait qu'il vienne au cabinet, autrement dans ce cas là fallait qu'il voie un autre médecin. »

✓ Selon le motif (H66).

H66 « Je sais pas ; je pense que je lui aurais demandé le motif de sa consultation. »

III.5.4.5. Refus de relation

III.5.4.5.1. Des ruptures rares

Les ruptures à l'initiative du médecin concernaient les 3/10èmes des conflits présentés (D, E, F, G, H, I, J, K, L, P, R, T).

Elles étaient considérées comme plutôt rares, de l'ordre d'une à cinq par médecin.

D9 « C'est vraiment la première fois que ça m'est arrivé ... de demander à un patient de changer de médecin. »

N40 « J'ai du en virer une fois ou deux. »

III.5.4.5.2. Le caractère direct

H132 «Rompre la relation ? Faut lui dire, tout bêtement.»

Ils rompaient majoritairement par suggestion orale directe (B45, D44, E36, F11, H80, M20, P15, R70, S81, T33) :

M20 «Si vous êtes pas contente de moi, allez voir un autre médecin.»

- ✓ Cette suggestion n'aboutissait pas toujours (P3, S81).

S81 «J'ai dû le dire au moins cinq fois à des patients « je peux pas vous soigner »...La plupart du temps, ils m'ont pas quittée.»

P3 «Je lui ai dit déjà plusieurs fois que éventuellement ce serait peut-être judicieux qu'il soit suivi par quelqu'un d'autre, mais non, il vient toujours me voir.»

Il existait quelques ruptures indirectes :

- ✓ Ainsi trois utilisaient le secrétariat (F86, I72, J48).

I72 «Je dis à la secrétaire que je veux plus les voir... c'est même pas moi qui leur dit. »

F86 «Elle propose directement mon collègue. »

- ✓ L'un envisageait une rupture téléphonique (E29).

E29 «Une des solutions ça serait de l'appeler en disant « ... je peux pas continuer à être votre généraliste. ». »

Il existait quelques ruptures par les actes :

- ✓ L'un avait fermé le cabinet (Q42).

Q42 «Il a dit ... « je vais revenir, mais pas seul ». Avec la secrétaire nous avons fermé le cabinet et nous sommes parties ! ». »

- ✓ A domicile, le médecin pouvait partir rapidement (G103, J62).

J62 «Un toxico avec des chiens, en visite. Je suis partie en courant.»

G16 «Je suis parti en claquant la porte.»

La rupture espérée n'était pas toujours évoquée au patient (E6-7, J52, P15).

J52-53 «J'ai qu'un désir, c'est qu'elle change de médecin ... j'attends qu'elle comprenne.»

P15 «Fallait qu'il vienne au cabinet, autrement ... fallait qu'il voie un autre médecin...j'ai essayé de profiter de cette occasion là Et en fait il est venu me voir au cabinet.»

III.5.4.5.3. La révocabilité

Certaines ruptures étaient imposées et sans appel (D9, I43, J67, L78, P52).

J67 «Je l'ai viré manu militari ... j'ai dit à la secrétaire : « vous lui donnerez un rendez vous avec M. R, je ne souhaite plus le prendre en charge. ». »

L78 «C'est plus la peine de revenir. »

Elles n'étaient pas toutes irrévocables (A, H, K34, O, S).

K34 «Là si elle rappelle... je pense que j'accepterais.»

Certains patients refusés étaient revenus et étaient ré-acceptés. Le patient était à l'initiative de la reprise de relation (A72, H, O79).

A72 «J'en ai que j'ai mis dehors qui sont revenus. »

O79-80 « «Vous choisirez un autre médecin ... je veux bien recommencer, ... mais ... jamais que vous m'insultiez.» . »

III.5.4.5.4. Un délai implicite

Le délai pour changer de médecin paraissait implicite (D5, E29, N44, O91, P74).

P74 «Je lui ai dit « la prochaine fois ». »

N44 «En général, c'est clair et net, ça leur donne pas envie de revenir.»

III.5.4.5.5. Les arguments

La rupture était présentée comme une incapacité à poursuivre plutôt qu'un refus de relation (E36, L36, O70, P53, R67, S81, T33).

P53 «Moi je peux plus vous suivre. J'y arrive pas, j'y arrive pas, allez voir quelqu'un d'autre.»

E36 «Je crois que je peux pas vous soigner.»

Ils évoquaient surtout l'incompétence comme motif de rupture (C, D9, J53, N42, P15) :

N42 «Vaut mieux que vous partiez, que vous alliez voir quelqu'un de plus compétent.»

D49 «Je leur dis rapidement que je suis pas en mesure de les prendre en charge, et que ce sera pas adapté. »

✓ Cet argument n'était pas toujours sincère (N41).

N41 «C'est du second degré...je me dévalorise : « je suis pas assez bien pour vous » mais je le pense pas une seconde ! » »

✓ Ils avouaient rarement au patient ne plus vouloir le voir (J64).

J64 «Un patient très revendicatif...que j'ai sorti et dit tout haut : « je ne veux plus le voir ! Il ira voir un de mes associés, je ne veux plus le prendre en charge ! » . »

Les motifs réels de rupture étaient ceux qui avaient générés les conflits -surtout s'ils présentaient un caractère répété-, l'insulte et le non-paiement. Parfois il n'y en avait aucun présenté (H81).

H81 «Il avait bien compris ... J'ai pas eu besoin de donner l'explication ! »

III.5.4.5.6. Urgences

L'urgence grave serait toujours assurée (tous les entretiens).

- R71 « Sur une urgence on se pose pas la question. On la gère ! »
J101 « On n'a jamais viré quelqu'un en cas d'urgence... ça, ce serait anti-déontologique. »

Toutefois un médecin nuancerait qu'il appellerait le 15 pour une urgence relative (E39-40).

- E39-40 « Elle se pointe ... j'aurais pas de problème pour dire non. Quoique qu'il puisse arriver. » CMS40 « Même si c'était une urgence ? E4 « Si elle se faisait une entorse... Je peux appeler le 15 et puis ils viennent. »

III.5.4.5.7. L'orientation vers un confrère

Les médecins rappelaient aux patients la nécessité de se trouver un nouveau médecin.

La plupart laissaient le choix aux patients (D67, F87, J98, M115, N43, O88, P16, R72).

- R72 « C'est leur libre choix. »
M115 « Elle se débrouille, c'est son problème. »

Ils proposaient parfois des confrères (C30, D4, F86, J48, K119, P16, Q68).

- F86 « Elle propose directement mon collègue. »
Q68 « Je lui ai proposé une liste. »

III.5.4.5.8. La disponibilité du dossier

Le dossier était surtout disponible sur demande (F132, I76, M114, N45) :

- F132 « Si le patient veut récupérer son dossier, y'a pas de souci, on lui donne. »
I76 « Leur dossier est à disposition. »
N45 « Je leur donne leur dossier s'ils ont besoin. »

✓ Ainsi il était parfois conservé (E42, I76, T75).

- E42 « Moi elle m'a rien demandé. »
T75 « J'ai pas eu l'occasion ! ... elle a claqué la porte. »

Quelques médecins le donnaient d'emblée (R72, S85).

- R72 « On leur remet leur dossier médical ... « comme ça vous avez votre dossier, quand vous irez voir votre prochain médecin, vous avez ... tout ce qui a été fait. »

D'autres le transmettaient directement au nouveau médecin (C32, H74).

- H74 « Donnez moi le nom de votre nouveau médecin, je vais lui transmettre votre dossier en fait. »
C32 « Bah j'envoie le dossier. »

III.5.4.5.9. Garder une trace

Un médecin notifiait la rupture (C39).

C39 « Je le mets dans le dossier. »

Deux garderaient une copie du dossier (D64, J100).

D64 « C'est son dossier... j'en garde évidemment une copie puisque ça c'est en principe à conserver dans nos archives. »

J100 « On donne entièrement le dossier photocopié. »

III.5.5. Variabilité des attitudes

B55 « ça va dépendre des médecins, mais chacun réagit comme il peut. »

III.5.5.1. Effet personnalité

A59 « Si on essaie d'analyser la relation.... je pense que c'est très très dépendant de la personnalité du médecin, de son affectif, de sa relation aux autres. »

Cet effet personnalité expliquerait tant les motifs de conflit (T99) que les attitudes (S62).

T99 « Si une relation se passe pas correctement, c'est que la relation nous renvoie à nos propres difficultés. »

S6 « On a tous des tempéraments différents ; y'a quelqu'un qui va être dur avec une personne, d'autre une autre, parce que vous savez, c'est un couple : « thérapeute-patient ! ». »

L'effet personnalité concernait l'affirmation de soi :

- ✓ Le médecin indépendant ne demandait pas de recours à un tiers (L103).

L103 « Je suis très, ... indépendante et je gère mes affaires toute seule. Les conflits, ... je gère tout toute seule. J'aime bien. »

- ✓ La souffrance du conflit serait plus intense si l'on manque de confiance en soi (K76).

K76 « Je suis assez sensible à ça...je doute beaucoup. »

Il concernait la distance mise avec le patient :

- ✓ La personnalité influencerait sur l'implication du médecin (Q109, S81).

Q109 « Moi je suis quelqu'un qui va à fond, quand je fais quelque chose je le fais à fond mais si je le fais pas bien, je suis mal. »

S81 « Il paraît que je m'investis trop dans les consultations. Mais bon : je suis faite comme ça ! »

- ✓ Un médecin pensait être intrusif (N25).

N25 « Je suis très intrusif si tu veux. Y'a des gens que ça gêne. »

✓ Les questions personnelles étaient vécues comme plus ou moins intrusives (B29, P119) :

P119 « Mon intimité personnelle est très importante et j'ai du mal avec les gens ... qui veulent savoir ce qui se passe dans ma vie... ça les regarde pas quoi. »

B29 « Généralement je dis au patient ce que je suis, ce qui m'arrive, selon les questions, enfin ça, ça ne me dérange pas. »

➤ Les médecins y répondaient ou non (E74, F111, K43).

F111 « Nous on évite de se dévoiler, ça c'est évident. »

K43 « Je choisis ce que je dis, je choisis les patients à qui je le dis. »

Il concernait la gestion des émotions. Les médecins expliquaient leurs attitudes :

✓ Par le fait d'être naturellement calme et patient (D35, G64, H7).

D35 « Je me suis pas fâché... c'est pas du tout dans mon fonctionnement, ni dans mon tempérament. »

H7 « Je suis quelqu'un d'assez patient. »

✓ Ou au contraire réactif (A23, I29, J82).

A23 « Je suis quelqu'un d'assez coléreux...C'était pas très très difficile de me mettre en colère ce jour là je pense. »

I29 « Je fais gaffe à mon tempérament ... un peu soupe-au-lait. »

Il concernait la spontanéité verbale :

✓ Certains se disaient francs et honnêtes (B43, E1, K27, N27, S133).

E1 « Je dis ce que je sens de la consultation. »

S133 « Je fais revenir le patient, quand j'ai fait des erreurs... je peux pas faire autrement, parce que moi je suis faite comme ça. »

✓ Ou spontanés (L11, S140).

L10 « Je suis dans la réponse immédiate. »

S140 « Je suis assez spontanée. »

✓ D'autres étaient diplomates (I29, T28).

I31 « Je suis pas brutal avec les gens. Je prends des formes. »

T28 « Je pense que j'essaie d'y aller petit-à-petit. »

Il concernait la tolérance :

✓ Certains se disaient conciliants (E24, I59, N50).

N50 « Je suis assez tolérant. »

I59-60 « Moi j'ai une attitude commerciale... plus conciliante. »

✓ Pour d'autres, les règles étaient vraiment importantes (F22, K80).

F22 « J'essaie vraiment d'être à l'heure. Je suis un peu psychorigide par rapport à ça. »

✓ La tolérance en matière d'insulte était variable :

➤ L'insulte pouvait être excusée par le contexte du patient (B48, D45, Q125, S138).

S138 « Si on la comprend, si c'est expliqué. ...qui c'est qui dérape pas ? »

B48 « Je veux bien que vous m'insultiez mais au moins que je comprenne pourquoi ! »

- La reprise de relation après insulte pouvait être jugée difficile (A73, K66).
 - K66 «Ca limite un peu la relation ... quand les gens vous ont agressé verbalement, après c'est difficile d'avoir une relation saine.»
- Pour d'autres, elle était inacceptable (J82, N37, P98, R101).
 - J82 « Les patients qui m'insultent... je pense qu'ils prendraient la porte.»
 - R101 «Si je me faisais insulter ?... je dirais que c'est terminé. »

III.5.5.2. Implication relationnelle

La plupart des médecins se disaient attirés par le côté relationnel de la médecine. Pour certains, cela constituait leur principale motivation professionnelle (D62, E14, N100, P128, S89).

D62 «C'est toujours un aspect, la relation médecin-malade, qui m'a attiré dans mon métier... que c'est même la principale motivation pour mon boulot, s'il y avait pas ça, je le ferais pas.»

III.5.5.3. Autres causes de variabilité

L'âge influencerait sur la gestion des situations (A80, D42, G125, H106, N87, S102).

A80 «Je gère pas un conflit maintenant à plus de 50 ans comme je le gérais quand j'avais 25 ans.»

Chaque situation était jugée comme particulière (A54, S68).

S68 « Y'a jamais complètement deux situations les mêmes, j'aurais tendance à dire ! »

- ✓ Ne serait-ce que par l'attitude du patient(A54).

A54 «Avec la même attitude face au même patient, on peut très bien avoir des résultats très différents et il peut ressentir notre attitude très très différemment. »

III.5.6. En résumé

Le non-verbal

La majorité des médecins serait restée calme. Certains se seraient mis en colère ou auraient été distants.

Le verbal

Les motifs de conflit étaient rarement évoqués aux patients dans leur intégralité. Certains médecins validaient l'émotion du patient. S'ils reconnaissaient une part de responsabilité, ils ne s'excusaient pas pour autant. Ils se justifiaient beaucoup. Les demandes exprimées aux patients étaient impératives, suggestives, ou prenaient la forme d'un contrat de comportement oral conditionnant la poursuite de relation.

Prescriptions

Le conflit influait sur les prescriptions. La limitation de prescription jouait un rôle éducatif. Certaines prescriptions recherchaient l'apaisement du conflit, la crédibilité, l'évitement.

Poursuite de relation

Les relations poursuivies étaient modifiées. Les médecins instituaient des faveurs ou limitaient les entrevues.

Recours au tiers

Les spécialistes étaient surtout consultés pour avis sur le diagnostic. Les généralistes étaient consultés pour avis relationnel, soutien du médecin ou comme relais définitif à la prise en charge du patient.

Le conflit était parfois évoqué avec les proches du médecin, surtout des soignants. Le recours à l'autorité était faible et utilisé pour éloigner des patients « nuisibles ». Les agressions étaient sous-déclarées.

Refus de relation

Les ruptures étaient rares et plutôt suggérées oralement aux patients. Les médecins leur déclaraient être incompetents. Leurs dossiers étaient disponibles surtout sur demande.

Variabilité des attitudes

La personnalité et l'âge du médecin influent sur ses attitudes.

III.6. Attitudes des patients

III.6.1. Le non-verbal du patient

III.6.1.1. Colère, calme et retrait

La moitié des entretiens décrivait des patients qui haussaient le ton (D33, G44, H32, I2, M15, N74, Q18, R9, T75).

D33 *«Son mari me menaçant ... mais violemment, verbalement et fortement, tout le monde en a bénéficié dans le cabinet quoi. »*

Certains patients s'étaient calmés pendant la consultation (L26, R39).

L6 *«Il s'est calmé, il s'est excusé, et je n'ai pas eu de problème après. »*

D'autres avaient exprimé leur ressenti sans agressivité (F48, J5).

CMS5 *«Le ton est monté ? » J5 « Non, mais y'a pas eu d'entente...il m'a reproché effectivement cette prise en charge, de l'avoir adressée sur des choses qui ne le satisfaisaient pas. Il a pas été incorrect*

Certains se refermaient pendant le conflit : ils semblaient nerveux mais ne parlaient pas (F33, G48, I3, R26).

I41 *« Il s'est assombri, il était nerveux, il avait hâte de sortir, il a fait son chèque, il me l'a donné sans un mot. »*

G48 *«Elle encaissait comme ça sans rien dire. »*

III.6.1.2. Les pleurs

Dans trois entretiens, le patient s'était mis à pleurer suite au conflit (C8, D9, E1).

E1 *«Quand j'essayais d'argumenter elle se mettait à geindre, à pleurer.»*

Même si c'était difficile de voir pleurer un patient, cela ne remettait pas en cause la décision du médecin (D21).

D21 *«Le fait de la voir « s'écrouler » ... et pleurer... j'étais pas bien, mais d'un autre côté je me suis dit c'est nécessaire pour qu'elle puisse aller mieux. »*

Un médecin émettait des doutes sur la sincérité des pleurs (E1).

E1 *« Et elle jouait dans le rôle... comme elle est comédienne ... elle a quand même un certain savoir-faire du style « je suis dans la plainte, je suis malheureuse, je peux rien vous dire. ». »*

III.6.1.3. Le désappointement

Un patient avait été décontenancé suite à la réaction de défi du médecin (O100).

O100 *«Ca lui a coupé ses moyens, parce qu'il pensait que j'allais trembler devant lui et puis il allait effectivement, comme il l'a dit, il allait s'amuser à faire peur.»*

III.6.2. Le verbal

III.6.2.1. Le désaccord exprimé

En plus des reproches évoqués dans le chapitre « III.3.1 », certains patients auraient exprimé leurs désaccords par l'insulte, la dénégation, ou le refus de répondre.

III.6.2.1.1. Insultes

Dans sept entretiens, le médecin avait reçu des insultes (D31, H38, I3, K, O, Q59, S34).

D31 «Je me suis fait injurier, mais injurier pendant 20 minutes ... ça a été dur.»

Les insultes concernaient le comportement professionnel du médecin (H38, I3) :

H38 «En me disant que je devais être un mauvais médecin.»

H18 «Que je profitais de son état de faiblesse, qu'on reconnaissait pas les malades.»

✓ Mais aussi sa vie privée (K2, Q59).

Q59 «Il m'a dit que j'étais raciste, ... que j'étais une voleuse... que je m'immisçais dans sa vie. »

K2 «Elle m'a traitée de « salope » , et que même « salope » c'était pas assez fort... elle m'a dit que j'aimais pas mes enfants . »

Elles n'étaient pas toujours adressées directement (I3, K31).

I3 «Sur le parking, quand je l'ai raccompagné à la porte, j'ai entendu : « Qu'est-ce que c'est que ce médecin, à la con... »

En cas d'insulte, la relation était plus souvent arrêtée. (D, H, I, K, Q).

III.6.2.1.2. Dénégation et déni

Quelques patients niaient le problème exposé (E36, G41, L36, P15, Q78, S24).

E36 «Elle me dit « oh bah non, Docteur, c'est pas vrai.»

G41 «Mais non ! Vous mettez ça, c'est pas réel, j'ai arrêté depuis longtemps ! »

Un patient ne voyait pas l'intérêt de se soigner (K26).

K26 «Elle disait « bon, mais vous croyez que c'est normal de m'obliger à prendre des médicaments. »

III.6.2.1.3. Refus de répondre

Certains patients refusaient de répondre aux questions du médecin sur leur prise en charge (H74, Q12).

H74 «Il a refusé de me donner le nom du nouveau médecin... « vous avez pas besoin de savoir. ». »

Q12 «Je dois aller à S. voir un psychiatre.» ... il voulait pas me dire quel psychiatre ... que ça me regardait pas. »

III.6.2.2. *La justification*

Elle se faisait parfois sous forme de nouveau reproche (D9) :

D9 «Là-dessus c'était : « bah oui, mais vous m'écoutez pas. ». »

- ✓ Ou en explicitant le rôle attribué au médecin (K29, T62).

T62 «De toute façon, c'est pas à vous de suivre ça.»

K29 «C'est pas à vous de le faire, moi je veux voir un psychiatre.»

Le patient se justifiait par son contexte (C7, E, G67, Q12, S142) :

S142 «J'étais d'une exigence ce jour-là parce que j'étais énervée.»

- ✓ Ce contexte n'était pas toujours cru par le médecin (C7, G67, Q12).

G67 « Bah oui mais je sortais d'une fête », bah oui, elle sortait d'une fête, comme tous les soirs. »

✓ Certains patients prétendaient que leur comportement était soutenu par d'autres médecins. (Q18, T50).

T50 « Vous n'aurez pas de papier, parce que j'ai appelé le médecin qui me suit et il y a pas de raison que vous ayez un papier. »

Q18 « Il a affirmé que son ancien médecin traitant ... lui donnait ce qu'il voulait. »

- ✓ Ils rappelaient leur souffrance (C7, N74, S75).

C7 «C'est pas vous qui souffrez, je suis toute seule, vous savez pas ce qui se passe à mon travail.»

S75 «Faut comprendre mon inquiétude. »

Un patient se justifiait par son tempérament (O85).

O85 «Vous savez, Dr O. j'ai pas bon, j'ai pas toujours bon caractère, je peux m'emporter, mais vous savez comment elle est S. »

III.6.2.3. *Les excuses et rectifications*

Le patient rectifiait parfois sa position, en manifestant de la compréhension à l'égard du médecin (E24, S75).

E24 « C'est vrai, ...Docteur, vous faites ce que vous pouvez. »

S75 «Oui, c'est vrai, je vais peut-être un petit peu loin. »

La plupart présentait des excuses (E51, F1, H82, L63, N74, O79, S142, S143) :

L63 « Il s'est excusé,... il m'a dit « je suis désolé, je le ferai plus. »

- ✓ Les excuses étaient souvent ultérieures (F33, H82, O79, S143).

H82 «Il est revenu le mois suivant ...en disant qu'il avait réfléchi à ce que je lui avais dit et que effectivement il avait été particulièrement odieux depuis quelques mois, qu'il s'en excusait et que il n'allait pas changer de médecin traitant. »

- ✓ Elles se faisaient volontiers par téléphone (F154, O79, S143).

F54 «Elle m'a rappelée, elle demandé à me parler, à la secrétaire, et elle s'est excusée par téléphone.»

III.6.2.4. *La demande*

Les patients clarifiaient parfois leur demande (J4, Q12).

J4 *«La dernière consultation il me fait : « Je veux être suivi dans le public.». »*

Q12 *« Il m'a dit : « Je veux mon Rivotril. ». »*

Certains proposaient des compromis (B23, E16).

B23 *«Il m'a redit ensuite que ça le gênait pas qu'il y ait des internes, mais pas celui-ci. »*

D'autres tentaient de faire revenir le médecin sur sa décision (D22, E44, G49, O3, O79) :

O3 *«J'ai fini mes injections... et 6 mois plus tard elle m'a redemandé de lui faire. »*

✓ Notamment sur les décisions de rupture (E44, D22, O79).

E44 *«Elle m'a rappelé 3-4 ans après... « Oh, docteur, j'aimerais bien vous voir.». »*

O79 *«Deux jours après elle m'avait téléphoné, en s'excusant et en me demandant si j'acceptais de redevenir son médecin traitant. »*

III.6.2.5. *Les menaces*

Certains patients menaçaient de rompre la relation. (A17, K13, O30).

A17 *«D'emblée elle m'a menacé de « changer de médecin, si quoi... », Je ne sais pas si quoi, la contrepartie n'était pas évoquée.»*

K13 *«Elle avait dit ... à la secrétaire ... que de toute façon elle ne remettrait plus jamais les pieds dans ce cabinet- là.»*

Trois médecins avaient reçu des menaces de plainte (D31, I44, K61).

I44 *«Le type est parti : « oui, je vais porter plainte, c'est non-assistance à personne en danger !»*

K61 *« Elle l'a mal pris... et elle a dit qu'elle me dénoncerait au conseil de l'Ordre. »*

Le quart des médecins avait déjà subi des menaces de violence ou de mort (E14, J62, N82, O99, O106, Q) :

O97 *«Ah bah, ... on a voulu me tuer ! »*

J62 *«En menaçant de mettre le feu au cabinet, de massacrer tout le monde. »*

✓ La menace n'était pas toujours prise au sérieux (O99, O106).

O99 *«Il avait un couteau dans la main, et une bouteille de gaz dans l'autre ...je lui ai dit : « ...si tu veux me tuer, bah tu te dépêches. ». »*

O106 *« Il touchait son arme... Et son arme, j'avais l'impression que c'était une arme en plastique. Je mourais d'envie de prendre l'arme pour jager l'arme, je me suis dit : « Si c'est une vraie, c'est de la provocation. ». »*

III.6.3. Les actes

III.6.3.1. Acceptation

La plupart des patients semblait se ranger à l'avis du médecin (C5, K80, L6, M73, N13, O73, P15).

P15 «Je lui ai dit que c'était hors de question que je vienne le voir en visite, qu'il fallait qu'il vienne au cabinet... Et en fait il est venu me voir au cabinet. »

Certains changeaient de comportement (K80, L6, O70, P15).

K80 «N'empêche que je l'ai revu 3 mois plus tard, et qu'il avait fait sa prise de sang, qu'il avait perdu 4 kilos. »

L6 «Tu sors. » ...Il est sorti ! ...et je n'ai pas eu de problème après. »

D'autres disaient « oui », mais finalement n'adhéraient pas (C5, N13, Q17, S24).

S24 «Non, elle disait oui mais elle était quand même persuadée qu'elle avait une maladie. »

III.6.3.2. Paiement

Certains patients refusaient de payer (H33, J46, K61) :

K61 «Il est parti en m'insultant, sans me payer. »

✓ Ou remettaient le paiement en cause (D35, J46, K80).

K80 «Je me suis fait engueuler ... et en plus il faut que je paie ! »

D35 «Ils m'ont dit « ... on vous doit quelque chose ? » ... pour eux c'était pas évident.»

III.6.3.3. Arrêt de relation

Certains avaient stoppé la relation sur suggestion du médecin (D31, M43, T).

M43 «Je lui ai dit : « Vous pouvez changer de médecin si vous voulez.»-
« Puisque c'est comme ça, donnez-moi mon dossier.»

Mais la plupart avaient rompu de leur propre initiative (H, I2, J5, K2, N29, N46, O99) :

I2 « Il est parti. Furieux, et je l'ai jamais revu. »

✓ Ces ruptures étaient jugées rares (R66).

R66 «On a des patients qui ont changé de médecin, tout à fait, peu, mais on en a quelques-uns. »

✓ Mais le médecin pouvait ne pas s'en apercevoir (M96).

M96 « Quand les patients partent, que je vois plus, bah ils sont partis de leur chef... souvent je le sais pas. »

Le médecin n'était pas toujours prévenu (J40) :

✓ Il pouvait apprendre la rupture via une tierce personne (N29-30).

N29-N30 « Elle a dit « Dr N, je veux plus le voir »...elle l'a pas dit à moi, elle l'a dit à l'infirmière. »

- ✓ Le patient pouvait rompre sans que le désaccord amène au conflit (G5) :

G5 «Quand ils s'en vont,... c'est parce qu'ils sont pas d'accord ... en fait y'a pas forcément eu conflit, sans faire d'esclandre. »

- Ainsi le médecin ne savait pas toujours ce qu'on lui reprochait (N46).

N46 «Il me dit : «J'aurais besoin de prendre mon dossier, mon épouse et moi ...ma femme elle veut partir.» ... J'avais flairé, je sais pas ce que j'ai fait. Et je sais toujours pas ce qui s'est passé. »

La rupture était parfois brutale :

- ✓ En prenant la fuite (H32, O99, Q47).

O99 «Ecoutez avec vous, Docteur, c'est même pas drôle, on peut pas s'amuser. » Il a posé son couteau, posé sa bouteille de gaz et il est parti. »

- ✓ En claquant la porte (K2, K65, T33, T75).

K65 «Il était parti ... en poussant la chaise, en claquant la porte ; il avait démarré très rapidement sa voiture. »

III.6.3.4. Plainte

Un médecin avait reçu une plainte (E81).

E81 « J'ai une patiente qui a fait une lettre au conseil de l'Ordre, parce qu'elle voulait de l'homéopathie et qu'elle voulait pas payer un supplément, parce qu'elle était à la CMU. Alors elle m'a dit que je voulais pas prendre les gens de la CMU. »

III.6.3.5. Harcèlement

Un médecin avait été victime de harcèlement (Q).

Q42 «Je vais revenir, mais pas seul. »

Q47 «Je prenais le train et j'étais suivie... il était derrière moi. »

Q78 «Il m'attendait dans sa voiture. »

III.6.4. En résumé

Le non-verbal

Selon les médecins, les patients s'étaient souvent mis en colère. Lors de la discussion, certains s'apaisaient, d'autres se fermaient ou pleuraient.

Le verbal

Le désaccord s'exprimait par les reproches, l'insulte, la dénégation ou le refus de répondre. Un quart des médecins avait été insulté.

Les patients se justifiaient par leur contexte, leur personnalité ; ils pouvaient en profiter pour exprimer de nouveaux reproches ou le rôle qu'ils attribuaient au médecin.

Les excuses étaient plutôt fréquentes et ultérieures à la consultation la plus conflictuelle.

Un quart des médecins avait subi des menaces de violence, lesquelles n'étaient pas toujours prises au sérieux.

Les actes

L'accord apparent du patient n'était pas toujours suivi dans les faits.

Certains patients remettaient en cause le paiement de la consultation.

Un patient avait porté plainte.

Un patient avait harcelé un médecin.

Des patients quittaient leur médecin du fait du conflit. Le mécontentement et la décision de rupture n'étaient pas toujours exprimés.

III.7. Ressenti du conflit

III.7.1. Définition du conflit

Pour les médecins interrogés, le conflit était une notion vaste (R82) et échelonnée (I53, G10, L86, R80).

R82 « La définition est vaste, que ce soit médecin-patient ou un conflit dans d'autres domaines. »

R80 «Y'a un échelonnage très grand de ce genre de choses. »

Le conflit était envisagé comme un désaccord (C104, G108, Q93).

C104 «Le conflit, c'est quand on n'est pas d'accord avec son patient.»

Le désaccord pouvait être lié à une différence de représentations (F104, T2) :

T2 «On parle sur des choses dont on n'a pas la même représentation, du sujet. A partir de là, on rentre dans un conflit. »

✓ Ce qui menait à une incompréhension mutuelle (B40, F104-105, K75, R3, T1-2).

T1-T2 « On parle peut-être sur le même thème, mais pas de la même façon, c'est pas compris de la même façon. »

K75 « C'est l'incompréhension. »

✓ Pour certains, il naissait :

➤ Du refus d'accéder à la demande du patient.

I51 « Un conflit c'est quand il ya un refus ... Une demande, et qu'on acquiesce pas à cette demande. »

➤ Du manque d'observance (M81).

M81 « C'est la non -adhésion à ce qu'on leur propose. »

➤ De la manipulation (N78).

N78 «Le truc c'est quand je sens que je suis manipulé. »

Le conflit était défini selon ses modalités :

✓ Le conflit était jugé pénible (S88-89).

S88-89 «Ma définition ? Pénible... c'est pas que chronophage, ça bouffe de l'énergie. »

✓ Et plus ou moins agressif (G12, I51, J61, P87).

P87 «C'est le moment où le ton monte. »

I51 «Ca peut aller ... jusqu'aux insultes, jusqu'à l'agressivité. »

✓ La relation était insatisfaisante (D40, H86).

H86 «C'est quand la relation est pas ce qu'elle devrait être. »

➤ Il n'y avait plus de confiance (C65, K75).

C65 «Quand la relation est cassée...que le patient a plus confiance en son médecin. »

K75 « C'est « L'incompréhension » ... et « La confiance. »

➤ Il n'y avait plus de dialogue (P88).

P88 «Rupture de dialogue. »

➤ La relation n'était pas thérapeutique (D40).

D40 «On rentre pas en relation thérapeutique à mon sens. »

Le conflit était envisagé selon ses conséquences :

- ✓ L'échec de négociation (M86).

M86 «Quand y'a conflit, c'est... l'échec de la négociation. »

- ✓ La rupture de relation (J61, L85).

L85 «Conflit ... ça va loin, où je peux plus quoi, j'arrête. »

- ✓ L'accusation (R80).

R80 «Ca peut aller jusqu'à la mise en accusation ... du médecin. »

Les situations conflictuelles étaient jugées complexes (E7, O2, Q2).

Q2 «C'est une histoire assez compliquée. »

III.7.2. Prévalence

III.7.2.1. Les conflits étaient rares

Quasiment tous les médecins disaient que les conflits étaient rares (B57, C102, D42, E76, F111, G123, H87, I59, J72, K82, L88, M1, N118, O147, Q107, R5, T15) :

H87 «J'en ai pas eu beaucoup, c'est vraiment les 2 seules consultations... ça a dysfonctionné. »

- ✓ Les autres médecins donnaient des fréquences, n'excédant pas trois par an (A58, P92, S92).

S92 «Deux-trois fois par an.. »

- ✓ Les relations médecin-patient étaient jugées globalement satisfaisantes (J73, K82).

J73 «Les gens en valent le coup, la grande majorité des patients sont attachants, reconnaissants! »

Cette rareté pouvait s'expliquer par :

- ✓ L'échelle d'agressivité du conflit : les désaccords étaient fréquents, mais l'agressivité rare (C113, G10).

G10 «Ca dépend ...le niveau du conflit. Si c'est un conflit avec une certaine agressivité, c'est extrêmement rare ...Si c'est un conflit, c'est-à-dire ... on va être obligé d'expliquer ce qu'on fait, et que le patient n'est pas forcément d'accord, là c'est dans la pratique quotidienne ! »

- ✓ L'évitement des conflits (C102).

C102 «J'évite les conflits moi ... j'arrondis toujours. Donc avec les patients c'est rare que je rentre en conflit. »

- ✓ La résolution des conflits qui étaient donc oubliés (D42, G1-104, M63, Q88, T).

G1 «J'ai eu des relations difficiles avec certains patients... en tous cas rien qui laissent de traces dans le sens où les conflits... ont toujours été résolus. »

- ✓ Potentiellement par le lieu d'exercice (N91-92).

N91 «Je parle avec un copain qui est dans ... une ZUP ... je pense que j'aurais pas le même rapport avec mes patients et à la vie, si j'étais dans une situation comme ça. »

Toutefois ils estimaient que :

- ✓ Le conflit ne serait pas toujours évitable (D47, E61, F113, Q104).

E61 « Quand on a envie d'éviter un problème ... on le retrouvera plus tard. »

- ✓ Les conflits feraient partie de la vie (C113, S145).

S145 « Les conflits font partie de la vie. »

C113 « Toute relation est un conflit. Quelque part ... »

- ✓ Et du métier du médecin (C113, G10, M82, S77).

C113 « Ca fait partie de notre boulot de les stimuler à aller marcher alors qu'ils veulent pas marcher, c'est ça les conflits en fait ! »

S77 « On en a toujours hein ! Moi je connais pas de médecin qui n'ait pas de conflit avec certains patients ! »

III.7.2.2. *Un risque croissant*

Les patients étaient perçus comme de plus en plus exigeants (K110) :

K110 « J'ai l'impression que les gens sont de plus en plus exigeants, ont besoin de consulter rapidement. »

- ✓ Voire consuméristes (S125 à S127).

S125 « La société change ... le patient est exigeant. Il est en médecine comme à l'épicerie : c'est un bien de consommation. »

Les patients se méfieraient du monde médical, suite au discours des médias (T21).

T21 « Avec la pub qu'on entend, les différentes émissions ... sur le monde médical, je pense que la vision des gens sur notre métier est pas forcément celle qu'on croit... pour beaucoup ils se méfient un peu du monde médical. »

La reconnaissance des patients diminuerait (S129).

S129 « On nous a tellement dénigrés que je crois qu'on a de moins en moins de reconnaissance de la part des patients. »

Les médecins seraient de plus en plus débordés. Les patients seraient donc obligés de différer leurs demandes (D46).

D46 « On est de plus en plus débordé... nos secrétaires... se font injurier quotidiennement, du fait des délais de consultations qui se rallongent, mais qui sont pas un choix de notre part... Plus le temps passerait, plus ils seraient confrontés à ... différer la demande ! »

L'évolution des recommandations professionnelles ne serait pas nécessairement en adéquation avec les attentes des patients (T94).

T94 « L'évolution qu'on nous demande de faire, on nous demande traiter un dossier de plus en plus ; bah le patient se reconnaît pas forcément là-dedans. »

III.7.3. Les stades du conflit

III.7.3.1. L'entrée dans le conflit

Soit les tensions s'accumulaient progressivement (C1, E1, H82, I40, N6, P65, S53) :

P65 «C'est venu petit par petit, à chaque fois elle était insatisfaite.»

E1 «Ca s'est emballé, ... c'est devenu de plus en plus envahissant comme problème. »

✓ Entraînant un agacement croissant chez le médecin (C1, H3, I40, S53).

S53 «Quand les choses se répètent et qu'on n'arrive pas à résoudre ... ça devient un peu pénible. »

I40 «C'était la goutte qui faisait déborder le vase. »

✓ La demande répétée d'arrêt de travail entraînait un doute sur leur légitimité (C1, I1, N6).

C1 «C'est pour ses arrêts de travail ... je trouve qu'elle vient en chercher trop souvent...au printemps ... en juin... fin juin...Alors là, elle me sortait par les yeux... »

✓ Les tensions pouvaient exister depuis le début de la relation (A32, E41, K22, P52, Q3, S46).

A32 «Y'avait eu déjà des échanges un peu tendus, un peu agressifs. »

K22 «C'était pas simple. ... dès qu'en fait on la contraignait à quelque chose... elle était ultra-impulsive. »

Soit la relation « dérapait » (D45, I23, Q12, S137) :

D45 «Ca dérape, ce qui s'était jamais produit, ça s'était toujours très bien passé. »

✓ Le médecin recevait des reproches, qui pouvaient le surprendre (D32-33, F97, J33, O1, R56).

D32-33 «Sur le moment ça m'a sidéré ...je m'attendais pas du tout à ça. »

R56 «Surprise qu'on puisse attaquer sur ce genre de choses. »

✓ Le comportement du patient ne correspondait pas à l'image que le médecin en avait (D48, G61, Q6, T33).

G61 «La façon dont c'était dit ne correspondait pas à la personne que je connaissais. »

O39 «Jusqu'à ce jour-là, j'avais pas vu qu'elle était comme ça. Elle était la petite grand-mère gentille, qui était bien avenante, toujours contente de me voir et là, je l'ai découvert sous un autre jour. »

III.7.3.2. *La souffrance*

Le conflit était perçu comme plutôt négatif (C102, D43, E80, F108, G17, H87, I58, J69, K79, L89, M86, O124, P89, Q94, R83, S145).

Q94 «Quand le conflit n'est pas réglé c'est négatif. »

III.7.3.2.1. *Des émotions négatives*

Le médecin ressentait un malaise dans la relation (C102, D4, G25, H45, J25, L89, N11, Q27).

G25 «On n'est pas bien quoi, on ressent qu' il y a quelque chose qui s'est mal fait. »

N1 «J'ai toujours une sorte de malaise, j'ai l'impression que je suis un peu prisonnier de cette relation. »

Le conflit était perçu comme :

✓ Désagréable (C49, I29, K59, O124, P93, S146, T73).

I29 «Moi j'ai vécu ça comme quelque chose de désagréable. »

✓ Difficile (D9, K4, S85).

S85 «C'est difficile pour tout le monde quand c'est comme ça. »

✓ Douloureux (D43, R55, S85).

D33 «Ca m'a fait mal. »

J52 «Je suis très mal à la recevoir. »

✓ Insupportable (J81, P2).

J81 «On était dans une relation de force, d'épreuve, et c'est quelque chose d'insupportable. »

P2 «Ca se passe, enfin pour moi toujours très mal, ...je ne peux plus supporter qu'il vienne tous les mois. »

Le conflit laissait un sentiment d'échec (C9, D17, H48, K69, M86, P89).

M86 «C'est l'échec. L'échec de la négociation. »

H48 «L'échec c'est de pas avoir réussi à lui faire comprendre. »

Les entrevues ultérieures étaient appréhendées (C63, D53, E7, F120, G69, H87, K13, L45, P78, Q78).

H8 «C'est des relations qui me donnaient une boule au ventre quand je savais que je les avais, que j'allais avoir une consultation avec eux. »

J52 «Je suis très mal à la recevoir, quand je la vois sur mon agenda c'est horrible. »

La majorité des médecins avait éprouvé de la colère (A22, C14, D9, E2, F28, H69, I18, K40, L6, M35, O29, P77, S55, T52) :

✓ De l'agacement ou de la contrariété (A22, E2, F28, I34, S66).

E2 «Ca commençait à me gonfler. »

S66 «Elle est manipulatrice, elle fait du chantage ...elle m'a agacée I34- j'étais ... pas dire contrarié, mais oui quand même ! »

✓ De l'énervernement (C14, D9, H69, L6, M35, P77, S55, T52).

M35 «ça m'a un peu énervé. ...J'ai pas eu envie de négocier...Elle m'a tellement agressée d'emblée

L6 «J'étais en colère, donc ...je lui ai passé un savon. »

✓ De la révolte (I18, K40, O29).

O29 «Y'avait de la surprise, et puis de la révolte. Je pensais qu'on pouvait envisager que j'aie une vie privée, et elle, elle me disait que je devais pas en avoir. »

I1 «J'étais vraiment révolté ; ... un cas... là ça a été loin, parce que j'ai appelé les flics. »

La colère était essentiellement liée au motif de conflit : la manipulation (C, E, S), l'agression (I, A, L, M), le manque de reconnaissance (D, F, K, O, P).

Certains médecins avaient ressenti de la déception ou de la tristesse (B20, E99, F9, G64, K39, R59) :

✓ Ce qui les décevait, c'était d'avoir pu décevoir le patient (G64, J29, K39).

J29 « Ca m'a déçue sur le point en me disant ... J'ai peut-être pas répondu aux bonnes attentes, je m'en suis plus voulue à moi qu'à lui, plutôt. »

G64 « La tristesse ... d'avoir mécontenté quelqu'un. »

✓ D'autres étaient tristes pour eux-mêmes (C15, F9).

C15 «Emotionnellement, je suis pas du tout triste pour elle. Je suis triste pour moi. »

F9 «Ce qui m'a un peu déçue en fait, c'est ... qu'à côté de ça, y'ait pas tellement de reconnaissance. »

Quelques médecins avaient éprouvé de la peur face aux menaces des patients (E14, J62-63, K61, N84, Q60) :

Q60 «Entre le moment où il m'a dit «Je vais pas revenir seul.» jusqu'en janvier, je restais jamais seule ; j'avais super peur. »

J62-63 « Menaçant ... de massacrer tout le monde... j'ai eu la peur de ma vie quoi. »

✓ La peur pouvait être rétrospective suite à une intrusion (L38).

L3 «Je me suis dit : « Si un jour, si y'a personne dans mon cabinet, s'il arrive » et je sais pas à quelle extrémité il peut venir quoi, c'est une peur, mais rétrospective.. »

Malgré la menace, un médecin déclarait n'avoir pas eu peur (O115).

O115 «Moi ... menacée à mort, ça me fait pas peur, je suis désolée ! »

La souffrance serait d'autant plus intense :

- ✓ Si l'on manque de confiance en soi (K76).

K76 «Je suis assez sensible à ça...je doute beaucoup. »

- ✓ Si l'on s'implique beaucoup dans la relation (D62, S89).

D62 «La relation médecin-malade...c'est même la principale motivation pour mon boulot...Et c'est bien pour ça que je le vis douloureusement quand ça se passe aussi mal. »

III.7.3.2.2. Se sentir victime

La majorité des médecins s'était sentie agressée (A18, D48, F1, G61, H82, K2, L14, M1, O30, Q12, R6) :

F1 «Ca c'est le problème...Elle est plutôt agressive dans le fait que ce se soit pas fait tout de suite. »

- ✓ Cela les faisait souffrir (D48, K2, R6).

D48 «C'est ça qui a été d'autant plus douloureux, c'est de voir la même dame, mais surtout son mari... être aussi violents avec moi. »

K2 «Elle est devenue très agressive. Elle m'a insultée...c'était assez violent. »

- ✓ Le patient était parfois soupçonné de faire mal intentionnellement (A18, O30).

O30 « Y'avait une volonté chez elle très forte de me culpabiliser et de me faire mal. »

- ✓ Un médecin s'était senti humilié (I35).

I35 «C'était humiliant un peu pour moi, il me prenait pour un con, quoi je veux dire ! ... dans mon estime de moi, j'étais agressé quand même. »

La manipulation les faisait souffrir (C1-C15, D23, E18, J81, N78, S66).

C15-1 «Je suis triste pour moi...Parce que je me sens impuissante, devant une patiente qui me manipule. »

D23 « Un comportement pervers ... c'est ça qui faisait que c'était difficile ... parce que c'était elle qui menait la consultation, tout simplement. »

La plupart des médecins trouvait les reproches injustifiés et estimaient qu'ils manquaient de reconnaissance (A22, D6, F9, J43, K26, O4, R54) :

K2 « J'ai vécu ça comme une injustice ... elle me rendait responsable de la modification du droit de visite de son enfant, alors que voilà, moi. ...j'étais pas responsable. »

- ✓ Ce manque de reconnaissance les faisait souffrir (A22, D6, F9, J43, R54).

J4 « Le départ d'un patient alors que j'ai fait énormément me touche effectivement en me disant : « Bah, y'a aucune reconnaissance, je me suis défoncée pour ce patient. »

R54 « Ca m'a mâchée parce que j'avais, on donne du temps pour prendre les rendez-vous et qu'on est mis en question sur des choses pour lesquelles on a vraiment tout donné. »

III.7.3.2.3. Se sentir responsable

La grande majorité des médecins se remettait en cause (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, P, Q, S, T) :

H93 « On se remet en cause en fait, en tant que médecin... dans ses capacités de médecin... et puis on cherche un petit peu l'origine. »

✓ Ils se posaient beaucoup de questions (A48, D21, F108, G17, H93, I29, K59, Q108).

A48 « Il peut parfois y avoir une ... grande interrogation sur : mais pourquoi ? Pourquoi ça s'est passé comme ça ? Qu'est-ce que j'ai fait ? Pourquoi j'ai été comme ça ce jour-là ? »

✓ Ce processus peut être douloureux (F108, K59, Q108, T73).

T73 « Ça peut être psychologiquement un peu usant. On peut se dire : mince, qu'est-ce qui va pas ? Est-ce que ça vient de moi ? » ... Se dire « ... Peut-être que je la soigne pas bien ». Donc ça peut être difficile à vivre... une remise en cause. »

Q108 « Ça fout le moral à zéro, parce que c'est contrariant de se dire « bah pourquoi ça s'est pas passé comme ça ? Qu'est-ce que j'aurais dû faire ? »

Certains médecins souffraient d'avoir insatisfait le patient (B20, G64, J71).

B20 « Ce qui m'a ennuyé plus, c'est le fait que quelqu'un puisse me reprocher quelque chose. »

Ils jugeaient leur prise en charge inadaptée (C78, D43, I44, J30, K48, P125-126).

D43 « Je le vis douloureusement... de penser qu'on les a pas aidés comme il fallait. »

Ils se sentaient incompétent (D5, K41, P126, S122).

S12 « C'est là que je mesure mon incompétence et que je peux pas dénouer cette situation. »

Ils se dévalorisaient (B21, K121).

B21 « L'impression de pas avoir été à la hauteur. »

Ils se sentaient coupables (A48, B19, D31, E99, J29, K121) :

D3 « J'ai passé quelques nuits en me culpabilisant ... de ne pas avoir fait ce qu'il fallait. »

K12 « Vous culpabilisez parce que ... vous vous sentez un peu responsable de l'échec de cette relation. »

✓ Voire honteux (I45).

I45 « J'étais pas trop fier de moi à vrai dire. Pas très fier de moi. J'ai mal géré. »

Quelques médecins remettaient en cause leur personnalité (C26) :

C2 « Y'a quelque chose qui va pas chez cette femme. Et chez moi. »

✓ Comme lâche (C2, C72),

C2 « Je n'ai jamais eu le courage de lui dire que je ne veux plus la revoir... C'est un manque de courage, hein ? »

C72 « C'est de la lâcheté de ma part. »

✓ Ou permissive (C98, D41).

- C98 «Parce que je suis un peu laxiste probablement. »
D41 « Je pense pas que je sois quelqu'un avec qui on puisse facilement rentrer en conflit et justement c'est sans doute un de mes torts. »

Toutes ces considérations leur renvoyaient une image négative d'eux-mêmes (I47, J69, K121).

- J69 « Le conflit en lui-même est quelque chose d'assez négatif sur l'image que je peux avoir de mon métier et de ma relation avec mes patients. ».

Si la situation se reproduisait, la plupart agirait différemment (H95, I46, J44, K47, N87, O113, Q80) :

- K47-49 « J'aimerais bien que la consultation se reproduise, parce que je pense que je me comporterais ...différemment...Je pense que je serais moins dans l'affrontement. Je pense que j'essaierais plutôt de lui expliquer que voilà, c'est vraiment dans son intérêt. »
H95-96 «Si j'en avais un autre dans le même style, je remettrais les choses au point dès le départ je m'étais dit que c'était bête, que j'aurais dû lui dire beaucoup plus tôt. »

✓ Mais la souffrance pourrait être inévitable (E25, Q109).

- E25 «Je ne vois pas comment intervenir en étant moi bien avec moi. »
Q109 «A la limite j'en ai trop fait ... mais si je ne l'avais pas fait je m'en serais voulue. »

Certains médecins restaient inquiets pour le patient (D24, J, K, T40).

- D24 «Ce qui m'ennuie au final pour elle, c'est que je pense jamais elle aura ce qu'elle attend. Donc elle sera jamais satisfaite. »
K2 «Le seul souci c'est que je ne sais absolument pas ce qu'elle fait de ses traitements... je sais pas après ce qu'elle va faire, ce qu'elle va devenir. »

III.7.3.3. La résolution

III.7.3.3.1. La relativisation

- B19 «L'incident ... je l'ai relativisé ...Je me suis un peu déculpabilisé. »

Le médecin prenait du recul face à la situation (A46, E62, L9).

- E62 «La façon dont je l'expose a changé dans ma tête depuis que ça s'est passé. »

La responsabilité était ré-envisagée selon le contexte du médecin et celui du patient :

✓ Le médecin avait trouvé une cause à sa propre agressivité (A23, I44).

- A23 «J'étais déjà de mauvaise humeur... C'était pas très très difficile de me mettre en colère ce jour-là je pense. »
I44 «Peut-être que mes secrétaires aussi m'ont manipulé un peu. »

- ✓ Il n'avait pas accepté d'endosser toute la responsabilité du conflit (J33, K26, N75) :
 - J33 *«Maintenant je pouvais pas y faire grand-chose. »*
 - K26 *« Je suis pas responsable de sa maladie. »*
- Mais il avait compris le patient dans ses reproches (J30, R54).
 - J30 *« Il a légitimement des reproches à me faire. Qu'ils soient justifiés ou pas... on s'en fout... »*
 - R54 *«Elle avait le droit d'exprimer son mécontentement ... ! C'est même plutôt sain. »*
- ✓ Les reproches des patients étaient expliqués par leur contexte (D31, M38, O125, R4).
 - D31 *«Avec le recul,...certainement c'était difficile, et il fallait un coupable, donc c'était le docteur. »*
 - M38 *«J'ai mis ça sur le compte de sa maladie. »*
- ✓ C'était la faute à la relation, plus qu'à chacun (P55) :
 - P55 *«L'entente était pas possible entre nous. Je lui ai pas dit que c'était sa faute, ni la mienne, je lui ai dit que ça passait pas quoi. »*
- La qualité relationnelle était insuffisante (A43, H89, J29, M58, P55, P83, Q3, T33).
 - A43 *«Avec cette patiente ce jour-là, cette relation de base ne s'était pas établie correctement. »*
 - J29 *« Y'avait pas la confiance, y'avait pas l'accroche, y'avait pas le plaisir de voir son médecin, donc voilà je pense que valait mieux effectivement changer de crémerie. »*
- L'insatisfaction était perçue comme mutuelle (D21, J25, K26, P124, T33).
 - K26 *«Chacune on a vécu cette consultation comme une injustice. »*
 - J25 *«Probablement qu'il y avait un malaise des 2 côtés. »*

III.7.3.3.2. La souffrance qui s'atténuait

La résolution commençait quand la souffrance diminuait (A43, B19, J20, R42) :

A43 *«Le conflit apaisé, enterré, on a pu continuer la consultation. »*

- ✓ Jusqu'à l'indifférence. Le conflit était « oublié » (M60, R46).

R46 *«C'était quelque chose d'oublié et que ça posait aucun problème. »*

M60 *«C'est du passé ! »*

Le médecin n'avait pas de regret (I34, O2, P122, S70, T33).

S70 *«Moi alors là, j'ai pas d'état d'âme. »*

I34 *«Ca va pas m'empêcher de dormir, moi j'ai considéré que j'avais bien fait de lui dire ça. »*

Il envisageait même l'issue du conflit comme positive (A49, B40, E80, F133, H89, J69, K80, O46, Q94, R43, T3) :

O46 *«Finalement au bout du compte ça m'a fait beaucoup de bien. »*

F133 *«Maintenant je vois que le côté positif de cette histoire et plus le côté négatif. »*

- ✓ Il se satisfaisait de certaines conséquences (A50, D44, E80, F61, F108, J20, K80, P92).

D44 «Je suis content qu'ils soient pas allés loin. »

J20 «Il semble beaucoup mieux s'entendre avec mon associé, voilà, c'est très bien pour lui. »

Il positivait certaines de ses attitudes (D16, D35, D43, E107).

D43 «Je suis content de pas m'être mis en colère. »

E107 «J'ai une réaction un peu tardive de me dire « Attends ! T'as bien réagi là. ». »

III.7.3.3.3. Un progrès

Q94 «Y'a des conflits, ça peut faire progresser, s'il y a des solutions qui sont apportées. »

Quelques médecins jugeaient que le conflit pouvait améliorer la relation (R50, S83, T81) :

- ✓ La communication était meilleure (R83).

R83 « Ca peut faire avancer les choses. Il peut y avoir aussi après une amélioration, je veux dire un apport de communication. Moins de retenue de la part, et de l'un et de l'autre, peut-être. Y'a des choses qu'on pourra dire plus librement, plus clairement. »

- ✓ C'était l'occasion pour le médecin de mieux comprendre le patient (T3, T81) :

T3 «Quelque part ... ça peut même être intéressant, puisque ça peut nous permettre de mieux comprendre la représentation du patient. »

T81 «Pour moi c'est mieux. C'est mieux qu'avant, parce que ... ça permet d'être plus en confiance en fait ; donc le fait de pouvoir, déjà, que le patient entende qu'on a compris sa crainte, bah je pense qu'il se sent déjà mieux compris ; on est dans une relation plus satisfaisante avec son médecin. »

- Et pour le patient de mieux comprendre le médecin (K80, P92).

K80 «Les premières consultations ont été alors « conflictuelles » ... Mais ... ils comprenaient qu'en fait voilà, c'était pour leur bien ... certes c'était difficile, mais après ça s'arrangeait. »

P92 «Ca va être une ou deux phrases un peu plus « directes » ... et puis les gens reviennent ; la fois d'après ils ont réfléchi, et on peut en rediscuter, et à ce moment-là c'est constructif. »

III.7.3.3.4. Un apprentissage

La remise en question par le patient aurait été parfois utile (F108, G17, S84) :

G17 «Ca remet en question... la personne a « raison » entre guillemets c'est-à-dire qu'en discutant on peut s'apercevoir qu'effectivement y'a peut-être eu un petit souci. »

- ✓ Le médecin en avait appris quelque chose (A50, D23, E80, F108, O42).

E80 «En général, j'en ai appris quelque chose dans tous ceux que j'ai réussi à résoudre. »

F108 «C'est ça qui est positif après, c'est qu'après ça nous apporte quelque chose ...on apprend à gérer ça, et ...on apprend à se connaître aussi. »

- ✓ Ce qui lui permettait d'adapter son comportement ultérieurement (F110, O42).

O42 «Moi ... ça m'a appris à être beaucoup plus professionnelle et à être carrée dans ce que je faisais. »

F110 « Avant j'avais vraiment l'impression que ...je devais vraiment m'aplatir un peu devant le patient, alors que maintenant je comprends qu'effectivement c'est qu'ils attendent aussi, c'est qu'on se montre un petit peu plus ferme. »

III.7.4. Les situations présentées

III.7.4.1. Poursuite de relation

Le conflit était jugé rarement insoluble (C103, G94, R3).

G93 « La plupart du temps je résous en discutant. »

III.7.4.1.1. La résolution rapide

Certains conflits étaient résolus en moins de trois consultations avec le patient (A43, G74, J31, M53, N85, R62, S56) :

M53 «Le temps des 2 ou 3 consultations suivantes. »

- ✓ Pour deux médecins, il était possible de faire abstraction dès lors que la consultation était terminée (R62, S56).

R62 «Sur le moment ... mais après non, on passe à autre chose et on se donne aux autres patients. »

Dans la plupart des cas, les médecins ressentaient une amélioration de la relation (A51, F29, H82, K80, L93, O130, R50, S83) :

- ✓ Une meilleure communication (R50).

R50 «Assez bizarrement, je pense qu'elle est apte à me dire beaucoup plus de choses, elle est beaucoup moins sur la retenue qu'elle ne l'était avant, donc c'est vraiment plutôt positif, quelque part. »

- ✓ Une meilleure compréhension (S83-84).

S83-84 « Ca s'est même amélioré...Parce qu'ils ont compris comment je fonctionnais. »

- ✓ Une clarification des rôles (A51, F29, L93-94, O130).

L93 « Il se sentait peut-être lui trop en confiance avec moi pour se permettre de telles choses, et qu'on a rétabli un juste équilibre quoi. »

O130 «Ce qui s'est largement amélioré, c'est qu'elles ont vu qu'elles ne prenaient pas le dessus sur moi, ... c'était pas elles qui avaient les rênes de la relation. »

- ✓ Un ajustement du comportement du patient (F29, K80).

F29 «Elle est beaucoup moins agressive qu'avant. Peut-être qu'il fallait juste poser les choses. »

Pour d'autres médecins, la relation avait retrouvé sa qualité antérieure (G60, H89, N74, O62, S136, S142) :

H89 «La relation est repartie comme elle était au départ en fait. »

- ✓ Toutefois des tensions pouvaient persister (A32, F43, L45).

L4 «Ca se passe comme avant...Y'a pas de problème. Mais je me dis toujours « est-ce qu'un jour il va pas débarquer ? »

F47 «Je me mets quand même sur mes réserves en me disant, que la consultation effectivement pourrait toujours virer au conflit si jamais ça recommençait. »

III.7.4.1.2. L'insatisfaction durable

Dans les conflits durables, la souffrance engendrée entraînait une altération profonde de la qualité relationnelle (C, D, E, J, N, Q, P).

D16 «C'est le patient qui te fait du mal, quoi et qui te fait du mal dans la durée. »

S89 «C'est pas que chronophage, ça bouffe de l'énergie. »

D'abord le médecin espérait une résolution (D, E32, I17, N12, Q17) :

D7 « Je me disais « ça y est, elle a entendu, elle va faire la démarche, elle va consulter le psy, elle va être prise en charge, on va pouvoir l'aider correctement. »

I17 «Moi j'ai pensé qu'il allait peut-être se déballonner, et puis qu'il allait peut-être me dire « Oui, c'est vrai, vous savez, c'est dur le boulot, on a une pression... »

- ✓ Mais le comportement du patient le décevait (C17, D7, N14, Q17) :

C17 «Je vois ce que je lui ai dit mais ça n'a pas eu d'effet. »

D7 «Je me disais » ça y est, elle a entendu...et puis non. »

- Ce qui était vécu comme un échec (C9, D50, E37).

C9 «C'est dur ça, de savoir que j'ai perdu la bataille. »

La situation stagnait (C9, D3, E25).

D3-4 «Ma difficulté, au bout de 9 ans, c'est de me rendre compte qu'à aucun moment j'ai réussi à rentrer en relation de soins avec elle...je pense qu'on était dans une impasse et que ça n'avancait à rien. »

C9 «Encore aujourd'hui, on est au point zéro. »

Les entrevues étaient fortement appréhendées (C63, D24, J52, P8) :

J52 «Franchement je suis très mal, je suis très mal à la recevoir, quand je la vois sur mon agenda c'est horrible. »

P8 «C'est vraiment un poids quand je le vois sur l'agenda, je me dis « c'est pesant. »

- ✓ Car les consultations étaient régulièrement désagréables (C49, D17, J52).

J52 «ça se passe mal à chaque consultation. »

D17 «Des consultations pénibles... où j'entendais régulièrement que j'étais pas compétent »

Le médecin se sentait incapable de faire évoluer cette situation (C16, D16, E25, N15) :

C16 «Je me sens impuissante, devant une patiente qui me manipule. »

E2 «Là je me sens pas capable ...je vois pas comment je pourrais faire. »

- ✓ Alors il continuait la relation et se reprenait à espérer (C54-55).

C54-55 « Faut que je sois plus ferme ... refuser les arrêts de travail, et l'obliger à consulter un spécialiste. »

A son paroxysme, l'espoir de résolution du conflit pouvait être la rupture (C57, E29, J52, P7) :

J52 «J'ai qu'un désir, c'est qu'elle change de médecin, voilà, mais je ne sais pas pourquoi elle persiste à venir me voir, parce que je la supporte plus ! »

- ✓ Mais le médecin ne rompait pas (C, E57, J, P) :

E7 «Je m'étais dit « son arrêt de travail s'arrête dans un mois alors je l'appelle pour lui dire que je veux plus la voir quoi... » Et puis le temps passait, et puis ... je la revois. »

- Soit parce qu'il appréhendait la réaction du patient (E34).

E36 « Ah, au téléphone, oui. Ah, c'est qu'en consultation, là je me dis qu'elle peut me dévaster mon bureau. Ah, c'est elle qui pourrait être violente. »

- Soit parce qu'il doutait de la sincérité du patient (E32).

E32 «J'ai du mal à me décider à l'appeler, parce qu'elle peut... être dans le côté sincère.»

Il pensait assumer sa responsabilité de médecin (E7, P8) :

E7 «Je les assume quand même ces consultations. »

P8 «Je le fais, parce que c'est mon travail. »

- ✓ Mais il se sentait usé, épuisé (C, D, S89).

C2 « J'ai l'impression qu'elle me suce mon sang, elle m'épuise. »

D16 « Mais vraiment j'en pouvais plus. »

- ✓ Il n'avait plus aucune empathie pour le patient (C71, J52, P8) :

P8 « J'ai la sensation d'avoir aucune empathie vis-à-vis de son quotidien. »

- Et cette distanciation le faisait souffrir (E60, P8).

E60 «Là, j'ai expérimenté qu'avoir un recul très technique c'est épouvantable. »

- Cela pouvait aller jusqu'à l'aversion du patient (C, E7, L89, P3).

C1 «Elle me sortait par les yeux... »

C12 «J'ai eu envie de la foutre à la porte. »

La relation était désinvestie (C, E22, J53, N16, P33).

- C51 « Quelquefois je bâcle la consultation... j'ai pas envie de creuser en fait... C'est aussi un désinvestissement dans son problème. »
- C60 « T'as plus envie de t'en occuper. Elle peut avoir n'importe quoi, j'ai pas envie de la traiter ... tu t'en fous de ce qu'elle peut avoir, parce que tu la détestes. »

Certains parlaient d'une possible démotivation professionnelle (E10-11, O115, Q85) :

- E10-11 « C'était la situation de burn out... J'étais que dans le cadre, et je pouvais rien faire d'autre. Et je me disais « mais je m'emmerde, dans mon boulot, qu'est-ce que je fais là ? »

✓ La rareté du conflit permettrait de limiter la démotivation (J72, K124, S131).

- S131 « Les 4/5^{èmes} de mes patients que j'ai tissés, c'est ça hein, ça marche très bien. C'est ce qui fait que je suis toujours médecin, autrement je le serais plus. »

III.7.4.2. Les arrêts de relation

- G64 « Si ça se passe mal, si nous accroche pas avec le patient ou si le patient accroche pas avec nous, je préfère qu'ils aillent voir quelqu'un d'autre, là c'est clair. »
- J9 « Je me suis pas embarrassée de gens avec qui j'avais une relation conflictuelle... Je n'ai pas envie de m'épuiser sur une relation conflictuelle où je sais qu'il n'y aura pas d'aboutissement ou de changement ni d'un côté ni de l'autre. »

Les arrêts de relation étaient majoritairement bien vécus, même si c'était le patient qui décidait de rompre (D15, E43, H48, I40, J42, K33, P77, Q73, S37, T68).

Certains médecins se disaient contents (Q73, T33) :

- T33 « Là on n'est pas dans une relation de confiance, donc à partir de là je suis presque content qu'elle parte, parce que c'est pénible pour elle d'abord, et c'est pénible aussi pour moi du coup. »

✓ Ou soulagés, voire libérés. (D15, E43, H48, I40, J42, P77, T68).

- D15-16 « Moi ça a été une libération, vraiment... un soulagement immédiat. »
- P77 « Soulagée en fait de ne plus avoir à travailler avec quelqu'un avec qui on s'entend pas et avec qui chaque fois c'est conflictuel ; donc je pense que j'ai dû être un peu énervée sur le moment, mais soulagée très rapidement après. »

La rupture était considérée comme la meilleure solution (H89, I34, K33, P122, S37) :

- H89 « De toute façon on était dans un dialogue de sourds et valait mieux casser la relation. »
- P122 « Je referais la même chose s'il fallait la voir aujourd'hui. »

✓ Voire la seule (T55).

- T55 « De la façon dont elle était, ça pouvait pas se passer autrement. »

Rompre était plus ou moins facile (E7, R73).

E7 «C'est pas évident à dire ! »

R73 «C'est pas difficile, c'est pour eux autant que pour nous ...on n'y arrivera pas. »

Quelques ruptures laissaient des remords ou de la culpabilité (D43, I44, K48).

I44 «J'aurais pas dû refuser de le voir le gars, ... en plus j'ai refusé de l'examiner. « Allez voir quelqu'un d'autre ». ... ce type-là qui est arrivé avec une volonté conflictuelle je l'ai renforcé dans son désir de conflit. »

III.7.5. En résumé

Une définition difficile

Le conflit était perçu comme complexe. Il était envisagé selon ses motifs ou ses modalités.

La prévalence

Les conflits étaient perçus comme rares. Mais l'évolution de la société et des rapports médecin-patient pourrait les rendre plus fréquents dans l'avenir.

Le ressenti

Le conflit engendrait de la souffrance, celle de se sentir victime et/ou coupable. Certaines conséquences pouvaient être perçues comme positives.

Les relations présentées

Les relations poursuivies étaient majoritairement vécues comme meilleures, ou identiques à celles précédant le conflit. Quelques-unes étaient poursuivies malgré une souffrance importante.

Les arrêts de relation étaient plutôt vécus avec soulagement.

III.8. Conséquences des conflits

III.8.1. Sur les médecins

Quelques médecins considéraient que le conflit n'avait eu aucune conséquence (H76, I39, J41, N70, P49, S65).

H76 «Non. Autant y'a eu des dossiers qui ont eu des conséquences, autant celui-là non. »

Il existait néanmoins certaines conséquences liées aux actes de chacun.

III.8.1.1. Conséquences possibles des actes des patients

Le conflit risquerait d'altérer la réputation du médecin (I90, K69, Q108) :

K69 «Ca peut retentir aussi sur les autres patients... le bouche à oreille, voilà. »

O108 «J'ai dû fermer trois fois le cabinet ... alors que les gens avaient rendez-vous ... y'a des gens qui ont gueulé ... On est toujours obligé de se justifier, dire « Bah oui, j'ai été agressée. » Alors y'en a qui comprennent, y'en a qui comprennent pas. »

✓ En cas de rupture, les proches des patients auraient tendance à quitter le médecin (D31, J27, N46).

N46 «Il me dit « J'aurais besoin de prendre mon dossier, mon épouse et moi. .. »
Je lui dis : « Ah bon, y'a un problème ?-oui, ma femme elle veut partir donc elle veut que je parte avec elle. »

Les agressions physiques faisaient partie des craintes des médecins en cas de conflit (K69, L39, P106) :

M89 «Je connais des confrères qui ont été agressés.»

P106 «Ca nous est jamais arrivé, mais c'est ce qu'on craint tous. »

✓ De même que les plaintes (D35, E82, K69, P106).

D35 «Peut-être qu'il y aura des suites, parce que je me fais pas trop d'illusions. »

Les conséquences telles que le non-paiement, la perte du patient, le harcèlement et les menaces sont détaillées au chapitre « III.6 ».

III.8.1.2. Conséquences des actes des médecins

Un médecin fut amené à sécuriser son cabinet et son entourage (Q).

Q60 «Je me suis renseignée pour les bombes lacrymo, ... est-ce que je pouvais avoir un garde du corps... y'a eu des rondes ... autour de mon domicile. »

Q77 «On a une caméra, on a mis des barres en fer forgé ... maintenant on ferme à clé. »

Q79 «J'ai peur pour mes enfants, j'avais fait un mot à la maîtresse, au sujet de mes enfants, pour dire que personne avait le droit de venir les chercher. »

Les conséquences sur les prescriptions et la gestion de rendez-vous sont détaillées au chapitre « III.5 ».

III.8.1.3. Conséquences de la relation

Le conflit pouvait induire un filtre de patientèle (D49, F110, J69).

J69 « Ca amène à séparer les médecins et patients qui ne s'entendent pas. »

Les conséquences psychologiques sur les médecins sont détaillées aux chapitres « III.7.3 » et « III.7.4 ».

III.8.2. Sur les patients décrits

III.8.2.1. Conséquences inconnues

En cas de rupture de relation, les conséquences étaient souvent inconnues (G16, H74, I34, J74, K52, M50, P79, Q76, T67).

G16 « Je sais pas comment ça s'est passé après... j'ai jamais revu cette patiente. »

Ces conséquences intéressaient peu les médecins (G16, J37, M50).

M50 « Aucune idée, et puis ça m'importait peu. »

J37 « Aucunement, et j'ai pas cherché à en avoir. »

Si le patient était revu au cabinet par un confrère, le médecin restait courtois (J35, P72).

J35 « Je le salue régulièrement dans le cabinet ; je lui demande pas comment il va, mais ...je vais lui serrer la main, lui dire bonjour. »

Un médecin était encore référent malgré la rupture de relation (T48).

T48 « Je suis toujours son médecin traitant. » CMS66 « Vous l'avez revue, cette patiente ? » T66 « Jamais ! »

III.8.2.2. Conséquences connues

Pour la plupart des médecins, le conflit n'avait pas eu d'impact sur la santé du patient (F68, G91, L93, O93, R51, S64).

G90 « Non. J'aurais aimé, qu'elle soit vraiment très déçue qu'on pense ça d'elle et qu'elle fasse des efforts pour arrêter... Cette conséquence là aurait été ... bénéfique. »

Certaines suites étaient positives : meilleure observance, meilleure communication, amélioration des somatisations (A29, K80, R50).

K80 «N'empêche que je l'ai revu ... qu'il avait fait sa prise de sang, qu'il avait perdu 4 kilos. »

R50 « Bizarrement, je pense qu'elle est apte à me dire beaucoup plus de choses, elle est beaucoup moins sur la retenue qu'elle ne l'était avant. Donc c'est vraiment plutôt positif. »

L'altération de la qualité des soins était envisagée si la relation reste insatisfaisante (C, L35, P39, R, T) :

✓ Le désinvestissement pourrait être dangereux (C60) :

C60 «T'as plus envie de t'en occuper. Elle peut avoir n'importe quoi, j'ai pas envie de la traiter quoi. C'est dangereux pour elle ... c'est catastrophique ! »

➤ De même que certaines prescriptions (C54).

C54 «Je me demande si c'est pas nocif pour elle de lui céder quoi. »

✓ Le manque de communication faciliterait le retard ou l'erreur de diagnostic (L35, P107, T72).

T72 «Si on est dans un souci d'en fait communication, de notre côté on peut être dans des retards diagnostiques. »

✓ Sans confiance, la guérison ne serait pas possible (D12, R75, T70).

R65 «La relation médecin-patient passe par la confiance ; à partir du moment où il y a un problème relationnel faut changer de médecin, parce qu'on pourra pas les soigner, c'est évident. »

T70 «Si on n'est pas dans un climat de confiance... ça impacte forcément sur la qualité de guérison. »

✓ La rupture obligerait le patient à se trouver un nouveau médecin, ce qui ne serait pas nécessairement facile (K52, T40) :

K52 «Si elle a pas de médecin, si elle a pas de suivi, ça va pas arranger sa situation quoi. »

➤ Le nouveau médecin pourrait être confronté aux mêmes difficultés (D11, S76) :

S76 «La consultation d'après, avec ma collègue, c'est reparti comme ça. »

▪ Mais il pourrait les gérer différemment (D11, D19).

D11 «Le médecin qui la suit maintenant est confronté aux mêmes difficultés et sachant ce que ça a pu être pour moi, essaie de mettre un cadre de manière un peu plus stricte. »

Deux obligations de soins furent prononcées suite à un recours à l'autorité (O99, Q46-47).

O99 «Moi j'ai appelé la gendarmerie... ils sont venus... Et on l'a fait interner. »

Q47 « Il a eu des rendez-vous de prévus ; je crois qu'il était dans l'obligation d'y aller, sinon la police allait le chercher. »

Un patient fut l'objet d'une enquête judiciaire (Q47).

Q47 «Je suis allée reporter plainte...y'a une enquête qui est en cours. »

III.8.3. Sur d'autres patients

Certains médecins pensaient qu'il n'y avait pas de conséquences sur les autres patients (R62, S56).

R62 « Non, on passe à autre chose et on se donne aux autres patients. »

Pourtant, les patients du jour pourraient subir le conflit (K39, Q107) :

Q107 « Quand ça se passe ... on n'est pas bien pour la suite des consult', ... c'est un déterminant de la consultation prochaine, ... la consultation avec la personne sera différente. »

✓ En attendant leur consultation plus longtemps (H43, I45, L6, Q108).

I45 « Ca m'a fait prendre du retard. »

L6 « Le monsieur qui attendait me dit « Ecoutez, oui j'ai le temps, prenez-le, occupez-vous-en. »

✓ En recevant moins d'empathie du médecin (E9).

E9-11 « Il y a aucune empathie. ... tout le reste de l'après-midi j'ai travaillé pareil... j'arrivais à échanger, mais c'est comme si je me forçais... J'étais que dans le cadre, et je pouvais rien faire d'autre. »

Certains patients percevant le conflit manifestaient leur surprise ou leur inquiétude (A19, H27, L6, M15).

H27 « Le patient d'après, il m'a dit : « ...Docteur, c'est la première fois que je vous entends rouspéter ! »

L6 « ... Docteur, ...si jamais vous aviez eu des problèmes, je serais intervenu ! »

Les patients de même profil en subiraient aussi les conséquences :

✓ Le médecin serait moins tolérant (D50, F62).

F62 « On se laisse moins marcher sur les pieds. »

✓ Il serait moins empathique (D50) :

D50 « Ces patients-là maintenant j'avais beaucoup de mal à être en empathie avec eux. Sans doute par réaction avec tout ce que j'ai pu subir ou tout ce que j'ai vécu douloureusement avant. »

➤ Et plus méfiant vis-à-vis d'eux (L90).

L90 « Ce genre de patients-là, je suis plus méfiante...on en vient à généraliser en fait... on se dit « ... Les autres, ils peuvent réagir de la même façon. »

✓ Ces patients étaient parfois refusés via un filtre de patientèle (D50).

D49-50 « Un patient qui a beaucoup de plaintes... depuis cette histoire ..., je veux plus les voir...j'arrive ...à trier, même dès la demande, en disant non, c'est pas moi qui vais voir tel et tel patient. »

Certains patients pourraient bénéficier de conséquences positives du conflit :

- ✓ Le médecin communiquerait plus auprès des patients :

- Il clarifierait son rôle (O42).

O42 « Ca m'a appris ... à ne plus empiéter ma vie professionnelle sur ma vie privée, à bien expliquer aux gens ... que c'était pour ça, et d'anticiper que si j'oubliais, ... fallait me prendre comme j'étais. Parce que moi j'étais pas une machine à travailler, j'étais aussi un être humain qui avait des fatigues. »

- Il les informerait mieux sur la prise en charge (J37).

J38 «Je suis assez attentive aux difficultés financières de mes patients. »

CMS 39 « Est- ce que ça vous a renforcé dans cette attention depuis ? »

J39 «Oui, tout-à-fait. ... J'essaie d'expliquer un petit peu aux patients. »

- Il verbaliserait plus vite le désaccord (Q88-90).

Q88 «Quand je vois qu'un patient est pas trop de mon avis ... je lui montre que j'ai vu que ça lui plaisait pas. ...finalement ça se passe bien...j'arrive beaucoup mieux à le faire maintenant. »

- ✓ Le médecin pourrait réajuster sa prise en charge thérapeutique (G17-18).

G17-18 «Y'a peut -être eu un petit souci, et là ça remet en question... pas sur la prise en charge de ce patient-là uniquement, mais sur ... sur la manière dont on va traiter ce problème une autre fois. »

III.8.4. Sur la société

Les prescriptions induites pourraient coûter inutilement à la société :

- ✓ Ce serait le cas des arrêts de travail répétés (I38).

I38 «Vis-à-vis de la société... s'arrêter sans arrêt comme ça, c'est quand même un comportement irrespectueux, indigne. Incivique. »

- ✓ Ou de l'examen biologique à titre de preuve (C75).

C75 «Je lui ai donné un bilan ...Pour lui dire « Tiens, je vais te coincer quelque part ! » ... C'est pas utile hein, pour la sécu, ça va faire des dépenses inutiles en plus des indemnités journalières ! »

III.8.5. En résumé

Les conséquences sur les médecins et les patients étaient détaillées dans les chapitres « III.5 » et « III.6 ».

Le conflit influencerait aussi sur d'autres patients :

- ceux qui suivent la consultation conflictuelle
- ceux de même profil

La société serait concernée via l'effet prescription.

III.9. Ressources

III.9.1. La relation avec le patient

III.9.1.1. Cadrer la relation

III.9.1.1.1. La distance

Les médecins conseillaient de garder une certaine distance avec le patient (A52, C88, N12) :

N1 «Faut se méfier quand on réduit la distance avec les patients. ... y'a des gens qui en profitent. »

- ✓ Ainsi, il faudrait éviter de mélanger privé et professionnel (O42).

O42 «ça m'a appris à être beaucoup plus professionnelle et à être carrée dans ce que je faisais, à ne plus empiéter ma vie professionnelle sur ma vie privée. »

- ✓ Il faudrait se méfier des cadeaux car ils pourraient attendre des contreparties (C86).

C85-8 «Y'a des patients, on se demande pour qui ils apportent les cadeaux ...parce que le jour où ils veulent ceci,... ils veulent un arrêt de travail, ils veulent négocier quelque chose, c'est plus dur. »

- ✓ Il faudrait définir les temps de consultation (D11).

D11 «On s'arrête là, on verra le reste la prochaine fois, mais la prochaine fois c'est dans tant de temps » ... ça me paraissait pas utile, et sans doute pour elle, c'est sans doute ça le meilleur des traitements. »

- ✓ L'espace pourrait être un outil pour gérer la distance (C89).

C89 «Mes patients, je suis assez proche d'eux... c'est pour ça que j'ai un grand bureau... un banc pour pas qu'ils s'approchent trop près. »

- ✓ Le médecin devrait veiller à ne pas être intrusif (I91, N103b).

I9 «Règle d'or : laisser venir les gens... »

N104 «Il faut pas aller trop vite si tu veux. »

Il devrait éviter la sympathie, car elle nuirait à l'objectivité dans le soin (R95).

R95-9 «Les relations de sympathie, ... faut éviter en tant que médecin...On n'a pas l'objectivité nécessaire. »

III.9.1.1.2. Expliciter les règles

L'explicitation des règles de relation permettrait au patient de comprendre le problème et d'adapter son comportement (A42).

A42 «Quand ils me demandent quelque chose : « vous ferez ça », ... je dis « je ne réponds pas quand on me donne des ordres ». Et en général les gens disent « s'il vous plait, excusez-moi, s'il vous plaît. ». »

III.9.1.2. **Connaître son patient**

Le fait de bien connaître son patient limiterait le risque de conflit (K88, R4, T18).

R4 «Quand on connaît les patients depuis un certain temps on arrive toujours à un terrain d'entente. »

K88 «Il faut connaître ses patients, il faut connaître leur histoire... ça peut éclairer sur plein de choses ... mieux vous connaissez vos patients et meilleur vous êtes dans la relation. »

III.9.1.3. **Discuter avec le patient**

Ce serait d'abord au médecin de s'adapter (T90).

T90 «Un patient qui vient parce qu'il est inquiet, parce qu'il sait pas... nous c'est notre métier ; on a toute une vision des choses que lui n'a pas, donc c'est à nous de lui expliquer pourquoi ... c'est à nous de faire l'effort, c'est clair. »

III.9.1.3.1. **Viser l'équilibre relationnel**

Il faudrait viser l'équilibre relationnel : ne pas chercher à dominer, ne pas se soumettre (O134).

O133-134 « Essayer de regarder justement à niveau égal la personne ... ni au-dessus ni au-dessous, ni dominateur, ni dominé ... ça passe beaucoup mieux parce que on est ... d'égal à égal au niveau humain. »

III.9.1.3.1.1. **Ne pas attaquer l'autre**

M94 «Faut pas entrer dans l'agressivité en tous cas, ça c'est une règle d'or. »

Il faudrait éviter la colère et l'attaque de l'autre (A70, B57, D32, H95, I23, M94, T4) :

A70 «La première chose pour sortir d'un conflit, c'est de descendre de sa position de tyran. »

✓ La colère pourrait soulager sur l'instant (H95) :

H9 «Ca sert à rien de s'énerver...mais enfin des fois ça fait du bien. »

➤ Mais elle serait improductive (B57, H95) :

B57 «Pas partir sur « vous faites chier, cassez- vous, prenez votre dossier, tchao, bye », je pense pas que ce soit comme ça qu'on puisse évoluer. »

▪ Et potentiellement néfaste (A56, I23).

I23 «Quand on se met en colère, qu'on l'a pas préparé, on peut déborder ... on peut faire n'importe quoi. »

Il vaudrait mieux rester calme et diplomate (D32, T4).

D55 «Gérer sa propre colère, qui monte au fur et à mesure de la consultation, pour pas qu'elle prenne le dessus et que ça déborde. »

T4 «Si on bloque le patient en disant « c'est n'importe quoi, il faut faire ça-ça-ça », je suis pas sûr que le message passe trop. »

III.9.1.3.1.2. Ne pas se soumettre

Il ne faudrait pas tout accepter (G23, G114, I60) :

G23 «Résoudre le conflit, ça n'est pas forcément s'aplatir et dire « vous avez raison. ». »

✓ Car cela décrédibiliserait le médecin (G114, I60).

G114 «Ne pas se laisser marcher sur les pieds, sinon la confiance elle n'est plus bonne après. »

I60 «Si vous dites oui à tout, si vous perdez toute crédibilité. »

III.9.1.3.1.3. Ne pas se replier

La froideur ne serait pas toujours appropriée (K49) :

K48-49 «D'emblée j'ai été assez froide, et je pense que c'était pas ce qu'il fallait faire... j'ai vraiment mis de la distance, dans mon attitude, et dans le ton de ma voix.»

✓ Toutefois un médecin pensait le contraire (E16).

E16 «Avec les patients difficiles, quand c'est difficile, faut, faut... en fait faut pas donner prise quoi. Il faut être technique si on demande un papier ; ... d'emblée c'est comme ça, je sais que ça peut marcher quoi. »

III.9.1.3.2. Négociateur

III.9.1.3.2.1. Ecouter attentivement

B57 «Faut être dans l'écoute ... faut vraiment se dire « bah qu'est-ce qui se passe ? »

Les médecins n'écouterait pas assez (S).

S110 «On n'est pas assez dans l'écoute, on ... Ca c'est prouvé, les médecins n'écoutent pas ...si on laissait le patient parler parler, ça s'épuiserait de soi-même. »

Il faudrait prêter attention au non-verbal (A69, Q110).

A69 «En regardant la tête des patients dans la salle d'attente, je crois que ça c'est primordial. » Q110 « Quelque chose qui n'allait pas ... c'est pas forcément des paroles ...y'a plein de gestuel ! »

La synchronisation gestuelle pourrait être utile (S111).

S111 «Pour communiquer, le VAKOG. Incroyable comme ça marche. »

Il faudrait mieux écouter la demande du patient (G24) :

G24 «Ecouter un peu plus attentivement la demande du patient. »

✓ En cherchant à comprendre (B46, D32, E75, N92, O133, T4).

O133 «Les écouter, dans leurs demandes à eux, et de les comprendre dans leurs demandes. »

Cela pourrait suffire à résoudre le conflit : car le patient se sentirait entendu (O125) :

O125 « Pour beaucoup des exigences des patients, ce sont des craintes, des angoisses qu'ils expriment et ils ont besoin de les dire, d'être entendus, d'avoir une réponse, et après ça va mieux ».

- ✓ Ou parce qu'on pourrait partager son point de vue (T4).

III.9.1.3.2.2. S'exprimer

Les médecins conseillaient d'évoquer le problème (A57, B57, D55, H95, L99, N92, P93) :

L99 «Savoir dire quand y'a un problème, quand on voit un problème poindre, essayer de désamorcer. »

- ✓ Cela nécessiterait du courage (A57) :

A57 «Si c'est un poids qui pose problème... le médecin doit avoir le courage de dire au patient : « écoutez, voilà, où en est notre relation ?»

- Et une formulation soignée (I48, T28).

I48 «Réfléchir aux griefs que j'ai du patient avant de le formuler, ...préparer mon argumentation, sans faire preuve d'agressivité. »

- ✓ Cela amorcerait le dialogue permettant généralement la résolution (P93, Q88).

Q88 «Je lui montre que j'ai vu que ça lui plaisait pas. Donc du coup ça rebondit sur lui, et il s'explique et finalement ça se passe bien. »

- ✓ Cela pourrait être constructif à distance (K80, P93).

P93 «Quand moi j'y ai recours, c'est dans l'espoir de faire réagir les gens dans le bon sens... pour déboucher sur quelque chose de constructif. »

Il faudrait manifester sa compréhension (D55, O137, Q110, T4).

Q110 «Montrer au patient qu'on a bien vu qu'il y a quelque chose qui n'allait pas et de reprendre ses propos. »

Les avis étaient partagés sur l'expression de l'émotionnel (I50, Q90).

I49 «Les émotions faut essayer de pas les mettre. »

Q9 «Je dis « j'ai l'impression que ça vous convient pas, dites-moi ... si vous êtes pas d'accord.»

Il faudrait aussi se justifier (A71, I50, K88, R125, T4) :

- ✓ C'est expliquer son contexte (A71) :

A7 «Parfois l'expliquer « ...désolé, je suis très tendu aujourd'hui, si vous le voulez bien on essaie ...de reprendre les choses », ... le plus souvent ça désamorce.»

- Et se baser sur des arguments médicaux (T4).

T4 «Dire voilà : « ... vous avez pas besoin, parce que ... votre examen clinique est normal » ... généralement les gens comprennent.»

- ✓ Il vaudrait mieux rester factuel (I50).

I50 «Avoir une argumentation ... la plus pragmatique possible, ... expurger toute connotation émotionnelle qui pourrait faire que le message serait transformé, serait subjectif.»

La justification permettrait au patient de mieux comprendre le médecin (K88, R125).

K8 *«Je pense que les gens vous pardonneront plus de choses si vous avez expliqué.»*

Si le message ne passait pas : il faudrait répéter la même information (D55, O137).

O137 *«Reprendre toujours la même chose, dire « oui, je vous comprends... à force de dire oui, bah il finit par arrêter puisqu'il est entendu... si l'on rentre dans son jeu, bah il reprend les idées qu'on a dit et il repart sur autre chose. »*

III.9.1.3.2.3. Décider à deux

Il faudrait rechercher un terrain d'entente (D42, R3) :

R3 *«En essayant de trouver un terrain d'entente... ... y'a une solution quand même, qu'elle soit acceptée par nous en tant que médecin et par le patient.»*

✓ Quitte parfois à changer ses actes (G23).

G23 *«Lui dire « Oui, effectivement on a marché de cette manière là, on peut agir d'une autre manière, on va faire comme ça. Vous avez raison.»*

III.9.1.3.3. S'expliquer ultérieurement

La ré-évocation calme, à distance serait nécessaire en cas d'agressivité (A48, F116).

A48 *«Ré-aborder le conflit entre le médecin et son patient ça fait partie de la relation normale, ... il paraît logique d'y revenir et de s'expliquer après calmement, posément en dehors de toute colère... »*

III.9.1.4. Les limites

III.9.1.4.1. Patients à personnalité « pathologique »

Il faudrait s'adapter à la personnalité du patient (A54, E129, J74, O132, R116) :

R116 *« On apprend justement la personnalité du patient, et donc à gérer différemment. On va pas gérer un patient de la même façon s'il est névrotique, s'il est psychotique. »*

J74 *«Notre métier, on fait avec l'humain, donc les caractères de chacun, les humeurs de chacun, les soucis de chacun, le quotidien, on peut pas non plus être tout le temps parfait, on n'a pas des patients parfaits, bah on s'adapte. »*

✓ Il ne faudrait pas être trop empathique avec les somatisants (A52-54, D5).

A54 *«Un patient hypocondriaque peut avoir besoin qu'on le cadre. »*

A53 *«L'empathie faut la limiter parfois parce qu'elle peut être mal interprétée. »*

- ✓ Il ne faudrait pas alimenter la suspicion des paranoïaques (E129).

E129 «Les paranoïaques ... ce qui est recommandé c'est de pas amplifier la relation ... la limiter au strict minimum, c'est-à-dire faut pas alimenter la suspicion. »

- ✓ Il faudrait dominer les dominateurs (O131-132).

O132 «Chez certaines personnes qui ont un profil très dominateur, il faut prendre le dessus. »

O131 «Sinon on devient un véritable pantin dans leurs mains. »

III.9.1.4.2. Spontanéité et disponibilité du médecin

Le manque de disponibilité limiterait l'écoute et les efforts du médecin (L99, Q89, S110).

L99 «On est à l'écoute, mais de temps en temps on est un peu débordé donc l'écoute est moindre. »

S110 «Quand vous êtes pris dans un tel rythme de journée, vous vous faites piéger... toutes les habitudes reviennent vous voyez. »

Il ne faudrait pas perdre son authenticité (A77).

A77 «Il faut quand même garder une certaine spontanéité à la relation, parce que si on est constamment dans ...l'interprétation, on perd ... beaucoup de choses dans l'anamnèse et dans la relation. »

III.9.1.4.3. Les efforts à fournir

Chaque étape de la négociation demanderait un effort (T82) :

T82 «Faut qu'on fasse l'effort d'entendre ce que nous dit le patient... c'est un peu notre image ... sur laquelle il faut travailler...faudra que je prenne le temps de comprendre pourquoi, ...de lui expliquer pourquoi je dis ça. Et si même malgré ça, il n'est pas d'accord, bah c'est à moi de trouver le compromis. Bah trouver un compromis, psychologiquement, ça peut être un petit peu usant. »

- ✓ Et la négociation n'aboutirait pas sans effort mutuel (A71, T90).

A71 «Pour sortir d'un conflit il faut que les deux parties se remettent en cause. »

L'accord dans la relation serait parfois impossible (D42, R100) :

D42 «Là y'avait pas de terrain à trouver d'entente, plus du tout ; dans le premier cas je voulais plus en trouver parce que j'étais usé, et puis dans le deuxième cas il en voulait plus. »

- ✓ Et il faudrait parfois dire non (I59, T11).

I59 «J'essaie de ne pas dire non aux gens. Mais y'a des limites non plus, on peut pas non plus faire preuve de compromission. »

III.9.1.5. Refus de relation

III.9.1.5.1. Filtre de patientèle

F110 « On sélectionne quelque part aussi sa patientèle. On a des patients qui nous correspondent certainement mieux et c'est beaucoup plus confortable. »

Les patientèles seraient à l'image du médecin (R78, S77).

S77 « Vous faites une clientèle en fonction de votre personnalité. »

S132 « Ca dépend si nos névroses s'accordent quoi. »

Médecin et patient formeraient un couple (S62) :

S62 « C'est un couple : « thérapeute-patient » ! »

✓ Il y aurait parfois des surprises (I62).

I62 « Y'a des gens, ... je me dis « ils reviendront pas... c'est pas du tout mon style de personne ». Je m'aperçois qu'on se trompe souvent. »

On ne pourrait pas soigner tout le monde (K121, P143, R78, S131) :

S131 « Je pense qu'il y a des gens que vous pouvez pas soigner, en fonction de votre personnalité. »

✓ Mais chaque patient pourrait trouver le médecin adéquat (K51, S132).

K51 « Y'a d'autres médecins, y'a bien un médecin qui va vous convenir en fait. »

La relation étant de nature contractuelle (A38) :

A38 « Nous avons un contrat, le contrat il est bilatéral. Le jour où vous avez envie de le rompre vous pouvez le rompre, le jour où je voudrais le rompre je le romprai aussi... »

✓ Le patient peut refuser la relation (K66, M58).

K66 « Les gens ont le droit de me dire aussi qu'ils ne veulent pas me voir. »

M58 « On n'est pas propriétaire des clients. »

Certains médecins préféreraient qu'il y ait rupture en cas de conflit (C111, G64, R65).

G64 « Si ça se passe mal, ... je préfère qu'ils aillent voir quelqu'un d'autre, là c'est clair. »

Souvent ce serait le patient qui partirait (F111, K121, S53) :

S53 « Quand ça devient insupportable, qu'il n'y a plus possibilité de s'entendre, souvent les patients reviennent pas. »

✓ Mais s'il ne rompait pas il faudrait l'orienter (P85).

P8 « L'orienter vers des gens avec des personnalités qui sont un petit peu différentes. »

Certains médecins rappelaient leur droit de refus sauf urgence (A38, C58).

A38 « Nous avons aussi le droit de choisir de ne plus les soigner, hormis des contextes d'urgence bien sûr ; de ne plus les soigner parce que la relation est trop difficile, trop compliquée. »

III.9.1.5.2. Pourquoi rompre ?

La rupture pourrait être salutaire, tant pour le patient que pour le médecin (D21, J92, R68, S85).

S85 « C'est difficile pour tout le monde quand c'est comme ça, et maintenant on a le choix ; donc pourquoi se faire mal si on peut éviter. »

III.9.1.5.3. Comment rompre

Il vaudrait mieux éviter la rupture impulsive (B57, C111, I44).

B57 « Pas partir sur « vous faites chier cassez- vous, prenez votre dossier, tchao bye. ». »

C111 « Je pense pas qu'il soit bien de dire « bon maintenant je veux plus vous voir, vous trouvez un autre médecin. »

Il faudrait informer le patient (A38, C111, H132, O90).

H132 « Rompre la relation ? Faut lui dire, tout bêtement. »

Des doutes existaient sur la garantie de la continuité des soins (M113) :

M113 « Une procédure j'en sais rien, aucune idée. »

✓ Le suivi des urgences était une évidence (tous les entretiens) :

I96 « Pas refuser une urgence évidemment. »

J101 « Ca ce serait anti-déontologique. »

➤ Mais un médecin pensait qu'il faut l'accord du patient pour rompre (C111) :

C111 « Pour rompre une relation il faut ... l'accord du patient... »

▪ Et trois pensaient devoir adresser le patient (C111, P140, Q127).

P140 « On est dans l'obligation d'orienter les patients vers un collègue. »

✓ Certains conseillaient de contacter le conseil de l'Ordre, en cas de doute (S139, T112).

S13 « Moi j'ai déjà appelé le conseil de l'Ordre pour demander « ... ce patient, je peux plus le suivre ; quels sont mes droits ? » on m'a répondu « à partir du moment où vous êtes pas dans l'urgence vitale, où il y a pas eu d'erreur, que tout est marqué dans votre dossier, vous êtes en droit de dire « je veux pas vous soigner. »

III.9.2. Le médecin lui-même

III.9.2.1. Age, expérience et inné

Pour certains, les compétences relationnelles seraient innées (G123, I89, N66).

- N66 «En fait on fait sans le savoir, on est comme Monsieur Jourdain. »
G123 «J'ai pas appris à gérer ce type de situation, mais je pense que je m'en sors bien. »

Les médecins apprendraient la relation par la force des choses (I90).

- I90 «Si vous pratiquez la médecine au quotidien, vous apprenez à le faire, parce que si vous apprenez pas, vous avez une sanction immédiate. Je veux dire le mec qui est pas sympa avec sa clientèle, qui sait pas s'y prendre, bah il a pas de client quoi. »

L'âge leur rendrait plus calme (A81, H106), et plus tolérant (H104, N87).

- A81 «On se pose un peu...on perd de la violence aussi en vieillissant et c'est bien. »
N104 «J'étais beaucoup plus dirigiste quand je me suis installée. »

Ils développeraient des techniques (D42).

- D42 «Je pense qu'avec les années qui passent, avoir des petits moyens pour essayer de renouer un lien. »

Certains auraient renoncé au mythe du sauveur (H103, N47).

- N47 «Au début...la relation médecin-malade, c'est une relation très narcissique... t'es un héros... Maintenant j'ai compris et je suis pas dupe de tout ça. »
H103 «Au moment où on leur a donné les explications ...on n'est pas Dieu le père, donc après c'est à chacun de se prendre un petit peu en charge. »

III.9.2.2. Relativiser

Les médecins conseillaient de prendre du recul (A46, D60).

- A46 «Faut arriver à prendre du recul par rapport à ses conflits. »

Cela signifiait :

- ✓ Ne pas prendre l'agressivité pour soi (N92, T93).

- N92 «C'est pas parce que c'est tourné contre toi que tu es le problème ; donc faut pas le personnaliser. Faut essayer de contextualiser la relation. »
T93-94 «Souvent c'est pas une attaque personnelle. C'est une attaque parce qu'il a peur, parce qu'il y a une crainte, parce qu'il a peut-être pas la même vision des choses. »

- ✓ Travailler l'image de soi (S110, T82).

T82 «Notre image ... sur laquelle il faut travailler ; donc c'est une remise en fait, toute en questions, un petit peu de nous. »

- ✓ Positiver (D60, F113).

F113 «Relativiser et essayer peut-être effectivement d'en tirer le meilleur, plus que de voir que le côté négatif. »

Un médecin évoquait l'utilité possible du journal (E94).

E94 «J'en parle beaucoup avec moi-même, et j'écris. J'utilise beaucoup la possibilité de faire un journal et de me dire « bon alors qu'est ce qui se passe », médiatiser, me faire une représentation graphique. »

III.9.2.3. Vie personnelle

Les loisirs serviraient à se protéger mentalement (S98) :

S98 «Il faut se protéger ; se protéger c'est faire ça : pas habiter sur place, ne pas travailler tout le temps, avoir une vie ailleurs, et puis avoir des lieux de rencontre. »

- ✓ Ils aideraient à gérer l'émotion (D60).

D60 «Gérer sa propre colère, après ça c'est indépendamment du cadre professionnel donc, euh par plein de petits moyens : je fais de la musique, je cours à pied, je lis : ça me détend. »

- ✓ Certains pourraient servir à la protection physique en cas de violence (B20).

B20 «J'ai quelques petites techniques qui pourraient être bien placées qui feraient qu'il devrait pouvoir tomber assez facilement. »

B36 «Techniques d'autodéfense. »

III.9.3. Le recours au tiers

III.9.3.1. Verbalisation du conflit

C8 « On aurait besoin d'une psychothérapie en fin de journée ! »

Les trois-quarts des médecins évoquaient la possibilité de parler du conflit avec un généraliste (C81, D16, E91, F123, G76, H129, I66, J74, K59, M108, N65, P136, Q98, S103, T103).

S103 «Parler avec quelqu'un, en l'occurrence avec un médecin ... nous on parle beaucoup en tant que confrères, donc ça c'est très apaisant. »

T103 «Avec qui j'en parlerai le plus ce serait peut-être cette médecin dont je vous ai parlé. parce que je pense que quand on a en fait le vécu, on peut mieux comprendre. »

Le tiers des médecins évoquait la possibilité d'en parler en formation :

- ✓ De type Balint (A48, E94, J74, N62, O143, S106).

J74 «Travailler en groupe Balint, quand même ! Oui, c'est le principal ! Faire partie d'un groupe Balint pour travailler la relation médecin-patient et le conflit, ça me semble indispensable. »

- ✓ En groupe de pair (C95, N61).

N6 «C'est le genre de choses que je pourrais aborder en groupe de pairs, par exemple ; ça c'est un truc qui est utile, le groupe de pairs. »

- ✓ En séminaires (D24, O143, S106).

S10 « A partir du moment où je fais des formations qui sont sur la relation médecin-patient, là vous avez énormément d'échanges et vous rencontrez des gens. »

Le tiers des médecins évoquait la possibilité d'en parler avec un proche (C81, D16, F51, K59, N68, P136, Q98, T103).

N68 «Mes amis, mes associés, et puis mon environnement familial aussi. J'ai une épouse qui est médecin, avec qui je peux débriefer les choses. »

Quelques-uns pourraient en parler avec des spécialistes (E14, D61, R120, T104).

D61 «En en parlant avec des psychologues et des psychiatres, que je côtoie dans mon entourage, et avec qui je peux échanger sur comment faire mieux ou moins mal, autant pour moi que pour le patient. »

Un médecin en parlerait avec les paramédicaux travaillant au cabinet (F123-125).

F123-125 «Mes collègues kinés ...elles ont l'occasion aussi de voir certains patients avec qui on pourrait entrer en conflit, donc ça nous aide aussi à être compris qu'elles connaissent aussi le patient de façon plus objective, on va dire. »

Certains se disaient prêts à suivre une psychothérapie, s'ils se sentaient réellement en difficulté (N72, T99) :

T99 «Si je trouve qu'il y a un problème dans la relation, ce serait peut-être de faire une psychothérapie personnelle. »

N72 «Je serais prêt à aller voir un psy si je me sentais en danger. »

- ✓ Un médecin avait suivi une thérapie (J90), ce qui l'aidait à se comprendre (J92-95).

J92-95 «Ca m'aide plutôt sur les relations où je me sens très mal à l'aise ...sur la remise en cause de ma pratique, pourquoi je me comportais comme ça, qu'est ce qui me bloquait avec ce patient. »

Cette verbalisation présenterait plusieurs intérêts :

- ✓ Clarifier son point de vue (E100, H125, T106).

T10 «Déjà de voir la façon dont on va en parler ; des fois quand on verbalise les choses, on se rend compte : « tiens, j'ai dit ça, pourquoi ? »

✓ Se décharger de l'émotion (F114, J96, Q99).

F11 *«Je pense qu'il faut arriver à en discuter avec quelqu'un, au moins pour se libérer du poids que ça occasionne, parce que ça grignote un peu quand même. »*

J96 *«L'échange qu'on peut avoir auprès des cas difficiles permet de relativiser le malaise qu'on peut ressentir sur une relation. »*

✓ Se rassurer sur la qualité de la prise en charge (D60, F123).

F12 *«Mon collègue ...je pourrais lui en parler je pense. Il serait là aussi pour me rassurer. »*

✓ Solliciter un avis extérieur (I66, J96, M110, N62, Q98, R122, T106) :

I66 *«Ca m'est arrivé, quand on mange entre confrères, amis, d'en parler des problèmes « ah tiens, j'ai vu un tel, qu'est-ce que t'en penses ? »*

T10 *«Ca permet ... d'avoir un angle de vue différent. »*

➤ Cet avis extérieur pourrait être plus objectif (F125, P138, R122).

F12 *«Elles connaissent aussi le patient de façon plus objective, on va dire. »*

➤ Il pourrait offrir de nouvelles solutions (J96, Q99).

J96 *«On a un regard externe, et des propositions, des discussions extérieures pour améliorer les choses quoi. Si amélioration possible il y a. »*

✓ Exceptionnellement pour que le tiers intervienne directement auprès du patient (C78, P102).

C78 *«Va falloir que je lui dise quelque chose pour pouvoir la transférer à un confrère quoi. Mais je vais en parler jeudi à Y, qu'elle prenne le relais. »*

L'échange serait curatif (E133) :

E133 *«Dans l'association, on travaille toujours sur des cas difficiles...C'est une façon de traiter ses problèmes ... c'est presque toujours relationnel. »*

✓ Il aiderait à relativiser (J96, T106).

J96 *«L'échange qu'on peut avoir auprès des cas difficiles permet de relativiser ... ce qu'on a bien fait, ce qu'on n'a pas bien fait éventuellement, et comment faire une prochaine fois. »*

Cependant se confier pourrait être difficile (E94) :

E94 *«C'est pas toujours évident de se montrer dans un état de... pas de faiblesse mais qui est un peu désemparé quand même, dans ce que j'ai dit, c'était vraiment « merde, où c'est ce que je vois, quoi. »*

✓ Et la tierce personne devrait être capable d'une réelle écoute (E92).

E92 *«A condition que je vois que quand j'en parle, il me dit pas « oh, écoute, t'exagères » ou bien « tu sais, moi je connais pas » ou bien, enfin une réaction pas d'écoute quoi. »*

III.9.3.2. Exercice de groupe

Les médecins évoquaient l'intérêt de verbaliser facilement avec les confrères du cabinet.

L'exercice de groupe faciliterait la continuité de soins en cas de rupture (D22, J74, S103).

J74 *«De ne pas être seul dans un cabinet... là je peux toujours me reposer sur mes associés en disant « écoutez, là, non. Votre dossier est là, ça fera pas de changement. » J'ai la facilité de, voilà, de passer la main à un autre confrère, pour une prise en charge égale, sans trop de difficultés pour le patient. »*

III.9.3.3. Formation médicale continue

Les formations étaient valorisées comme permettant d'acquérir des outils de communication et de gestion des émotions (A77, D54, E, H123, L115, P132, S111, T93).

D5 *«J'ai lu aussi des bouquins qui m'intéressaient sur ce sujet, mais pour autant les séminaires, là dans ce domaine-là c'est indispensable... ça donne des petits moyens...gérer la consultation difficile où on est sur la sellette pendant 20 minutes et où on se fait malmener. »*

Les médecins interrogés disaient avoir été sensibilisés à :

- ✓ L'importance de l'écoute (D32, H126).

D32 *«Fallait tâcher de rester calme, d'entendre bien la plainte des patients. »*

- ✓ Comment rester en empathie (D32, L115).

D32 *«Rester dans l'empathie, sans aller trop loin. »*

- ✓ La synchronisation (S111).

S110-113 *«L'attitude en miroir qu'on m'a enseignée... le VAKOG. Incroyable comme ça marche. »*

- ✓ La contextualisation du conflit (T93).

T93 *«L'idée de pas le prendre contre soi. »*

- ✓ L'analyse transactionnelle (A77, E110), la position basse (E110, H123).

A77 *«L'analyse transactionnelle ... Non seulement mes pratiques, mais ça a changé ma relation dans la vie de tous les jours ... »*

E110 *« Minimiser, prendre une position basse. »*

- ✓ L'adaptation aux types de personnalité (E129, L115).

E129 *«Le bouquin là, sur les personnalités difficiles, j'ai appris des choses. »*

- ✓ La gestion de la colère (D32, D55).

D32 *«Un des séminaires ... m'a beaucoup aidé dans le sens où je me souvenais bien qu'il fallait tâcher de rester calme. »*

- ✓ La reformulation (D55).

D55 *« Reformuler ce que les gens étaient en train de me dire : donc c'était « j'entends bien votre colère, je peux la comprendre. » »*

- ✓ La technique du disque rayé (D55, O137).

O137 *«Le disque rayé », reprendre toujours la même chose. »*

- ✓ Les techniques pour se faire payer (E83).

E83 *«Dans les groupes Balint on découvre comment faire payer. »*

Mais de nombreuses réserves étaient émises :

- ✓ La qualité de la formation était jugée variable (E129, S98).
E121 «Je suis allé une fois à une formation, mais c'était pas terrible. »
- ✓ L'interactivité serait nécessaire à la pertinence (L125).
L125-126 «ça pourrait être intéressant...ça dépend comment c'est présenté...Faut que ce soit interactif. Pas quelque chose qu'on reçoit bien gentiment, non. »
- ✓ Pour un médecin, la psychothérapie serait plus pertinente que les séminaires (T99).
T99 «La collègue ... avait voulu m'inscrire dans un groupe Balint, ... je me suis dit que ce qui serait plus intéressant si je trouve qu'il y a un problème dans la relation, ce serait peut-être de faire une psychothérapie personnelle. »
- ✓ La formation nécessiterait une disponibilité du médecin (G, K97).
K97 « J'ai pas le temps ! Même si je sais que ça serait très utile, hein ! »
- ✓ L'applicabilité pratique serait limitée :
 - Par la personnalité du médecin (P132).
P132 «On a chacun notre personnalité qui fait que : on s'adapte aux formations et on adapte mes formations à ce qu'on peut gérer aussi. »
 - Par la spontanéité et la rapidité des situations (L122, S110).
L122 «Les techniques qu'on peut utiliser... faut réfléchir quoi, on va dire « on va appliquer ça, tiens voilà » ; or là, c'est dans la spontanéité. »
- ✓ Il faudrait rester vigilant aux dérives possibles (A77).
A77 «Ces techniques de relation peuvent devenir très rapidement des techniques de manipulation ... faut ... garder une certaine spontanéité à la relation, parce que si on est constamment dans la manipulation, dans l'interprétation, on perd la ... spontanéité du patient et on va perdre beaucoup de choses dans l'anamnèse et dans la relation. »

La moitié des médecins serait néanmoins intéressée pour participer à une formation sur le sujet (C113, D68, E132, F131, H128, J103, K95, L125, N117, O152, P141, Q136, S116).

F131 «Ca pourrait être intéressant ! »

III.9.3.4. Recours au spécialiste

Outre l'aspect technique, le recours au spécialiste permettrait :

- ✓ Le relais de prise en charge (Q16, T41).
Q16 «J'ai écrit à la psychiatre, pour lui expliquer ce qui s'était passé, pour qu'elle le convoque, parce qu'il avait pas été aux rendez-vous. »
- ✓ La justification auprès du patient (K89, T85).
K89 «Avoir recours à un tiers ça peut aider... un spécialiste par exemple... quand les gens n'entendent pas ce que vous leur dites etc., le fait d'avoir la parole de quelqu'un d'autre ça peut appuyer ce que vous disiez, en fait. »
- ✓ La médiation relationnelle (E119, R121).
E119 «Une psychiatre, ça m'a aidé à trianguler le problème. »

III.9.3.5. **Famille du patient**

Quelques médecins évoquaient l'aide possible de la famille du patient pour résoudre le conflit (G76, I66, K90, L102).

K90 «Y'a parfois des épouses ou époux, quand ils sont là en consultation, qui temporisent. »

I66 «Téléphoner à ses parents,... sans parler du contenu médical, mais du comportement. »

III.9.3.6. **Recours à l'autorité**

Le Conseil de l'Ordre était évoqué dans un tiers des cas comme une ressource potentielle (G76, J74, M104, O144, Q86, S139, T108) :

O144 «Si je suis en grande difficulté, je peux demander au conseil de l'Ordre. »

- ✓ Il tiendrait un rôle essentiellement consultatif (Q86, M106, S139, T112).

T112 «Si vraiment je suis dans un conflit important et que j'ai un patient que je revoie, si je lui explique que je veux plus être son médecin traitant et que malgré tout, il revient, je pense que j'appellerais le conseil de l'Ordre pour lui dire « bah, comment je peux faire ? »

Q86 «Je suis bien contente d'avoir trouvé le conseiller ordinal, pour m'aider, d'avoir eu un référent au conseil de l'Ordre, parce que j'étais un peu perdue. »

- ✓ Il n'aurait pas sa place dans les conflits non judiciairisés (J75, M105, T108).

J75 «Le problème du conseil de l'Ordre, c'est qu'on est plus dans la plainte, dans la conciliation... Je suis pas certaine que pour un problème relationnel, de mésentente, y'a rien de déontologique..., je vois pas la place du conseil de l'ordre à ce moment-là. »

- ✓ Il était jugé comme recours extrême (G76, J77).

J77 «Quand y'a insultes, quand y'a violence physique ou verbale, ... là effectivement est toute la place du conseil de l'Ordre, ou une erreur qu'on aurait faite.»

G76 «On va pas aller jusque là quand même ! »

L'avocat et l'organisme de responsabilité civile professionnelle étaient cités dans ce contexte (M104, Q86).

M104 «Le conflit, après tout, dépend si ça se judiciairise, à priori je sais pas, faut voir avec le Sou Médical, ses avocats et puis le conseil de l'ordre. »

Les médecins émettaient des réserves vis-à-vis des déclarations d'agression :

- ✓ La plainte serait inutile (O113).

O113 «Aujourd'hui... je ferais un signalement au conseil de l'Ordre, mais je porterais pas plainte, parce que de toute façon je ne pense pas que ça change grand-chose. »

- ✓ De plus elle nuirait au patient (K73).

K73 «Je pense pas que de porter plainte aurait été une bonne chose pour elle, en fait. Je pense que ça aurait encore plus compliqué sa situation, et moi, mon but ... c'est pas de lui apporter des souffrances supplémentaires. »

III.9.4. En résumé

La relation avec le patient

La résolution des conflits devrait d'abord passer par la communication avec le patient. Les problèmes devraient être évoqués. La négociation et la décision partagée devraient être favorisées. Des limites existeraient et rendraient l'accord parfois impossible ; plutôt que de souffrir et faire souffrir le patient, la rupture serait souhaitable.

Le médecin

Innées ou acquises, le médecin développerait des ressources tout au long de sa carrière. Il devrait apprendre à travailler l'image de lui-même, et à se préserver.

Les tiers

De nombreux tiers pourraient être utiles en cas de conflit, soit pour relativiser, prendre le relais auprès du patient, développer de nouvelles compétences ou encore se protéger. La médiation directe était peu évoquée.

IV. Discussion

IV.1. Discussion de la méthode

Le choix du qualitatif

Notre question de recherche nous a orientés préférentiellement vers les méthodes qualitatives ^(42, 53). Celles-ci étudient des questions complexes ⁽⁴³⁾. Elles permettent d'explorer les attitudes, les croyances et préférences personnelles ⁽⁵⁴⁾, ce qui correspond à nos objectifs d'enquête. Elles sont connues comme pertinentes pour comprendre le fonctionnement des sujets et les interactions entre eux ⁽⁵⁴⁾. Elles s'intéressent plus à la diversité des comportements qu'à leur fréquence ⁽⁴²⁾.

Le recrutement

La méthode de proche en proche fut choisie pour maximiser l'acceptation des entretiens ⁽⁴⁴⁾ sur un sujet jugé a priori difficile à aborder. L'influence du médecin entremetteur a pu entraîner un biais de censure chez le médecin interrogé ⁽⁴⁴⁾.

La pré-rédaction de l'invitation permettait une présentation claire du sujet et des modalités d'entretien (Annexe I). Elle exposait le cadre éthique de l'enquête suivant les principes de la CNIL ^(42, 51). La clarté est nécessaire à la confiance, et donc à l'acceptation des entretiens ^(42, 44).

Certains médecins étaient recrutés directement. Cela a pu entraîner un biais dans la motivation des médecins à participer. Quelques uns étaient connus de vue. Cela a pu limiter leurs réponses, par crainte d'un jugement subjectif ou au contraire favoriser les confidences.

Deux tiers des médecins sollicités ont accepté de participer à l'enquête. L'acceptation d'un entretien serait d'autant plus importante que le sujet est traumatique et peu abordé dans l'entourage de l'interviewé ⁽⁴⁴⁾.

Parmi les vingt médecins interrogés, les femmes et les 30-39 ans étaient plus représentés que la moyenne ⁽⁵⁵⁾, mais l'échantillon était varié. « *Dans l'enquête par entretien, on bâtit le plus souvent un corpus diversifié qui repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population* » ⁽⁴⁴⁾. « *Les critères de sélection des personnes n'ont pas pour objectif la représentativité de la population mais la recherche de leur significativité sociale* » ⁽⁴²⁾

La méthode de recueil des données

L'observation directe a été écartée pour plusieurs raisons. Le fait d'être observé pouvait diminuer la spontanéité des attitudes. L'observateur risquait d'être pris à parti dans le conflit, comme médiateur ou comme arbitre. L'observation seule ne permettait pas d'explorer le ressenti des médecins.

Le focus group s'attache aux représentations ⁽⁵⁶⁾. Il aurait pu explorer le ressenti des médecins. Nous ne l'avons pas choisi, car il existe dans les groupes des réticences à parler de sujets personnels, a fortiori s'ils peuvent porter préjudice ⁽⁵⁶⁾.

Les entretiens semi-structurés nous ont semblé plus pertinents. Ils favorisent la reconstruction des pratiques, la mise à jour des interactions médecin-patient, et l'évocation des représentations des médecins ^(42, 43). Ils permettent d'aborder des sujets délicats et intimes ⁽⁴³⁾, en garantissant l'anonymat des confidences. « *C'est la méthode privilégiée pour explorer les faits dont la parole est le vecteur principal* » ⁽⁴⁴⁾. Elle est « *particulièrement pertinente si l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques...mettre en évidence les systèmes de valeurs... à partir desquels ils s'orientent et se déterminent* » ⁽⁴⁴⁾.

L'utilisation d'un guide d'entretien a permis de garder une trame commune à tous les entretiens, sans omettre les sujets importants à aborder ⁽⁴²⁾.

La pré-enquête a permis d'affiner la technique d'entretien, en analysant la façon dont les interviewés répondent ⁽⁴²⁾. Elle fut réalisée auprès d'une remplaçante en médecine expérimentée dans cette technique. Son avis critique a été recueilli après entretien, afin d'ajuster le guide ⁽⁴²⁾. Cette pré-enquête n'a pas été incluse dans les résultats du fait du critère de non-installation.

De même, les conflits avec des patients mineurs ou des proches du médecin n'ont pas été inclus dans les résultats. Les relations avec les enfants sont des triades qui font intervenir les parents. Les relations difficiles avec les adolescents ont déjà été étudiées ⁽⁵⁷⁾, de même que celles avec les proches des médecins ⁽⁵⁸⁾. Le conflit avec les proches peut relever de motifs non-professionnels. Les situations en visite ou en remplacement, bien que non envisagées initialement, ont été conservées de par leurs aspects spécifiques (Voir chapitre IV.2.1.2).

Le cabinet du médecin était suggéré comme lieu d'entretien. Cela permettait au médecin de consulter le dossier médical du patient s'il oubliait certains éléments. Trois entretiens eurent lieu hors cabinet sur demande du médecin.

Des biais de sélection des informations ⁽⁴⁴⁾ et de perception des enquêtés ⁽⁴⁴⁾ sont inhérents à notre type d'étude. Pour éviter le discours pédagogique, nous demandions aux médecins d'évoquer une situation vécue, en détaillant les propos employés avec le patient. L'évocation de situations désagréables ou dévalorisantes peut les avoir gênés ⁽⁴⁴⁾. Ils peuvent avoir déformé la réalité ⁽⁴⁷⁾, ou choisi les situations les plus valorisantes ^(42, 47). Pour atténuer ce biais, nous leur rappelions en début d'entretien que notre objectif n'était pas de les juger, et qu'ils parlaient sous l'anonymat. Nous demandions aux médecins de choisir préférentiellement une situation récente ou éprouvante pour limiter les biais de mémorisation, mais cela a pu influencer sur la fréquence ressentie des conflits.

La démarche d'écoute empathique et flexible ^(42, 44) a été facilitée par la qualité de médecin de l'enquêtrice. Mais l'interview de personnes connues peut avoir limité les demandes d'explicitation ⁽⁴⁴⁾. Certains entretiens nous ont semblé de moindre qualité du fait d'interventions peu pertinentes ^(42, 44). L'autocritique systématique permettait d'accroître la vigilance de l'enquêtrice pour ne pas les reproduire.

Les données furent enregistrées sur dictaphone. Cette méthode permet de capter la parole de l'interviewé dans son intégralité et toutes ses dimensions ⁽⁴⁷⁾. Elle limite l'interprétation prématurée des données ⁽⁴²⁾. Les entretiens étaient réalisés en lieu calme, pour une bonne qualité des enregistrements ^(43, 47). Il y eut quelques propos inaudibles, de l'ordre de 2 mots par entretien.

Après l'entretien, les principales caractéristiques de l'interviewé étaient reportées sur un journal. Cela permet de s'y référer au cours de l'analyse pour vérifier le contexte des données ⁽⁴⁷⁾.

La retranscription

La double écoute permettait d'éviter les erreurs de transcription. Les informations retirées par nécessité d'anonymat concernaient les lieux et les personnes ^(44, 47). Dans trois entretiens, des portions de discours ont été retirées sur demande du médecin interrogé. Elle n'excédait pas 30 secondes chacune.

Les interventions auto-évaluées de l'enquêtrice ⁽⁴⁴⁾ ont permis de s'interroger sur la difficulté à mener certains entretiens ⁽⁴⁷⁾ et de se familiariser avec les données.

L'Analyse thématique

Nous avons choisi l'analyse thématique car c'est la plus abordable pour une première expérience de recherche en sciences humaines et sociales ^(43, 48). L'analyse recherche une cohérence thématique inter-entretiens ⁽⁴⁴⁾. Si elle est d'abord descriptive, sa finalité est de poser des diagnostics sociaux ⁽⁴⁸⁾, de donner lieu à l'élaboration de typologies ⁽⁴⁴⁾.

Le codage descriptif fut débuté en cours de recueil des données pour affiner la question de recherche ⁽⁵⁰⁾. Les thèmes initiaux étaient d'inférence faible pour éviter toute interprétation prématurée des données ^(48, 59). Le codage fut linéaire, pour ne pas omettre de thèmes et pouvoir rendre compte de la quasi-totalité du corpus ⁽⁴⁴⁾. Nous avons suivi une démarche de thématisation continue plutôt que séquentielle dans le but d'une analyse plus fine, plus riche du corpus ⁽⁴⁸⁾.

L'utilisation du logiciel de référence N Vivo a permis un maniement fluide sans perte de données pour le codage axial et la construction de l'arbre thématique ⁽⁵⁰⁾. Les logiciels de codage ont prouvé leur intérêt quand le corpus à analyser est volumineux ⁽⁴⁸⁾. L'organisation des résultats s'est faite de manière inductive suite à la construction de l'arbre à partir des données ⁽⁴⁹⁾.

La recherche de validité interne et externe.

La recherche de validité interne pose le problème de la subjectivité du chercheur ^(43, 59) et donc de la crédibilité des résultats ^(43, 59). Il s'agit de déterminer si les observations présentées sont fidèles à la réalité, si ce que le chercheur observe est réellement ce qu'il croit observer ⁽⁴³⁾. « *Une des façons d'y parvenir est de recourir à la technique de triangulation des sources et des méthodes* » ⁽⁵³⁾.

La triangulation est l'utilisation de plusieurs techniques de recueil de données ⁽⁴³⁾. Nous avons choisi une triangulation par codage multiple, la confrontation de différents analystes permettant de :

- ✓ développer la réflexivité ⁽⁵⁹⁾.
- ✓ diminuer la subjectivité en discutant des divergences ^(43, 49, 50).
- ✓ découvrir de nouveaux thèmes ^(49, 50).

Quatre personnes furent impliquées en ce sens. L'une était professeur de français ce qui peut apporter une sensibilité différente à l'analyse.

La recherche de validité externe pose le problème de la reproductibilité des résultats ⁽⁴³⁾. Il doit être possible de pouvoir généraliser les observations à d'autres objets ou contextes ^(43, 53, 59, 60). Cela implique d'avoir interrogé un nombre suffisamment important de médecins pour que les données soient représentatives d'un groupe plus général ^(53, 60).

Cette importance s'évalue en fonction de la saturation des données : « *le terme à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation n'émerge plus au cours de l'analyse* » ⁽⁴³⁾.

Nous n'avons pas trouvé de donnée réellement nouvelle sur les trois derniers entretiens.

IV.2. Discussion des résultats

IV.2.1. Des facteurs de risque ?

IV.2.1.1. Les patients

Sur le plan démographique, une légère majorité des patients présentés étaient des femmes ; ce que l'on retrouve dans la littérature sur le patient difficile ⁽⁹⁾. Toutefois, les femmes représentent 55 à 63 % des consultations en médecine générale ^(13, 61). Recevoir une femme plutôt qu'un homme en consultation ne représente donc pas nécessairement un facteur de risque de conflit. De même, la proportion la plus importante retrouvée concerne les 50-60 ans. Or c'est la tranche d'âge qui consulte le plus les médecins généralistes ⁽¹³⁾.

Sur le plan professionnel, tous les niveaux sociaux étaient retrouvés dans les entretiens, mais majoritairement des inactifs. Une observation récente systématique de consultations en médecine générale retrouvait une proportion majoritaire d'employés, d'ouvriers et d'inactifs parmi les patients avec qui des reproches étaient échangés ⁽¹³⁾. Les demandes jugées illégitimes concerneraient des patients inactifs dans près d'un cas sur deux ⁽⁶²⁾. L'inactivité constitue peut-être un facteur de risque.

Sur le plan médical :

✓ Les pathologies psychiatriques étaient évoquées dans la quasi-totalité des entretiens, alors que leur prévalence en médecine générale est estimée entre 9 et 15% selon les sources ⁽⁶³⁻⁶⁵⁾. La prise en charge de ces pathologies est classiquement décrite comme difficile ⁽⁶⁶⁻⁶⁸⁾, notamment sur le plan relationnel ^(7, 29), que ce soit pour les pathologies psychosomatiques ^(29, 30, 32, 69), la dépression ^(6, 29, 30, 70), la toxicomanie ^(32, 68) ou encore les troubles du comportement ^(6, 32, 71). Le risque de conflit est notamment lié au déni de la maladie et au refus de traitement par le patient ^(70, 72). Certains entretiens retrouvaient des demandes de psychotropes dont la légitimité est la cause du conflit. Certaines personnalités pathologiques, comme les histrioniques, les obsessionnels, les paranoïaques sont décrites comme difficiles ⁽⁶⁷⁾. Les troubles psychiatriques favoriseraient le passage à l'acte agressif. Des documents sur le profil type de l'agresseur le décrivent comme étant un homme jeune, à l'enfance malheureuse, avec des antécédents de violence et troubles psychiques ⁽⁷³⁾.

✓ Les pathologies cardio-vasculaires étaient évoquées dans le tiers des entretiens. Mais elles représentent le principal motif de consultation en médecine générale ⁽⁶¹⁾. En tant que maladies chroniques, elles posent des problèmes d'observance ⁽⁷⁴⁾, ce qui peut être cause de conflits. Il est décrit une prévalence plus forte des pathologies cardio-vasculaires chez les personnalités de « type A ». Or ce sont des personnes plus sensibles à l'impatience, l'hostilité, le déni des troubles, et le refus de traitement ⁽⁷⁵⁾.

✓ Les consultations pour certificats concernaient un quart des entretiens. Cette demande de certificat était souvent l'objet du conflit. Le médecin la considérait illégitime, supposant que le patient recherchait des bénéfices secondaires (argent, arrêt de travail). Les motifs administratifs sont des sources d'insatisfaction pour les médecins ⁽²²⁾.

✓ Patient inhabituel ou situation de remplacement étaient aussi retrouvés dans les entretiens. La confiance et l'implication relationnelle pourraient manquer. De même dans l'obligation de soins.

Sur le plan social, le tiers des entretiens évoquait des patients isolés. L'isolement diminue l'observance et les chances de guérison ⁽⁷⁶⁾. La majorité des entretiens décrivait des patients en difficulté avec d'autres soignants, des proches ou au travail. Selon les médecins interrogés, ces conflits auraient favorisé l'isolement du patient, ou un stress à l'origine d'une attitude agressive.

Ainsi le patient à risque conflictuel présenterait un problème biopsychosocial, comme le sont décrits les patients difficiles ⁽⁹⁾.

Pour conclure : l'inactivité, les pathologies psychiatriques, les demandes de certificat, l'isolement et les patients peu connus semblent être des facteurs de risque.

IV.2.1.2. Les médecins

Dans la moitié des entretiens, le médecin était en retard. Le stress occasionné peut diminuer les dispositions du médecin à écouter le patient. Le patient peut être frustré parce qu'il n'est pas pris à l'heure, ou moins écouté.

Dans le tiers des entretiens, les conflits avaient eu lieu en début d'activité. Or la qualité des soins perçue par les patients est six fois moindre quand la relation est inférieure à 5 ans ⁽⁷⁷⁾. Est-ce une question de confiance ? Le jeune âge des médecins diminuerait la confiance du patient ⁽³⁾. L'expérience de la relation médecin-patient est moindre en début d'activité. Le médecin s'est formé essentiellement en milieu hospitalier, où il traite plus d'urgences. Or en cas d'urgence, la relation serait différente, le médecin étant le premier décideur dans la prise en charge ⁽⁷⁸⁾. D'où l'importance de former les étudiants en médecine à la relation ambulatoire, tant sur le plan pratique que théorique.

Le tiers des entretiens évoquait une surcharge ponctuelle de travail ou un rendez-vous non programmé. Or la difficile gestion du temps peut favoriser les conflits, comme l'illustrent d'autres témoignages ^(3,29).

Les problèmes personnels étaient peu évoqués. Ils peuvent être sous déclarés, du fait d'éventuelles réserves des enquêtés. D'autres ouvrages montrent l'influence des problèmes personnels du médecin dans les soins ⁽²⁹⁾.

La moitié des médecins déclarait n'avoir eu aucun problème particulier précédant le conflit. Cela peut se comprendre si c'est le patient qui ouvre le conflit.

Le retard, le début d'activité, la surcharge de travail et les difficultés personnelles joueraient un rôle dans la survenue des conflits entre patients et généralistes. Le lieu d'exercice pourrait être aussi un facteur de risque, car selon l'observatoire sur la sécurité des médecins, 83% des agressions auraient lieu en milieu urbain ⁽²⁵⁾.

Ces interrogations sur les facteurs de risque mériteraient d'être complétées par d'autres enquêtes.

IV.2.1.3. Motifs de conflit

Nos résultats sur les reproches des patients concordaient avec des travaux sur les motifs de rupture des patients, de plaintes, d'agressions de médecins, et sur la qualité de relation médecin-patient. Ils concernaient :

✓ Le temps : le médecin doit être disponible ^(2, 3, 79), toujours joignable ⁽³⁾, et son retard en consultation ne devrait pas excéder 15 minutes ⁽³⁾. Disponibilité insuffisante et attente trop longue représentent 23 % des motifs de plainte aux Etats Unis ⁽⁸⁰⁾, et 10 % des motifs d'agressions en France ⁽²⁵⁾.

✓ Le respect : Si les patients insistent sur l'importance de l'écoute ^(3,79, 81) et du respect, certains estiment en manquer ^(31, 80, 81). C'est le principal motif de plainte aux Etats Unis (36%) ^(80, 81).

✓ Les compétences nécessaires ^(3, 79) : L'impression d'incompétence est parfois l'objet de plaintes, d'agressions ^(25, 80) ou de rupture ⁽³¹⁾.

✓ Le soulagement : Certains patients estiment que leur douleur est insuffisamment prise en charge ⁽⁸¹⁾.

✓ La réponse aux demandes ⁽⁸²⁾ : c'est une cause de plainte ⁽⁸⁰⁾ et de rupture (31). Les refus de prescription représentent 16% des motifs d'agression en France ⁽²⁵⁾.

✓ La communication interdisciplinaire : la confiance et l'information délivrée feraient parfois défaut ^(79, 80).

Les causes d'insatisfaction des patients sont souvent multiples ⁽⁸⁰⁾.

Nos résultats sur les motifs des médecins concordaient avec des travaux sur le patient difficile, les ruptures et la qualité des relations médecin-patient. Ainsi on retrouve :

✓ la revendication : certains patients sont décrits comme exigeants ^(3, 8), consuméristes ^(3, 66), ou comme des ayant-droit ⁽⁹⁾. L'agressivité dont ils feraient preuve les rendrait difficiles. ^(6, 8, 71, 83). Cela entraîne parfois la rupture ⁽³¹⁻³⁴⁾.

✓ la manipulation ^(6, 9, 29, 31-34, 71, 83). On peut s'interroger sur le caractère conscient ou non du patient à manipuler le médecin ⁽¹⁰⁾.

✓ l'encensement : le fait d'accorder trop de confiance au médecin nuit à la qualité de la relation ⁽³⁾.

✓ la plainte répétée et les reproches ^(9, 31, 71) : ils créent un doute sur une incompétence du médecin et sur une impossibilité à satisfaire le patient. Les consultations fréquentes et sans amélioration des « frequent attenders », finissent par engendrer appréhension et agressivité des médecins ⁽⁸⁴⁾, voire des ruptures ⁽³³⁾.

✓ la non observance du traitement ^(29, 71) : elle entraîne une frustration du médecin, qui peut le conduire à être sur la défensive ⁽⁷⁶⁾ voire à rompre ⁽³³⁾.

✓ le non respect des rendez-vous : c'est le patient qui annule sans prévenir ^(33, 66, 68, 82, 85), ou qui demande des consultations multiples dans l'urgence ⁽²⁹⁾.

✓ la remise en cause des compétences du médecin ^(3, 29). Le déni peut en être une forme, donc il pose problème ^(71, 83). Le patient « je-sais-tout » agace les médecins ^(8, 68, 86).

✓ les demandes jugées illégitimes ^(3, 9, 29, 33, 34).

✓ la familiarité excessive ^(9, 29).

En conclusion, le conflit peut naître d'une divergence sur la définition de la relation ⁽¹¹⁾.

Ainsi médecin et patient ne seraient pas d'accord sur le rôle qui leur est attribué. Le médecin ne peut pas toujours guérir. Il n'est pas responsable du comportement de ceux à qui il confie le patient. Malgré son bon-vouloir, il n'obtient pas toujours des rendez vous et examens spécialisés dans les délais souhaités. Sa propre disponibilité est limitée par les demandes des autres patients.

Quant au patient, il n'est pas toujours d'accord pour changer son mode de vie ou prendre un traitement dont il ne voit pas l'utilité. Il ne comprend pas toujours les contraintes du médecin, et estime différemment les compétences.

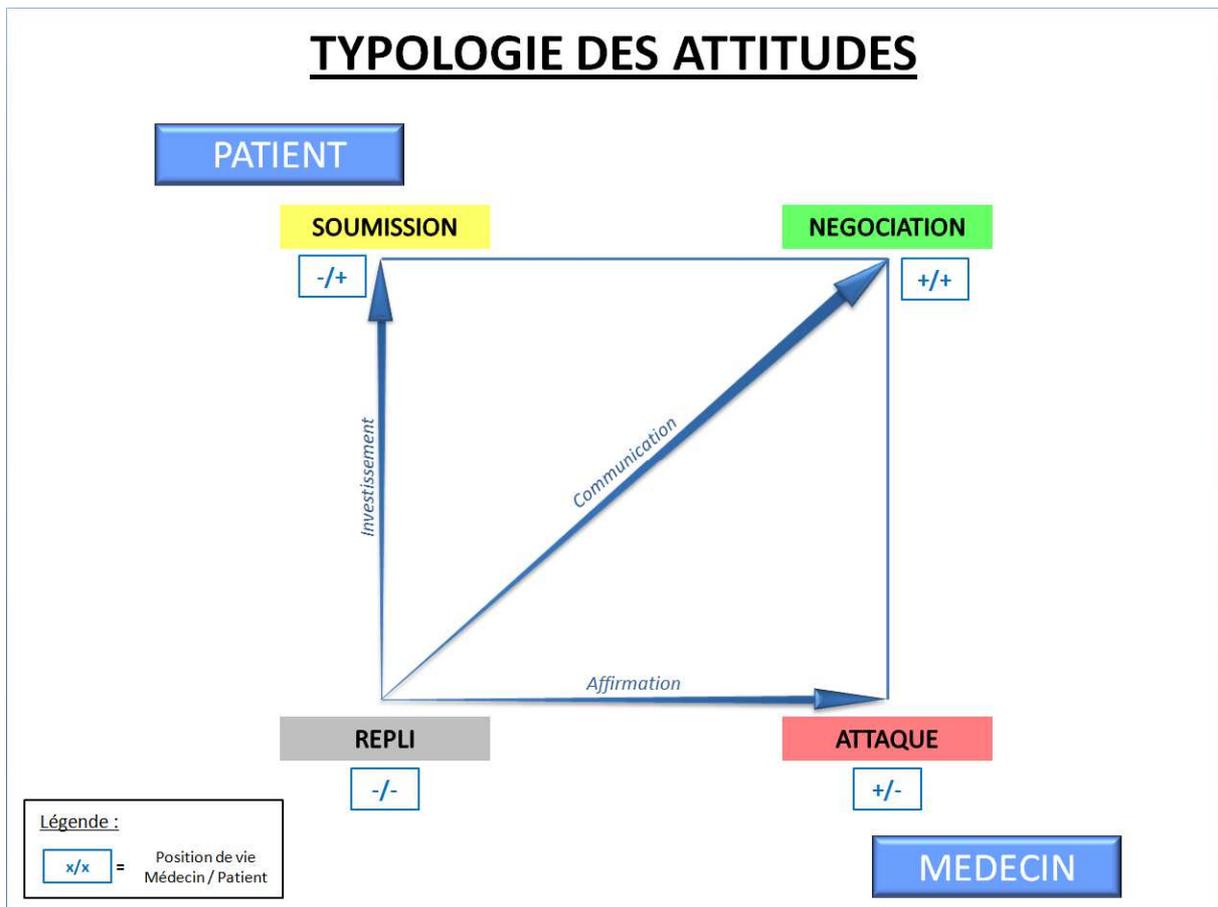
IV.2.2. Typologie des attitudes

Six attitudes différentes seraient possibles en cas de conflit : l'attaque, la soumission, le repli, la négociation, la rupture de relation et le recours au tiers. Affirmation de soi et investissement dans la relation en déterminent les différences.

Dans un article anglo-saxon, elles sont présentées sous le terme de : rivalité, évitement, accommodation et collaboration ⁽²⁶⁾.

Selon une étude quantitative américaine récente, les attitudes de repli et de soumission seraient les plus fréquentes ⁽⁸⁷⁾. La négociation est utilisée plus par les administrateurs que les internes ou les médecins enseignants ⁽⁸⁷⁾.

TYPOLOGIE DES ATTITUDES



(Schéma établi à partir des résultats de notre enquête et des références bibliographiques numéro 6 et 26)

Plusieurs facteurs pourraient influencer les attitudes :

✓ Le rapport général à l'altérité. Ce sont les « positions de vie »⁽⁶⁾. Si l'on s'envisage comme supérieur à l'autre, on pourrait préférer l'attaque ; dans le cas inverse la soumission. Si l'on envisage les relations avec pessimisme, on choisit le repli ; à l'inverse l'optimiste préférerait la négociation.

✓ L'attitude de l'autre. Selon Picard, toute relation interpersonnelle se structure à partir de la position respective que prennent les protagonistes⁽¹¹⁾.

✓ Les intérêts. Le médecin, payé par le patient, a intérêt à le satisfaire s'il veut continuer de le suivre et ne pas subir un effet sur sa réputation⁽⁸⁸⁾.

✓ Le moral. Le médecin dialogue moins avec le patient s'il est de mauvaise humeur, nerveux ou fatigué^(20, 89).

Chaque attitude présente des problématiques spécifiques que nous avons choisi de détailler ci-dessous. Du fait de leur nature théorique, la présentation est volontairement stéréotypée. Il est difficile de donner leur fréquence exacte dans les entretiens car elles sont combinées et varient au cours du processus conflictuel. Les médecins décrivant plusieurs conflits prenaient souvent des attitudes différentes selon le patient.

IV.2.2.1. L'attaque

Nous entendons par « attaque » le médecin qui affirme sa position mais qui n'investit pas la relation. Il cherche à contrôler la situation, et imposer son pouvoir, par quelque manière que ce soit ^(11, 26). Cela correspond au comportement agressif décrit par F. Fanget ⁽⁹⁰⁾, à la rivalité selon Saltman ⁽²⁶⁾.

L'attaque se manifeste par : l'élévation de la voix, le jugement, la culpabilisation, la demande impérative, les prescriptions à caractère de sanction ou destinées à prouver la véracité des motifs conflictuels. Le recours à l'autorité peut constituer une forme d'attaque. L'élévation de la voix, concernant un tiers des entretiens, fut la modalité d'attaque la plus retrouvée.

L'attaque la mieux décrite concernait un conflit de I. Le médecin I s'était mis en colère, aurait dit au patient qu'il était « gonflé », qu'il avait un comportement « lamentable ». Sans l'examiner, il lui aurait dit d'aller « voir quelqu'un d'autre » et aurait fait venir la police pour que le patient s'en aille.

Bien que non retrouvées dans les entretiens, on pourrait ajouter à la description de l'attaque toutes les formes de violence : l'insulte, l'intimidation et la violence physique, dont certains médecins abuseraient ⁽⁵⁾.

Si cette forme d'expression soulage la colère sur l'instant, sur un plan déontologique, cela pose plusieurs problèmes :

✓ Celui du respect de la dignité du patient. Selon l'Article 2 du Code de Déontologie, « Le médecin ... exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ... Ce respect de la personne exige que le médecin honore le contrat moral qui le lie au patient, en le considérant, dans toutes ses « prérogatives » d'être humain, c'est-à-dire, en évitant de le traiter en inférieur, en mineur » ^(41 art. 2).

✓ Celui d'un comportement déconsidérant la profession médicale : « comportements ou propos scandaleux, grossièretés » sont en effet réprouvés par l'article 31 du code de déontologie médicale ^(41 art. 31).

Sur un plan éthique, gardons en mémoire le principe de non malfeasance et du rôle premier de la relation d'aide : aider, c'est ne pas nuire ⁽⁹¹⁾.

Sur un plan pratique, l'attaque altère fortement la relation. Elle expose à un risque important de judiciarisation et de violence. En cas de plainte du patient, la sanction déontologique n'est pas exclue.

En résumé : mieux vaut éviter l'attaque.

IV.2.2.2. Le repli

Nous entendons par « repli » le médecin qui n'investit pas la relation ni ne s'affirme. C'est un comportement d'évitement relationnel ⁽²⁶⁾, à caractère défensif ^(29, 92), et plutôt passif ⁽⁹⁰⁾.

Le repli se manifeste par : un ton sec, des propos limités aux aspects techniques de la consultation, un désaccord peu voire non exprimé. Il n'y a pas d'empathie, pas de demande. Il peut y avoir des prescriptions destinées à limiter les entrevues ⁽⁹⁾. Le médecin réduit les faveurs, espace ou filtre les entrevues, renvoie parfois au spécialiste. Le retrait verbal qui concernait un quart des entretiens fut la modalité de repli la plus retrouvée. Le repli permet de ne pas subir les conséquences d'un affrontement direct ⁽¹¹⁾. Mais l'absence de communication empêche le règlement du conflit ⁽²⁶⁾. Le conflit devient latent en apparence⁽¹¹⁾. Le manque d'empathie et la souffrance associée à la persistance du conflit peuvent favoriser le désinvestissement. Le repli le plus caractéristique concernait un conflit de E : « *Je la regarde pas* », « *Je suis froid* », « *Je ne fais aucun commentaire* », « *Je fais que ce qu'elle demande, pas plus* ». « *Il y aucune empathie* ». « *Ca me permet de vivre la consultation, pas agréablement mais faire les papiers* ». « *J'ai prolongé les soins jusqu'en fin janvier, pour être très loin* ». « *Quelqu'un d'autre j'aurais pu trouver un rendez-vous* ». « *Un recul très technique c'est épouvantable* ». « *Je me disais « Mais je m'emmerde, dans mon boulot, qu'est ce que je fais ça ? » »*

Le désinvestissement et le manque de communication peuvent altérer la qualité des soins. Or selon l'article 32 du code de déontologie : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science* » ^(41 art. 32).

En conclusion : le repli est utile sur l'instant si la négociation échoue ; toutefois s'il est prolongé il peut être nocif pour le patient comme pour le médecin.

IV.2.2.3. La soumission

Nous entendons par « soumission » le médecin qui ne s'affirme pas mais qui investit uniquement la relation. Le but est d'apaiser rapidement le conflit. C'est un comportement d'évitement du conflit immédiat plus que de la relation. C'est « l'accommodation » décrite par Saltman ⁽²⁶⁾. Elle est rarement retrouvée dans les entretiens.

Dans la soumission, le médecin est calme, il n'exprime pas son désaccord, il ne demande rien. Il reconnaît son entière responsabilité dans le conflit. Il accorde parfois des faveurs dans l'espoir d'améliorer la relation. Ainsi dans l'entretien B : « *Je lui ai dit : « je suis responsable de mes internes »* », « *J'ai donné mon adresse mail... je me suis investi dans la relation personnellement ... J'ai essayé d'instituer quelque chose de l'ordre de « Je me découvre »* », « *Pour créer un lien, différent de celui qui existait avant* ».

S'il se soumet, le médecin peut céder à une demande illégitime. Les prescriptions jugées illégitimes concernaient le quart des entretiens. Elles répondaient toujours à des menaces de violence proférées par le patient.

Sur un plan éthique : faire plaisir est-il réellement faire le bien du patient et de la communauté ? En outre, la faveur s'oppose au principe d'équité entre les patients⁽⁹¹⁾.

Dans la soumission, le rôle professionnel peut être remis en cause. L'acceptation d'une demande illégitime pour ne pas perdre le patient peut s'apparenter à un rôle commercial plus que médical⁽⁸⁸⁾. Or selon le code de déontologie, le médecin qui fait commerce de sa fonction déconsidère la profession médicale^(41 art. 31). Selon le principe de probité, il ne doit offrir au patient que des services légitimes^(41 art. 3, 93). De plus, il est libre de ses prescriptions^(41 art. 8), et ne doit pas aliéner son indépendance professionnelle^(41. art 5, 93). Les faveurs sont proscrites^(41 art. 24) ; elles s'apparentent à la complaisance^(41 art. 28). Les fausses déclarations en matière de certificat sont réprimées par la déontologie^(41 art 110) et le Code Pénal^(94 art. 441-8).

Sur un plan relationnel, la soumission décrédibilise le médecin⁽²⁶⁾. La satisfaction du patient serait indépendante de la réalisation de ses attentes en matière de prescription⁽⁸²⁾. Et si la faveur est un jour retirée, cela peut réactiver le conflit.

En conclusion : Les faveurs sont à éviter. Les prescriptions et certificats illégitimes font encourir de lourdes sanctions au médecin qui les pratique. Seule la situation de danger imminent pour son intégrité physique pourrait les justifier, sous condition d'être déclarée rapidement par la suite. Les menaces d'un patient sont réprouvées par la loi^(94 art. 441-8).

IV.2.2.4. La négociation

La négociation c'est investir la relation, en cherchant à comprendre l'autre, tout en valorisant son propre point de vue. C'est un comportement affirmé, dont le but est la satisfaction mutuelle⁽⁹⁰⁾. C'est rechercher la collaboration⁽²⁶⁾. Selon le modèle de Strauss, la position est dynamique, réévaluée en fonction des arguments de chacun⁽¹⁵⁾.

La négociation se manifeste par : un ton calme, une expression de son désaccord, une écoute active et empathique, une reconnaissance partielle des responsabilités, assorties d'une justification factuelle. La décision médicale est partagée, car les prescriptions sont réévaluées avec le patient et légitimées par le dialogue⁽⁹⁵⁾. Le recours au spécialiste peut être l'issue de la négociation. Parmi les médecins interrogés, les trois quarts auraient exprimé un désaccord et se seraient justifiés. La moitié serait restée calme, et aurait exprimé de l'empathie. Ecoute et décision partagée étaient moins évoquées. La négociation la plus décrite est un conflit de J : « *J'ai pas été incorrecte* », « *Je lui ai dit que j'étais désolée* », « *Je savais pas quels étaient ces dépassements* ». « *Je lui ai dit que il est tout-à fait libre de choisir ses spécialistes* ». « *Je l'ai adressé au CHU, dans le public comme il le souhaitait* »

La négociation présente l'avantage d'être fondée sur le dialogue ; associée à la méta-communication -expression sur la relation- elle facilite l'apaisement du conflit ⁽¹¹⁾. La négociation ne présente pas de problème d'ordre éthique ou juridique, sous réserve qu'elle n'aboutisse pas à une prescription illégale. Dans ce cas, il faut dire non. Mais la négociation nécessite du temps ⁽²⁶⁾, des compétences en communication, de l'énergie ⁽²⁶⁾.

En conclusion : la négociation peut être difficile sur l'instant, mais c'est ce vers quoi il faut tendre car elle permet d'aller vers le bien du patient et d'apaiser le conflit ⁽²⁶⁾. L'accord est parfois impossible ^(11, 26).

IV.2.2.5. La rupture de relation

Avant l'enquête, nous avons envisagé les ruptures par les médecins comme dernier recours ⁽³²⁾. Dans nos entretiens, elles étaient parfois impulsives sous l'effet d'un reproche. Elles étaient rares, comme dans d'autres études ⁽³⁴⁾. Elles étaient généralement orales et suggérées ce qui correspond au « push out » décrit par Stokes ⁽³¹⁾. Elles étaient parfois imposées : « Lock out », parfois indirectes via le secrétariat : « Hand off » ⁽³¹⁾. L'incompétence était la principale justification donnée au patient. Elles n'étaient jamais signalées à la caisse primaire, contrairement à ce qui se passe en Grande Bretagne ^(10, 31). Les ruptures présentées étaient plutôt vécues avec soulagement, permettant de mettre fin à une situation douloureuse et néfaste.

Les obligations à respecter pour rompre étaient souvent méconnues. Il faut dire que la convention médicale évoque le droit du patient à rompre mais rien n'est dit au sujet du médecin traitant ⁽⁹⁶⁾. Selon le Conseil National de l'Ordre, le médecin peut rompre le contrat médecin traitant s'il le souhaite, dans la mesure où c'est un contrat à durée indéterminée sans mention d'échéance. Selon l'article 47 du code de déontologie : « *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* » ^(41 art. 47).

Toutefois :

✓ Il doit informer le patient, sans délai de son refus ou de son impossibilité à continuer à le prendre en charge. Il peut fournir au patient les raisons de sa rupture mais n'est pas obligé de le faire ^(41 art. 47).

✓ Il doit assurer la continuité des soins ^(41 art. 47). Cela signifie assurer les soins en cas d'urgence ^(41 art. 9 et 47), sinon il s'expose à des sanctions disciplinaires et pénales ^(94 art 223-6). Il doit également transmettre le dossier médical au nouveau médecin désigné par le patient ^(41 art. 45 et 46).

✓ Le refus de soin doit être légitime ^(97, 98), sans discrimination d'origine, d'idéologie politique ou de conviction religieuse, de condition sociale ^(41 art. 7).

Il est conseillé d'en informer la caisse primaire d'assurance maladie par écrit ⁽⁹⁹⁾.

Là où le serment d'Hippocrate énonce « *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera* »⁽⁹³⁾, certains médecins répondaient « *on ne peut pas soigner tout le monde* » : cela pose la question du premier recours⁽⁹⁶⁾. Après la rupture, les patients peuvent avoir des difficultés à trouver un nouveau médecin⁽¹⁰⁾.

En conclusion : La poursuite de relation ne doit pas se faire au détriment de la qualité des soins⁽¹⁰⁰⁾. Mieux vaut arrêter la relation si l'on a conscience de conséquences néfastes pour le patient ou pour soi-même. Mais sous plusieurs conditions : la légitimité de rupture, l'information du patient, la continuité des soins.

IV.2.2.6. Le recours au tiers

Suivant les recommandations déontologiques, les médecins interrogés avaient recours à d'autres soignants si le patient n'a pas confiance ou s'ils ne se sentent pas suffisamment compétents^(41 art. 33 et 60). Seulement, le patient n'est pas toujours d'accord pour consulter le tiers⁽⁶⁸⁾. Les médecins adressent les patients pour se rassurer, ou se protéger⁽⁹⁾. Ils mobilisent d'autres soignants, pour leur écoute, pour relativiser, ou se former.

Des non-soignants intervenaient dans la gestion du conflit : la police, le maire, la famille du patient. Cela interpelle sur la notion du secret médical^(41 art. 4). L'autorité servait à se débarrasser du patient ou à l'éviter de nuire. La famille du patient était sollicitée comme médiatrice.

La médiation a pour but de restaurer le dialogue entre le médecin et le patient, sans pour autant constituer un arbitrage⁽¹⁰¹⁾. Elle est formalisée en milieu hospitalier et souvent réalisée par des médecins honoraires⁽¹⁰¹⁾. Sur le plan libéral, le Conseil de l'Ordre s'est impliqué dans cette démarche en signant un partenariat avec le Médiateur de la République⁽⁴⁰⁾. Seul un entretien évoquait la possibilité d'une telle médiation, qui n'avait pas été mise en œuvre. Dans l'ensemble, les médecins interrogés limitaient le rôle du conseil de l'ordre aux conseils pour rompre, en l'absence de conflit judiciaire. Ils n'étaient pas demandeurs de médiation tant qu'il n'y a pas de plainte ou de violence physique. Est-ce par manque d'intérêt ou réticence ? La crainte d'un jugement ou le fait de revivre un moment douloureux sont des freins connus à la médiation dans d'autres milieux⁽¹⁰²⁾.

En résumé : Le recours à un soignant est nécessaire si la négociation n'aboutit pas, ou si le médecin se suppose incompétent.

IV.2.3. Le ressenti des médecins

IV.2.3.1. *Prévalence des conflits*

Les médecins interrogés estimaient avoir peu de conflits avec leurs patients : ceux-ci n'excéderaient pas trois par an. Dans la littérature française sur le patient difficile, chaque médecin aurait entre 5 et 8 patients « problématiques »⁽⁹⁾.

Mais cette rareté est à relativiser selon :

- ✓ la définition du conflit donnée par les médecins. Le mot « conflit » était assimilé pour certains à des situations extrêmes, telles que la rupture de relation ou l'agression⁽⁵⁾. En Irlande, 46% des médecins rompent au moins une relation médecin-patient tous les deux ans⁽³⁴⁾.

- ✓ la manière de gérer le conflit : Si le désaccord n'est pas verbalisé, il n'est pas toujours remarqué. Si le conflit est rapidement résolu, le médecin peut l'avoir oublié.

- ✓ le profil des médecins interrogés. La majorité des entretiens a eu lieu dans la Vienne, 69^{ème} département à déclarer des agressions par ordre de fréquence⁽²⁵⁾. Notre étude a porté sur des médecins installés, la majorité depuis plus de 5 ans, ce qui diminue le risque d'insatisfaction des patients⁽⁷⁷⁾.

- ✓ l'effet personnalité des médecins : la tolérance à la frustration est variable d'un individu à l'autre, d'où une prévalence plus ou moins ressentie des conflits.

- ✓ les données recueillies en entretien sont déclaratives. Les professionnels de la relation d'aide peuvent se sentir gênés d'évoquer des conflits vécus avec les patients⁽⁶⁾, ce qui sous-estimerait la prévalence réelle des conflits. En ce sens, nous avons remarqué qu'en début d'entretien, le médecin disait généralement ne pas avoir de conflit avec ses patients, puis au fil des questions, il évoquait plusieurs situations.

Une observation directe systématique de 110 consultations de médecine générale en 2009 aurait retrouvé 15 situations de reproches, dont trois évoluant vers le conflit⁽¹³⁾. Cela ferait un conflit par semaine, ce qui est bien différent de la fréquence déclarée ici. Une étude complémentaire serait à réaliser auprès de patients.

Le risque de conflit pourrait s'amplifier dans l'avenir. En faveur de cette hypothèse, des études montrent que les médecins sont de plus en plus insatisfaits⁽²²⁾, et que 75% d'entre eux estiment les patients de plus en plus exigeants⁽²⁴⁾. C'est ce que nous retrouvons dans certains entretiens.

IV.2.3.2. Souffrance

Dans les conflits évoqués, le médecin semblait souvent partagé entre la victimisation et la culpabilité. Cela rappelle le triangle de Karpman : Persécuteur-Sauveteur-Victime ⁽¹⁰³⁾ :

✓ Le médecin étant un professionnel de la relation d'aide, on peut s'attendre à ce qu'il résolve totalement le problème du patient. Ainsi le médecin est placé dans le rôle du sauveur. S'il échoue dans ce rôle, il peut se croire persécuteur. Il peut aussi se placer en victime, pensant que le patient entretient son échec. Le patient prend alors le rôle du persécuteur. Le médecin peut projeter sa souffrance sur le patient : dans l'attaque, il devient persécuteur.

✓ Quand au patient, il se présente comme la victime, que cela soit sincère ou pas (manipulation). Il espère quelque chose du médecin, qu'il n'obtient pas. Cela le frustre et peut le pousser à devenir persécuteur.

Les médecins interrogés auraient rarement verbalisé leurs émotions en présence des patients. La souffrance peut être entretenue par la répression des émotions.

La société nous a appris à éviter l'expression de la colère ^(92, 104). Elle est considérée comme une perte de temps ⁽¹⁰⁵⁾. Elle peut heurter le patient ⁽⁹⁰⁾, le faire rompre, ou le rendre violent ⁽¹⁰⁵⁾. Dans certains entretiens, elle était jugée inappropriée. Cela peut expliquer partiellement pourquoi le repli et la soumission étaient préférés à l'attaque. Mais c'est en évitant l'émotion qu'elle devient envahissante ⁽¹⁰⁴⁾.

Pour la tristesse et la peur, il s'agirait de ne pas se montrer vulnérable ⁽⁹²⁾. Cela rappelle la notion d'un « moi personnel » à protéger ^(29, 92). Car sinon, qui soigne l'autre ?

Il n'est pas exclu que certaines situations présentées entraînent en résonance avec le vécu personnel du médecin ^(6, 29). Toutefois cela n'a pas été recherché dans les entretiens.

IV.2.3.3. Des poursuites de relation positives

Comme c'est le cas dans d'autres pays ⁽³¹⁾, nous pensions que les médecins maintenaient majoritairement la relation, même s'ils étaient insatisfaits. Dans les entretiens réalisés, la majorité des relations poursuivies par le médecin étaient évaluées comme satisfaisantes. Le conflit était considéré comme apaisé ou ayant permis une amélioration de relation. Les conflits peuvent être positifs ⁽⁹²⁾.

IV.2.4. Des conséquences graves

IV.2.4.1. La qualité des soins

Comment le soin peut-il être efficace lorsque médecins et patients ne se comprennent pas ? Dans nos entretiens, l'altération de la qualité des soins était envisagée sur le mode du possible.

Face à un patient jugé trop difficile, des rendez-vous étaient annulés, des consultations écourtées. Nous retrouvons la même notion dans la littérature ⁽⁹⁾. Cela réduit la possibilité d'examiner le patient.

De plus, l'insatisfaction du patient diminue l'observance ^(17, 76, 82). Le désinvestissement du médecin peut favoriser l'erreur de diagnostic ou des prescriptions inadaptées ⁽¹⁰⁶⁾.

Les ruptures de relation peuvent entraîner une discontinuité des soins. Une étude anglaise montre que certains patients refusés ont des difficultés à trouver un nouveau médecin généraliste ⁽¹⁰⁾. Nous ne savons pas si c'est le cas ici, car le médecin n'avait généralement pas de nouvelle du patient après la rupture.

Les entretiens mettaient aussi en évidence un effet « patient d'après ». Le conflit diminuait la disponibilité d'écoute et de temps pour les patients suivants. Après un conflit, les patients de même profil étaient parfois écartés. Des patients risquent d'être stigmatisés ^(10, 107).

IV.2.4.2. L'effet prescription

Selon les études, 73 à 83 % des consultations en France aboutissent à une prescription médicale ^(61, 68, 108).

Dans les entretiens, certaines prescriptions étaient effectuées contre le gré du médecin. Cela constituerait 10 % des prescriptions en France ⁽¹⁰⁹⁾.

Nos résultats montraient les rôles de certaines prescriptions dans le conflit :

- ✓ Un rôle éducatif. Les refus et limitations de prescriptions suivent une logique de restriction ⁽⁶⁸⁾. Celle-ci se base sur la maîtrise des dépenses, le respect des recommandations et la responsabilisation du patient ⁽⁶⁸⁾.

- ✓ L'indépendance du médecin et sa légitimité professionnelle ⁽⁶⁸⁾. Cela correspond aux prescriptions-sanctions et prescriptions « pour avoir raison » évoquées dans les entretiens.

- ✓ La limitation du conflit ou de l'entrevue. La littérature parle de prescriptions destinées à ne pas altérer la relation médecin-patient ⁽¹¹⁰⁾, ou pour ne plus avoir à la gérer ^(9, 111).

- ✓ La prescription est aussi le moyen de valider la plainte du patient ⁽⁶⁸⁾.

IV.2.4.3. Des signes de burn out

Dans quelques entretiens, la relation avec le patient était poursuivie malgré un épuisement, une dépersonnalisation du patient ou une démotivation temporaire. Cela correspond aux trois composantes du burn out, telles que décrites dans l'échelle de Maslach ⁽¹¹²⁾. Si les médecins interrogés ne se disent pas en burn out, ils reconnaissaient néanmoins avoir vécu l'une ou plusieurs de ces composantes suite aux conflits.

Le conflit serait-il une cause ou bien une conséquence du burn out des médecins ?

On sait que le risque d'épuisement professionnel est plus important si le médecin pense tirer peu de bénéfices de son travail ⁽¹¹³⁾. La non reconnaissance et le caractère exigeant des patients seraient les deuxième et sixième causes à l'origine du burn out ⁽⁶⁶⁾. La judiciarisation de la médecine et le sentiment d'insécurité viendraient en huitième et treizième positions⁽⁶⁶⁾.

Mais le burn out pourrait être aussi une source de conflit. Dans 83% des cas, il diminuerait la qualité des soins ⁽⁶⁶⁾, notamment via des erreurs de diagnostics et de prescription ⁽¹⁰⁶⁾. Dans 85% des cas, la relation médecin-patient serait altérée ⁽¹¹³⁾. Prise en charge psychologique et dialogue avec le patient seraient insuffisants ⁽¹⁰⁶⁾. 44 % des généralistes atteints de burn-out auraient même des attitudes très négatives avec leurs patients ⁽⁶⁶⁾. Ces conséquences rejoignent les motifs de conflit des patients.

IV.2.4.4. La violence

Plusieurs médecins interrogés avaient subi des violences verbales. Sept avaient reçus des insultes, cinq des menaces d'agression physique, dont trois des menaces de mort.

Selon le Conseil de l'Ordre, le tiers des médecins subirait des agressions, quelles qu'en soit la forme ⁽¹¹⁴⁾. Celles-ci sont rarement déclarées. Seulement 822 agressions furent déclarées sur toute la France en 2011 ⁽²⁵⁾. Dans nos entretiens, un seul médecin avait prévenu le conseil de l'Ordre et porté plainte. Les autres justifiaient la non-déclaration par l'absence de traumatisme physique, la crainte de nuire au patient, l'inutilité de la plainte ou l'absence d'incitation à la déclaration.

Les médecins interrogés n'avaient pas subi d'agression physique. Ce type d'agression concerne 12% des déclarations de 2011 ⁽²⁵⁾.

IV.2.4.5. Les plaintes

Sur 35 ans d'exercice, 3 médecins sur 10 reçoivent une plainte ⁽¹¹⁵⁾. Dans une étude récente sur 20 médecins, tous avaient reçu des menaces de plainte, mais seul un fut réellement poursuivi ⁽⁹⁾. Dans nos entretiens, trois médecins avaient reçu ce genre de menace et un seul a subi une plainte déontologique. La menace de plainte est rarement mise à exécution. Bien sûr, tout dépend du motif et de la résolution du conflit.

La plainte survient généralement quand la relation reste conflictuelle, associée à une erreur médicale qui n'est pas toujours reconnue par le médecin. En cas d'erreur, il est recommandé de favoriser le dialogue et de soutenir le patient ⁽¹¹⁵⁾. Un protocole précis est disponible sur le site de la Haute Autorité de Santé ⁽¹¹⁶⁾.

IV.2.4.6. L'effet réputation

Durant les entretiens, certains médecins évoquaient une répercussion possible du conflit sur leur réputation. Certains avaient subi des remarques, voire perdu d'autres patients. Les patients sont sensibles aux opinions de leurs proches portées sur les médecins⁽²⁾. L'effet réputation pourrait favoriser les attitudes visant à apaiser rapidement le conflit⁽⁸⁸⁾.

IV.2.5. Des compétences spécifiques

IV.2.5.1. Savoir Communiquer

Les médecins interrogés insistaient sur l'importance du dialogue. La résolution d'un conflit tient à des « *capacités au dialogue faites d'ouverture, d'écoute, et d'affirmation claire de ses positions* »⁽¹¹⁾. « *Il s'agit de comprendre les origines, les enjeux et les mécanismes du conflit* »⁽¹¹⁾. Cela minimise les divergences d'opinion⁽⁸²⁾.

Dans notre enquête, les médecins incitaient à rester calme, et à établir un rapport d'égalité avec le patient. L'équilibre est nécessaire au dialogue^(11, 90, 117). Il implique un recadrage en cas d'insulte^(6, 118). C'est la règle des « 3P » : politesse-parité-patience⁽¹¹⁸⁾.

Les médecins interrogés conseillaient l'écoute compréhensive. La justification d'emblée empêche de comprendre l'autre et de le convaincre⁽¹¹⁹⁾. Il faut d'abord écouter sans interrompre. Cela prend moins de temps qu'un débat conflictuel⁽¹²⁰⁾. Certains médecins interrogés soulignaient l'importance de l'empathie. Celle-ci est jugée essentielle dans la littérature^(1, 9, 117, 121, 122). Le médecin ne doit pas juger^(6, 117) ou sous-estimer la plainte du patient⁽³⁷⁾. Il doit faire des efforts pour dépasser ses propres mécanismes de défense⁽⁹²⁾ et « *considérer comme valides des points de vue différents* »⁽¹¹⁾.

Certains médecins de notre enquête parlaient de « mieux écouter la demande ». Le médecin doit être curieux envers l'autre⁽¹²⁰⁾ en pratiquant l'écoute active^(118, 122-124). Il s'agit d'explorer la pensée du patient⁽¹²³⁾. Poser des questions ouvertes permet de clarifier les reproches^(90, 125). Il faut repérer les émotions^(1, 100, 120, 126) et favoriser leur expression⁽⁷²⁾. Quelques médecins interrogés rappelaient l'intérêt d'observer le non verbal du patient^(120, 124) et d'utiliser la synchronisation^(124,127).

En se centrant sur le patient⁽⁶⁹⁾, le médecin en sait plus. Il peut alors mieux comprendre les divergences^(4, 120) pour les résoudre⁽¹²³⁾. Selon une méta-analyse américaine, les femmes seraient plus centrées sur le patient que les hommes⁽²²⁾.

Le contexte doit être pris en compte^(72, 100), car il influence toute relation^(6, 11, 128). Dans notre enquête, les médecins rappelaient son rôle dans la survenue du conflit. Ils conseillaient de ne pas prendre l'agressivité pour soi. Celle-ci exprime une souffrance, dont ils ne sont pas nécessairement la cause⁽⁶⁾. L'agressivité peut être organique, sous l'effet d'une substance, d'un sevrage, ou d'une douleur⁽¹²⁵⁾. Elle peut masquer une anxiété importante, ou une difficulté à exprimer une demande⁽⁶⁾. Le patient n'est pas toujours conscient de cette agressivité⁽¹⁰⁾.

Pour comprendre le conflit, le médecin doit aussi identifier sa propre émotion^(69, 100, 117, 119, 123). Il doit être réceptif et critique par rapport au contre-transfert⁽¹²⁰⁾. Toute émotion personnelle a une cause qui nécessite d'être clarifiée^(6, 120). Cette gestion de l'émotion était peu évoquée dans les entretiens.

Quand le médecin s'exprime, il doit d'abord légitimer les propos et l'émotion du patient⁽¹²¹⁾. Quelques médecins interrogés suggéraient de reformuler la critique et nommer l'émotion. Ces pratiques conseillées dans la littérature permettent de vérifier la compréhension et de montrer au patient qu'il a été entendu^(1, 6, 11, 37, 69, 72, 90, 100, 119, 127). Cela l'invite à poursuivre⁽¹²⁴⁾. Le médecin doit être vigilant quand il nomme l'émotion. L'interprétation ne doit pas être présentée comme une vérité mais comme un point de vue^(1, 119).

Dans notre enquête, les médecins conseillaient d'aborder les motifs du conflit si le patient n'en parle pas. Les explications doivent être organisées⁽¹²²⁾ en commençant par ce qui compte le plus⁽¹¹⁹⁾. Elles doivent être explicites⁽¹¹⁹⁾. Les médecins interrogés conseillaient de se baser sur les faits. Ils expliquaient aux patients que le contexte limitait leurs ressources. En cas d'erreur ou de retard diagnostique, ils rappelaient les limites actuelles de la science. Ils conseillaient de répéter la même information, évoquant la technique du « disque rayé ».

Peu de médecins interrogés nommaient leurs émotions personnelles lors du conflit. Pourtant, réprimer l'émotion limite l'écoute⁽¹¹⁹⁾. La nommer permet de s'en distancier⁽¹¹⁾. Il est conseillé de la verbaliser avec respect^(90, 117). C'est le principe de l'assertivité⁽¹²⁹⁾. Cela permet de se sentir mieux, d'améliorer la relation et d'atteindre plus facilement ses objectifs⁽⁹⁰⁾. Si les médecins ne sont pas habitués à exprimer leurs émotions⁽¹²⁰⁾, c'est peut-être parce qu'« ouvrir une brèche dans son système de défense, c'est se rendre accessible à l'autre ». Pourtant « avouer le désarroi, c'est désarmer la violence »⁽¹¹⁾.

Ensuite peut vraiment commencer la négociation. Il s'agit de persuader plutôt que de contraindre⁽¹²³⁾. Le but est de développer un rapport gagnant-gagnant, où chacun est satisfait parce qu'il s'est senti entendu et pris en compte^(6, 121). D'abord il faut reformuler clairement les deux positions⁽⁹⁰⁾, sans chercher à en favoriser une⁽¹¹⁹⁾. Puis il faut se centrer sur les points d'accord⁽⁹⁰⁾ et les intérêts communs^(118, 121). Après avoir envisagé toutes les solutions possibles⁽¹²³⁾, il faut établir des priorités avec le patient^(9, 37, 72), et partager la décision avec lui^(14, 95). Quelques médecins interrogés soulignaient l'intérêt de ce partage. Certains rappelaient que le manque de disponibilité limite la négociation. Une autre étude retrouvait un résultat similaire⁽¹³⁰⁾.

Dans notre enquête, certains médecins rappelaient que l'accord est parfois impossible. Il nécessite un effort mutuel⁽¹¹⁹⁾. Le médecin doit parfois accepter les refus du patient⁽¹¹⁷⁾. Il doit aussi savoir dire non. Poser des limites évite les demandes abusives⁽⁹⁰⁾, acceptées deux fois sur trois⁽⁶²⁾. Dire non, ce n'est pas dire « oui mais »^(90, 129). Ce n'est pas dire « je ne peux pas » mais « je ne vais pas »⁽¹³¹⁾. Parfois le « non » doit être répété^(90, 129, 131). Les médecins

femmes disent plus souvent non ⁽⁶²⁾. Dire non n'empêche pas de montrer son empathie ^(90, 129). Il faut chercher des alternatives avec le patient ^(72, 90, 119) et les valoriser avec espoir ⁽¹³¹⁾. Si la demande reste insistante, il est conseillé d'exprimer sa gêne, voire de mettre fin à la discussion ^(90, 118, 129).

En cas d'agressivité, les médecins interrogés préconisaient de s'expliquer ultérieurement avec le patient. L'utilité de cette démarche ⁽⁷²⁾ peut résider dans la distanciation face au conflit : chacun s'est remis en cause.

Toutes ces techniques de communication nécessitent un ajustement à la personnalité du patient. Dans notre enquête, quelques médecins conseillaient de restreindre la relation avec les patients jugés hystériques ou paranoïaques, et de « dominer les dominateurs ». Des ouvrages existent sur la gestion des « personnalités difficiles » ^(30, 67). Ils recommandent d'écouter l'hystérique avec intérêt, sans se placer en sauveur et en limitant la médicalisation ⁽³⁰⁾. Il faut lui fixer des limites et ne pas tomber dans la sympathie ⁽⁶⁷⁾. La familiarité doit être évitée avec les personnalités antisociales, et il faut être ferme lors d'un refus ⁽³⁰⁾. Avec les personnalités de type A, il faut choisir des justifications concises ⁽³⁰⁾ et ne pas les laisser dominer ⁽⁶⁷⁾ (Voir chapitre IV.2.1.1).

IV.2.5.2. Savoir relativiser

Dans notre enquête, les médecins conseillaient de travailler l'image de soi. C'est notamment miser sur une responsabilité partagée ⁽¹¹⁹⁾. « *Il n'y a pas un innocent et un coupable, mais deux personnes prises dans une spirale d'incompréhension, de méfiance et d'agressivité* » ⁽¹¹⁾.

C'est renoncer à la fonction apostolique du médecin ^(4, 29) et au rôle du « sauveur ». Il faut accepter le transfert négatif ^(8, 20, 120). Certains médecins interrogés conseillaient de positiver les issues du conflit. Il faut rester bienveillant avec soi-même ⁽¹¹⁷⁾.

Dans notre enquête, quelques médecins valorisaient la réflexivité. « *Il faut effectuer une relecture pour comprendre ce qui a généré le conflit* » ⁽¹¹⁾.

IV.2.5.3. Savoir s'entourer

Si besoin, 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.

L'échange en groupe de parole ou avec des paramédicaux a prouvé son efficacité dans le burn-out ⁽¹⁰⁶⁾. Certains médecins interrogés valorisaient les groupes Balint. Ces groupes sont connus pour aider les médecins à accepter leurs limites, et améliorer leur motivation professionnelle ⁽³⁰⁾.

Dans notre enquête, l'exercice de groupe était valorisé par les médecins qui le pratiquaient. Celui-ci faciliterait le débriefing avec un confrère et le relais possible de prise en charge en cas de rupture avec le patient.

La consultation du patient auprès d'un tiers spécialisé était considérée comme utile par les médecins interrogés. « *Le recours à un tiers ... aide souvent à atténuer le problème en le resituant dans un cadre plus large et procure au patient un soutien appréciable* »⁽¹²¹⁾. Cela peut améliorer la relation thérapeutique⁽¹¹⁸⁾ Mais les médecins éprouvent parfois des difficultés à joindre certains spécialistes⁽¹³²⁾.

Certains médecins interrogés envisageaient d'effectuer une psychothérapie personnelle en cas de difficulté majeure avec un patient. Cette démarche est connue pour être efficace dans le burn-out⁽¹⁰⁶⁾.

IV.2.5.4. *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⁽¹³³⁾. Il faudrait sécuriser le cabinet. Cela suppose de ne pas afficher d'information personnelle⁽¹³⁴⁾, de ne pas laisser d'objet pointu sur le bureau⁽¹³⁴⁾ et de s'assurer une issue de secours sans obstacle^(6, 134). Il faut éviter les vêtements accrocheurs⁽¹³⁴⁾. Dans nos entretiens, un médecin fut amené à prendre ce type de précautions.

En cas d'agression, il est conseillé de conserver une distance de sécurité (6), de ne pas entrer dans le périmètre intime⁽¹³⁴⁾. Il faut éviter le face à face⁽¹³⁴⁾, et se placer sur la gauche de l'agresseur⁽¹³⁵⁾, les mains ouvertes devant soi. Il faut éviter les gestes brusques⁽¹³³⁾. Il vaut mieux vouvoyer le patient et tenter de le rassurer⁽¹³³⁾. Le recours à un tiers est souhaitable⁽⁶⁾.

Après l'incident, la rupture est conseillée⁽¹³⁶⁾. Dans nos entretiens, les médecins agressés rompaient effectivement la relation. La déclaration auprès du conseil de l'Ordre est encouragée, de même que le signalement à la police ou à la gendarmerie^(133, 136). Le signalement peut préciser le type de menaces et le nom de l'agresseur mais jamais de renseignements médicaux⁽¹³⁶⁾. Un seul médecin interrogé voyait un intérêt personnel au signalement.

En cas de retard diagnostique avec risque de plainte, il est conseillé d'écouter, d'exprimer son regret, d'assumer avec loyauté et transparence⁽¹¹⁵⁾. Les médecins interrogés confrontés à cette situation avaient agi ainsi. Ils n'avaient pas reçu de plainte. Les erreurs doivent être signalées à son organisme de responsabilité civile professionnelle⁽¹¹⁵⁾.

Pour se protéger mentalement, les loisirs sont conseillés⁽¹¹³⁾. Dans notre enquête, certains médecins les valorisaient comme indispensables à leur équilibre, en facilitant la gestion de leurs émotions.

IV.2.5.5. *Savoir rompre*

La plupart des médecins interrogés considérait qu'il vaut mieux rompre en cas d'insatisfaction. Ils déconseillaient la rupture impulsive. Il faut d'abord envisager toutes les possibilités et le caractère légitime du refus de relation ^(97, 98). La rupture devrait avoir lieu en dernier recours lorsque le patient insulte, profère des menaces ou se met en danger immédiat par un refus de traitement ⁽³⁶⁾.

La rupture peut être précédée par un contrat de comportement ⁽³⁶⁾. Celui-ci consiste à imposer certaines règles au patient. Si elles ne sont pas respectées, la relation sera arrêtée ⁽³⁶⁾. Le patient est ainsi prévenu du risque de rupture ⁽³⁶⁾. Cela lui donne l'opportunité de modifier son comportement ⁽³⁶⁾. Ce type de contrat peut être écrit ^(35, 36). Dans nos entretiens, les contrats de comportement étaient tous oraux et plutôt implicites.

Les médecins interrogés rappelaient la nécessité d'informer le patient sur la décision de rupture. Il faut lui dire qu'il peut choisir un autre médecin ⁽¹⁰⁾. Le patient peut alors prendre ses dispositions ⁽³⁶⁾. L'urgence doit toujours être assurée ⁽³⁶⁾. Des procédures étrangères proposent d'envoyer une lettre au patient. Celle-ci mentionne la rupture, le délai pour trouver un nouveau médecin et la disponibilité en cas d'urgence ⁽³⁵⁾. Dans notre étude, aucun médecin n'avait rompu par écrit.

IV.2.5.6. *La place laissée à la formation*

Quelques médecins interrogés pensaient que la relation est innée. Ils valorisaient l'âge, qui les rendrait plus calmes et plus tolérants. L'expérience leur avait permis d'acquérir des techniques pour gérer les conflits.

Mais si l'expérience est irremplaçable ⁽¹⁸⁾, communiquer ne s'improvise pas ^(14, 130). La communication peut s'apprendre ⁽¹²⁴⁾. Depuis une quinzaine d'années, la relation médecin-patient est d'ailleurs enseignée dans les facultés de médecine ⁽¹⁸⁾. Ce type de formation permet d'améliorer la prise en charge des patients en souffrance psychique ⁽¹²⁷⁾.

Dans notre étude, certains médecins émettaient des réserves sur les formations continues. Ils les jugeaient d'intérêt variable et peu applicables. Ils évoquaient le manque de temps pour y assister.

Toutefois, la moitié des médecins interrogés serait intéressée par une formation sur les conflits médecin-patient. Ce résultat peut être biaisé par le fait de ne pas vouloir décevoir l'enquêtrice.

V. Conclusion

Au terme de notre enquête, si nous devons décrire le médecin généraliste ayant le moins de conflit avec ses patients, il pourrait s'agir d'une femme installée en secteur 1, exerçant depuis plus de 5 ans dans un cabinet de groupe en milieu rural.

Elle consulte sur rendez-vous, dans un local sécurisé ; elle est ponctuelle, car elle inclut des pauses dans son emploi du temps. Ces pauses rattrapent le retard lié au temps nécessaire plus important pour certains motifs de consultation. Elles lui permettent aussi d'éviter le surmenage.

Quand elle reçoit ses patients, elle est accueillante et sincère. Elle les écoute de manière active et empathique. Si elle ressent un malaise dans la relation, elle favorise le dialogue. Elle nomme ses émotions, et les communique sans violence. Elle invite le patient à évoquer son contexte et ses représentations. Elle reformule, et contextualise selon le discours du patient. Elle négocie les décisions avec lui, mais sans céder aux demandes de bénéfices secondaires. Si la relation lui semble trop douloureuse, elle n'hésite pas à rompre, en garantissant la continuité des soins.

Même si elle est compétente, elle connaît ses limites. Ainsi elle n'hésite pas à demander l'avis d'un confrère de confiance, éventuellement à partager son ressenti sur une consultation difficile; elle peut faire partie d'un groupe balint.

De tempérament, elle est plutôt flegmatique. Elle a confiance en elle ; mais elle sait aussi qu'elle ne pourra pas satisfaire ou sauver tout le monde. Elle n'attend pas trop de reconnaissance de ses patients, mais elle s'en nourrit quand elle en reçoit. Elle n'exerce pas la médecine 7 jours sur 7, et elle s'épanouit dans sa vie personnelle.

Par cette pratique et cette philosophie de vie, elle aime son métier et exerce une médecine générale riche et holistique.

VI. Bibliographie

1. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. ERPI ; 2005.
2. 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.
3. Bornet-Sarassat L. Les critères de qualité de la relation médecin-patient définis et perçus par les médecins généralistes à l'aide de la méthode focus group. Th D Méd, Lyon 1; 2002.
4. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 2009.
5. Savoldelli G. Résolution de conflits au bloc opératoire. Le Praticien en anesthésie réanimation. 2009; 13: 65-9.
6. Curchod C. Relations soignants-soignés. Prévenir et dépasser les conflits. Elsevier Masson; 2009.
7. Vanotti M. Médecin-Patient: Une relation à risque? L'œuvre de Dieu et la part du diable. Rev Mens Suisse Odontostomatol. 1997; 107(3): 207-11.
8. Congr  C. La relation médecin-patient en médecine générale. Th D Méd, Nancy; 2007.
9. Puel MA, Bouchacourt C. Heart Sink Patients. Dans: Journées Nationales de la Médecine Générale, Atelier "Le patient difficile", 8 octobre 2011.
10. Stokes T, Dixon-Woods M, Windridge K, Mc Kinley R. Patients' accounts of being removed from their general practitioner's list: qualitative study. BMJ. 2003; 326: 1316.
11. Picard D, Marc E. Les conflits relationnels. 1e  d. Paris: PUF; 2008.
12. Grandidier-Charlier E. Le conflit patient-praticien : Responsabilités, jurisprudence, prévention. Th D Odontol, Reims; 2006.
13. Birouste G. Les déterminants de la consultation en médecine générale. Th D Méd, Montpellier 1; 2009.
14. Llorca G. L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale. Médecine. 2006; 2(7): 330-3.
15. Société Française de Médecine Générale. Sociologie et Anthropologie. Quels apports pour la médecine générale. 2007; 64: 54p.
16. Moley-Massol I. Relation médecin-malade. Enjeux, pièges et opportunités. DaTeBe Editions; 2007.

17. Franco C. Rapports entre compréhension de l'ordonnance, intention d'observance et relation médecin-patient. Th D Méd, Nice; 2011.
18. Hoerni B. La relation médecin-malade. L'évolution des échanges patient-soignant. Imothep; 2008.
19. Bouquier JJ, Bernard-Catinat, Ducloux, Cerruti, Viguié. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil national de l'Ordre des Médecins du 23 juin 2001. Evolution du métier de médecin. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/evolution-du-metier-de-medecin-673>, consulté le 16 août 2012.
20. Nicolau L. Processus relationnels structurant la relation thérapeutique médecin-malade en médecine générale. Th D Méd, Montpellier 1; 2003.
21. Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. Ethique et santé. 2008; 5: 165-72.
22. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Médecine générale en crise: faits et questions. Médecine. 2006; 2(5): 223-8.
23. Mantz JM, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. Bull. Acad. Natle Méd. 2006; 190(9): 1999-2012.
24. Ducloux. La maturité des patients, une chance pour le système de soins. Dans: Conférence inaugurale du Medec 2004. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-maturite-des-patients-une-chance-pour-le-systeme-de-soins-155>, consulté le 16 août 2012.
25. Observatoire pour la sécurité des médecins. Recensement national des incidents 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>, consulté le 16 août 2012.
26. Saltman D, O'Dea N, Kidd M. Conflict management: a primer for doctors in training. Postgrad Med J. 2006; 82(963): 9-12.
27. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Th D Méd, Poitiers; 2004.
28. Staeger P, Favrat B, Vader JP, Cornuz J. L'erreur en médecine ambulatoire : comment l'aborder ? Rev Med Suisse. 2007; 135. Disponible sur <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=32718>, consulté le 16 août 2012.
29. Salinsky J, Sackin P. Ca va, docteur ? Quand les médecins sont sur la défensive. Sipayat; 2011.

30. Grimaldi A, Cosserat J. La relation médecin-malade. Paris: Elsevier; 2004.
31. Stokes T, Dixon-Woods M, Mc Kinley R. Ending the doctor-patient relationship in general practice: a proposed model. *Fam Pract.* 2004; 21(5): 507-14.
32. Stokes T, Dixon-Woods M, Mc Kinley R. Breaking up is never easy. GPs' accounts of removing patients from their lists. *Fam Pract.* 2003; 20(6): 628-34.
33. Sampson F, Munro J, Pickin M, Nicholl J. Why are patients removed from their doctors' lists? A comparison of patients' and doctors' accounts of removal. *Fam Pract.* 2004; 21(5): 515-8.
34. 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.* 2001; 51: 661-3.
35. Willis D, Zerr A. Terminating a Patient : Is It Time to Part Ways ? *Fam Pract Manag.* 2005; 12(8): 34-8.
36. Santalucia C, Michota F. When and how is it appropriate to terminate the physician-patient relationship? *Cleve Clin J Med.* 2004; 71(3): 179-83.
37. Baum NH. 12 tips for dealing with difficult patients. *Geriatrics.* 2002 Nov;57(11): 55-7.
38. Aron E. 2005. La médiation pour les conflits médicaux. *Bull. Acad. Natle Méd.* 2005; 189 (4): 729-37.
39. Hollender L, Hureau J. Proposition d'un processus précontentieux obligatoire d'information et de conciliation dans le règlement des conflits ou litiges en responsabilité médicale, à l'exclusion de l'aléa médical. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2007, 191(2): 435-48.
40. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Protocole d'accord entre le médiateur de la République et le Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2010. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/signature-d%E2%80%99une-convention-de-partenariat-entre-le-mediateur-et-le-cnom-1015>, consulté le 16 août 2012.
41. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie Médicale. 2012. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915>, consulté le 16 août 2012. (détail: voir annexe VI)
42. Alami S, Desjeux D, Garabuau I. Les Méthodes Qualitatives. 1e éd. Paris: PUF; 2009.
43. Collège National des Généralistes Enseignants. Initiation à la recherche qualitative. Séminaire de formation du 31 janvier 2011.

44. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2e éd. Armand Colin; 2007.
45. Letrilliart L, Bourgeois I. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer 2009; 88(20) : 106-12.
46. Oriol S. Abord de la sexualité en consultation de médecine générale. Th D Méd, Lyon 1; 2009.
47. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. 4e éd. Paris: La Découverte; 2010.
48. Paillé P, Mucchielli S. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2^e éd. Paris: Armand Colin; 2010.
49. Barbour RS. Checklists for improving rigour in qualitative research : a case of tail wagging the dog ? BMJ. 2001; 322 : 1115-7.
50. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. BMJ. 2000; 320: 114-6.
51. ADELFI, ADEREST, AEEMA, EPITER : Recommandations de déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie (version France-2007). 2007. Disponible sur <http://adelfi.isped.u-bordeaux2.fr/Informations/Actualite%3%A9s/D%3%A9ontologie%20et%20bonnes%20pratiques%20en%20epid%3%A9miologie/tabid/534/Default.aspx>, consulté le 16 août 2012.
52. BioStaTGV. Etudes Cliniques. Aide à la rédaction du protocole. Disponible sur <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=etudes/protocole>, consulté le 16 août 2012.
53. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008; 84: 142-5.
54. Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. BMJ. 1998; 316: 1230-2.
55. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2012. Document de travail, DREES, Série statistiques. 2012; 167: 143p. Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2012,10479.html>, consulté le 16 août 2012.
56. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L. S'appropriation de la méthode du focus group. Rev Prat Med Gen. 2004; 18(465): 382-4.
57. Demantke A. Le médecin généraliste et les jeunes : Une relation difficile? Etat des lieux à partir d'une revue de la littérature. Th D Méd, Caen; 2010.

58. Cornec-Lasserre S. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste. Th D Méd, Lille 2; 2005.
59. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 2000; 320: 50-2.
60. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*. 2004; 10:79-86.
61. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes- Un essai de typologie. DREES, Études et résultats. 2004; 315: 12p. Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de-typologie,4672.html>, consulté le 16 août 2012.
62. Levasseur G, Schweyer FX. Les demandes des patients jugées "non fondées" par les médecins. *Rev Prat Med Gen*. 2003; 17 (603):246-50.
63. Norton J, De Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le Patient Health Questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale*. 2009; 35(6): 560-9.
64. Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-956-A-20, 2002, 6 p.
65. Amar A, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. DREES, Études et résultats. 2005; 440: 12p. Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-prescriptions-des-medecins-generalistes-et-leurs-determinants,4768.html>, consulté le 16 août 2012.
66. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: Témoignages, analyses et perspectives. URML Ile de France. 2007; 59p. Disponible sur www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf, consulté le 16 août 2012.
67. Lelord F, André C. Comment gérer les personnalités difficiles. Paris: Editions Odile Jacob; 2000.
68. Bloy G, Schweyer F. Singuliers généralistes. *Sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010.
69. Tate P. Soigner (aussi) sa communication. *La relation Médecin/Patient*. De Boeck; 2004.
70. Frémont P, Gérard A, Sechter D, Vanelle JM, Vidal M. L'alliance thérapeutique au début d'une prise en charge pour dépression par le généraliste. *L'Encéphale*. 2008; 34: 205-10.

71. Simon J, Dwyer J, Goldfranck L. The difficult patient. *Emerg Med Clin North Am.* 1999; 17(2): 353-70.
72. Wragg R, Dimsdale J. Psychiatric Consultation as conflict Resolution. *Gen Hosp Psychiatry.* 1987; 9(6): 420-5.
73. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu de travail. Disponible sur www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/fondation.pdf, consulté le 16 août 2012.
74. Golay A, Nguyen Howles M, Mateiciuc S, Bufacchi T, Amati F. Améliorer l'observance médicamenteuse. *Rev Med Suisse.* 2004; 520. Disponible sur titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=23788, consulté le 16 août 2012.
75. Moley-Massol I. Existe-t-il des profils de personnalités responsables de certaines maladies organiques? *Correspondances en Risque CardioVasculaire.* 2004; 2(2): 94-7.
76. Tarquinio C, Tarquinio MP. L'observance thérapeutique: déterminants et modèles théoriques. *Pratiques psychologiques.* 2007; 13: 1-19.
77. Couillerot-Peyrondet AL, Midy F, Bruneau C. Perception de la qualité des soins reçus par les personnes atteintes de maladie chronique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique.* 2011; 59: 23-31.
78. Lussier MT, Richard C. En l'absence de panacée universelle. *Répertoire des relations médecin-patient.* *Can Fam Physician.* 2008; 54: 1096-9.
79. Schläpfer L. Des médecins de famille qui répondent aux souhaits des patients. *Bull Méd Suisses.* 2010; 26/27: 1022-3.
80. Wofford M, Wofford L, Bothra J, Kendrick B, Smith A, Lichstein P. Patient Complaints about Physician Behaviors: A Qualitative Study. *Acad Med.* 2004; 79(2): 134-8.
81. Ministère de la Santé et des Sports. Conférence Nationale de Santé. Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé. 2009; 43p. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/parachever-la-democratie-sanitaire-et-rendre-effectifs-les-droits-des-usagers-du-systeme-de-sante.html>, consulté le 16 août 2012.
82. Paulus D. Divergences d'opinions entre patients et médecins généralistes. *Rev Prat Med Gen.* 2002;16 (564): 263-5.
83. Maguire P, Pitceathly C. Managing the difficult consultation. *Clin Med.* 2003; 3: 532-7.
84. Bellon JA, Fernandez-Asensio ME. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Education and Counseling.* 2002; 48: 33-41.

85. Larouche C. Le cas du patient qui ne respecte pas son rendez-vous. *Le Médecin du Québec*.2006; 41(5): 97-8.
86. Weiss GG. Taming the difficult patient. *Contemporary OB/GYN*. 2007; 52: 80.
87. Ogunyemi D, Tangchitnob E, Mahler Y, Chung C, Alexander C, Korwin D. Conflict Styles in a Cohort of Graduate Medical Education Administrators, Residents, and Board - Certified Physicians. *J Grad Med Educ*. 2011; 3(2): 176-81.
88. Batifoulier P. L'interaction médecin-patient: Un examen par la théorie des jeux. *SIDESME*. 1997; 19 p. Disponible sur economix.fr/docs/94/SIDESME.pdf, consulté le 16 août 2012.
89. Kushnir T, Kushnir J, Sarel A, Cohen AH. Exploring physician perceptions of the impact of emotions on behavior during interactions with patients. *Fam Pract*. 2011; 28: 75-81.
90. Fanget F. *Affirmez-vous! Pour mieux vivre avec les autres*. 2e éd. Paris: Editions Odile Jacob; 2011.
91. Le Coz P. Place de la réflexion philosophique dans la décision médicale. Dans: Conférence du 24 février 2009 de l'Académie Nationale de Médecine. 2009; 6p. Disponible sur <http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=30&idLigne=1530>, consulté le 16 août 2012.
92. Marc E, Picard D. *Relations et communications interpersonnelles*. 2e éd. Paris: Dunod; 2008.
93. Serment. Disponible en fin de thèse.
94. Code Pénal. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>, consulté le 16 août 2012.
95. Epstein R, Alper B, Quill T. Communicating Evidence for Participatory Decision Making. *JAMA*. 2004; 291(19): 2359-66.
96. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes (J.O. 25 septembre 2011). Disponible sur <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/nouvelle-convention-medicale.php>, consulté le 16 août 2012.
97. Brissy S. Refus de soins: un droit du professionnel de santé. *Rev Prat Med Gen*. 2012; 26(883): 446-7.
98. Ministère de la Santé et des Sports. Conférence Nationale de Santé. Résoudre les refus de soins. 2010; 48p. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/resoudre-les-refus-de-soins.html>, consulté le 16 août 2012.

99. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Questions-réponses sur le médecin traitant. 2005. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/questions-reponses-sur-le-medecin-traitant-921>, consulté le 16 août 2012.
100. Garnier E. Le patient difficile : peut-on mettre un terme à la relation thérapeutique ? Le Médecin du Québec. 2009; 44(4): 2-13.
101. Sicard D. La médiation hospitalière. Responsabilité. 2012; 12(45): 20.
102. Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. Agir sur les souffrances relationnelles au travail. Manuel de l'intervenant confronté aux situations de conflit, de harcèlement et d'emprise au travail. 152p. Disponible sur <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=12128>, consulté le 16 août 2012.
103. Raquin B. Sortir du triangle dramatique. Ni persécuteur ni Victime ni Sauveteur. Editions Jouvence; 2007.
104. Petitcollin C. Emotions, mode d'emploi. Editions Jouvence; 2003.
105. Bach R, Goldberg G. Six attitudes nocives à notre santé mentale. Le jour. 2002. Disponible sur www.acsm-ca.qc.ca/mieux_v/images/DD07/GM-009.pdf, consulté le 16 août 2012.
106. 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.
107. Begué-Simon AM. Déviance et stigmatisation. Médecine. 2006; 2 (1): 43-4.
108. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boissault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? Rev Prat Med Gen. 2004; 18 (656/657): 781-4.
109. Almaric F, Loock J. Caractériser le "modèle français de prescription". Une évaluation critique des indicateurs utilisés. IMS Health; 2008: 23p.
110. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Prescription médicamenteuse: un acte sous influences. Médecine. 2007; 3(10): 456-61.
111. Vega A. Les faces cachées des pratiques soignantes. Des professionnels ni neutres, ni réductibles à de simples individus. Médecine. 2010; 6(8): 382-6.
112. Echelle de Maslach. Disponible sur www.rouen.cnge.fr/IMG/doc/EHELLE_DE_MASLACH.doc, consulté le 16 août 2012.
113. Lamarche K. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. Mémoire de diplôme inter-universitaire, Faculté d' Angers; 2009.

114. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'insécurité des médecins. Une entrave à l'exercice professionnel. 2001. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-insecurite-des-medecins-une-entrave-l-exercice-professionnel-136>, consulté le 16 août 2012.
115. Wannepain H, Amoudry C. Que faire devant une réclamation du patient? Dans: Journées Nationales de la Médecine Générale, ACFM, Atelier "Que faire devant une réclamation du patient?", 7 octobre 2011.
116. Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953138/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins?xtmc=&xtcr=1, consulté le 16 août 2012.
117. Rosenberg MB. Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs). Introduction à la Communication Non Violente. 2e éd. Paris: La Découverte; 2011.
118. Association Canadienne de Protection Médicale. Améliorer la communication médecin-patient. 2010; 4p. Disponible sur www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/ressource_files/perspective/2010/04/pdf/com_p1004_3-f.pdf - 2010-12-14, consulté le 16 août 2012.
119. Heen S, Patton B, Stone D. Comment mener les discussions difficiles. 2e éd. Editions du Seuil; 2008.
120. Halpern J. Empathy and Patient-Physician Conflicts. J Gen Intern Med. 2007; 22(5): 696-700.
121. Girard G, Grand'Maison P. L'approche négociée. Modèle de relation patient/médecin. Le Médecin du Québec. 1993; 28: 29-39.
122. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Médecine et Hygiène; 2010.
123. Fisher R, Brown S. Les secrets d'une bonne relation. Rester constructif et efficace avec des partenaires hostiles. 2ème éd. Paris: Editions du Seuil; 2006.
124. Petitcollin C. Savoir écouter, ça s'apprend! 2e éd. Editions Jouvence; 2008.
125. Declaire L, Picard C. Prévenir l'agressivité: est-ce possible? La Revue de la Médecine Générale. 2005; 222: 196-8.
126. Fisher R, Shapiro D. Gérer ses émotions. C'est aussi tenir compte de celles des autres. Paris: Robert Laffont; 2008.

127. Auger J, Puichaud J. Comment améliorer la relation médecin-malade? Rev Prat Med Gen. 2004; (662/663): 999-1001.
128. Chappuis R. La psychologie des relations humaines. 9e éd. Paris: PUF; 2011.
129. Galam E, Dumas FR. Oser dire "non" avec sérénité. Rev Prat Med Gen. 2007; 21(788/789): 1079-1080.
130. Lemasson A, Gay B, Lemasson JL, Duroux G. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. Médecine. 2006; 2(1): 38-42.
131. Spickerman F. The Fine Art of Refusal. Fam Pract Manag. 2004; 11(2): 80.
132. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Co-blentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale. Généralistes et psychiatres: une relation compliquée. Médecine. 2008; 4(5): 279-83.
133. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé. 2012. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>, consulté le 16 août 2012.
134. Verret C, Plante C. Communication avec la clientèle agressive. Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail. Montréal: APSAM; 2005.
135. ASSTSAS. Crise de violence. 2006; 4p. Disponible sur <http://www.asstsas.qc.ca/publications/fiches-techniques/fiches-techniques/crise-de-violence.html>, consulté le 16 août 2012.
136. Association Canadienne de Protection Médicale. Lorsqu'un médecin se sent intimidé. 2008; 3p. Disponible sur www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/infosheets/2002/pdf/com_is0232-f.pdf- 2010-04-27, consulté le 16 août 2012.

VII. Liste des Annexes

Les annexes VII.1 à VII.3 sont disponibles sur le CD-Rom joint à cet effet en troisième de couverture.

VII.1. Invitation à l'enquête

VII.2. Guide d'entretien

VII.3. Les entretiens

L'annexe VII.3 regroupe les vingt entretiens de médecins installés, notés de « A » à « T » suivant l'ordre de réalisation. Il contient également la pré-enquête dénommée « Test ».

VII.4. Code de Déontologie Médicale

Ci-dessous les articles cités en lien avec la référence numéro 41 de la bibliographie :

- ✓ Article 2 : Respect de la vie et de la dignité de la personne.
- ✓ Article 3 : Principes de moralité et de probité.
- ✓ Article 4 : Secret professionnel.
- ✓ Article 5 : Indépendance professionnelle.
- ✓ Article 8 : Liberté de prescription.
- ✓ Article 9 : Assistance à personne en danger.
- ✓ Article 24 : Ristourne.
- ✓ Article 28 : Certificat de complaisance.
- ✓ Article 31 : Déconsidération de la profession.
- ✓ Article 32 : Qualité des soins.
- ✓ Article 33 : Diagnostic.
- ✓ Article 45 : Fiche d'observation.
- ✓ Article 46 : Communication du dossier médical au patient.
- ✓ Article 47 : Continuité des soins.
- ✓ Article 60 : Appel à un consultant ou spécialiste.
- ✓ Article 110 : Fausse déclaration.

Résumé et mots-clés

Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale.

RESUME

Introduction : A l'image de la société, la relation médecin-patient évolue. Les agressions et procès envers les médecins sont en recrudescence en France. Les conflits entre patients et médecins peuvent nuire à la qualité des soins. Cette étude qualitative présente comment des médecins généralistes gèrent les situations conflictuelles avec leurs patients.

Méthode : 20 entretiens semi-dirigés furent menés en 2011-2012 auprès de médecins généralistes. Ils étaient ciblés sur des conflits vécus avec des patients de plus de 18 ans. Les questions portaient sur la communication, les actes et le ressenti des médecins. Les données recueillies furent l'objet d'une analyse thématique triangulée.

Résultats : Les conflits étaient rares et survenaient souvent avec des patients isolés, inactifs, aux pathologies psychiatriques ou consultant pour motif administratif. Le mécontentement des médecins provenait essentiellement de pressions, d'insatisfaction durable ou du manque de confiance des patients. Dans la majorité des cas, le médecin était en retard, en surcharge ou en début d'activité ; le patient était connu depuis moins de dix ans. Certains médecins avaient subi des agressions. Le conflit influençait les prescriptions et l'investissement du médecin dans la relation. D'autres patients pouvaient en subir les conséquences. Presque la moitié des relations était poursuivie et vécue comme assez satisfaisante. Les autres conflits se terminaient par une rupture dont la moitié suggérée par le médecin. Certains médecins faisaient appel à une tierce personne pour prendre en charge le patient, verbaliser le conflit, se protéger ou développer des compétences. La négociation avec le patient était la principale ressource pour résoudre le conflit. Insatisfaits de leur formation initiale, certains valorisaient leur expérience en ce domaine.

Discussion : Nous avons pu définir six attitudes possibles en situation conflictuelle. Celles-ci sont dynamiques et généralement combinées. La résolution des conflits nécessite des compétences spécifiques.

MOTS-CLES :

Relation médecin-malade

Médecine générale

Sociologie médicale

Négociation

Refus de traiter

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'Etre 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 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 et reconnaissant 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 d'opprobre
et méprisé de mes confrères si j'y manque !

