

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 03 avril 2017 à Poitiers
par Madame Laurence AUDOUIN-DUBREUIL épouse MEDA

Impact des demandes injustifiées des patients sur les médecins généralistes

Enquête qualitative réalisée auprès de 12 médecins généralistes

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN
Madame le Docteur Marion ALBOUY-LLATY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Louis JARRY

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORLOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de l'attention que vous porterez à mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Marc Paccalin, vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et de juger mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Marion Albouy-Llaty, vous vous êtes rendue disponible et me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver en retour ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

A mon Directeur de thèse. Après une expérience positive du tutorat que ce soit de votre côté comme du mien, vous avez accepté la direction de cette thèse. Je vous suis donc tout d'abord très reconnaissante pour votre accompagnement tout au long de mon internat. Je vous remercie également de votre aide, de votre implication et de votre disponibilité pour la réalisation de ce travail.

A tous les médecins, hospitaliers comme libéraux qui m'ont guidée depuis le début de mes études. Je remercie plus particulièrement mes maîtres de stage du niveau I au SASPAS, qui ont su me guider et me conseiller avec gentillesse et dévouement. J'espère que votre expérience me poussera un jour à reprendre le flambeau.

Aux douze médecins qui ont accepté de participer à cette enquête. Merci de m'avoir consacré un peu de votre précieux temps, merci du sérieux que vous avez accordé à mon enquête.

A mes parents. Vous êtes vraiment de merveilleux parents. Vous avez toujours été là, soutien indéfectible. Je ne saurais jamais comment vous remercier. Enfin si, peut-être en tentant de transmettre à nos enfants les belles valeurs que vous m'avez transmises !

A mon amour, que dire... Chaque jour qui passe, je remercie la vie de nous avoir fait ce cadeau extraordinaire. Rencontre improbable, séparations forcées, retrouvailles trop courtes... mais tout a toujours été si simple avec toi ! Tu me grandis et tu me rends heureuse chaque jour un peu plus. Moi je trouve que tu portes magnifiquement bien tes deux prénoms !!

A mes frères et sœurs, quelle belle fratrie nous formons ! Je suis très fière de chacun de vous, nous avons encore tellement de belles choses à partager ! Et soyez assurés, vous avez tous de supers moitié(e)s !!

A Thérèse et Patrick, merci de m'avoir guidée depuis mon plus jeune âge. J'ai un super parrain et une super marraine !!

A mes grands-parents, sans vous rien de tout cela ne serait arrivé. Grâce à votre amour vous avez pu former ces deux magnifiques familles. Je suis très heureuse d'en faire partie ! Tout simplement, je vous aime.

A ma belle-famille, vous m'avez accueillie à bras ouverts dès le début. La gentillesse et la générosité de chacun de vous me touchent vraiment. Un merci spécial à beau-papa et maman Françoisie pour avoir élevé votre fils en « vrai Dagara ». J'espère faire honneur aux valeurs que vous lui avez transmises ! A Béatrice. Tu seras à jamais dans nos cœurs.

A mon équipe de relecteurs de choc : Maman, Amélie (alias œil de lynx), Aude, Désiré et Sandra. Franchement vous avez été géniaux. Disponibles, réactifs, efficaces, que demander de plus ? Et un grand merci à ma grande sœur Blandine pour tes talents de traductrice. Heureusement que tu es là !!

A mes copiiiiiiiiines Amélie, Aude, Blandine, Bibi et Mélanie. Quelle chance de vous avoir comme amies ! Ne changez rien, la simplicité et la sincérité de notre amitié me sont très précieuses !

A ma Sandra, loin des yeux mais près du cœur. On se revoit quand ? Mention spéciale pour ton aide inestimable depuis le début de cette thèse. Sans toi, le résultat aurait été très loin de celui obtenu. Saches que tu m'es très chère.

A ma Caro, Adeline, Marie et Vio. L'internat m'a permis de rencontrer de supers amies, toujours disponibles, toujours motivées ! Et vive notre forum, heureusement qu'il est là, une super aide au quotidien ! On se fait un resto ?

A Pauline, ma coloc' de choc pendant tant d'années ! Ça y est on arrive au bout !! Le temps passe trop vite, dire que tu es déjà maman...

A mes amis d'externat : Dani, Jerem, Sam, Coco, Marine, David, Pipi, Nunus, Edouard, Bichon ; on en a passé du temps ensemble ! BU, hôpital, soirées... De supers souvenirs !

A tous mes copains au Burkina, Arthur, Mesmin, Hermann, Carlos, Julie, Fleur, Bintou, Bonzi, Elysé, Jocelin, Ghislain, Gaston : je vous souhaite tous de belles choses à vous, vos

moitiés et vos familles ! A se revoir très vite au pays !

Abréviations

CDM : Code de déontologie médicale

DI : Demande injustifiée

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FAYR GP : Association française des jeunes chercheurs en médecine générale / French Association of Young Researchers in General Practice

FMC : Formation médicale continue

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

Table des matières

Préambule.....	10
Introduction.....	11
1. Contexte.....	11
1.1. Le médecin et le patient.....	11
1.2. La résultante : les demandes injustifiées.....	13
2. État des lieux et intérêt de la question.....	15
2.1. Thèses autour du sujet « demandes injustifiées ».....	15
2.2. Intérêt du sujet et problématique.....	16
Méthodologie.....	17
1. Recherche bibliographique.....	17
2. Méthodologie de l'enquête.....	18
2.1. Type d'étude.....	18
2.2. Sélection des participants.....	18
2.3. Entretiens semi-dirigés.....	18
2.4. Analyse des données.....	19
Résultats.....	21
1. Caractéristiques des médecins interrogés.....	21
2. Compréhension des médecins sur les demandes injustifiées.....	22
2.1. Différencier abusif et injustifié.....	22
2.2. Les demandes injustifiées : un sujet très subjectif.....	22
2.3. La fréquence des demandes :.....	25
3. Impact et ressenti.....	27
3.1. Ressenti du médecin.....	27
3.2. Impact sur la vie professionnelle.....	34
3.3. Impact sur la vie personnelle.....	35
3.4. Impact sur la relation avec le patient.....	37
3.5. Facteurs influençant le ressenti face aux demandes injustifiées.....	40
3.6. Evolution.....	42
4. Solutions proposées.....	45
4.1. Pourquoi trouver des solutions ?.....	45
4.2. Quelles solutions peut-on mettre en œuvre ?.....	46
Discussion.....	57
1. Rappel des principaux résultats.....	57
2. Forces et faiblesses de l'étude.....	58
2.1. Pertinence et original.....	58
2.1. Pertinence et originalité du sujet.....	58
2.2. Choix et critique de la méthode.....	58
2.3. Biais et validité interne.....	58
2.4. Validité externe.....	60
3. Confrontations aux données de la littérature	60
3.1. Objectif principal : impact et ressenti.....	60
3.2. Objectif secondaire : les solutions.....	69
4. Perspectives.....	74
Conclusion.....	75
Bibliographie.....	76
Liste des tableaux et figures.....	83
Annexe : guide d'entretien.....	84
Résumé.....	86

Abstract.....87

Serment d'Hippocrate.....88

Préambule

Premiers contacts avec la médecine générale. Enfin, ça y est, le terrain.

Se bousculent dans ma tête un grand nombre d'interrogations balayant tout le champ de la médecine. Interrogations allant du savoir-faire au savoir-être, de la technique pure et ses algorithmes, ses recommandations de bonne pratique à la technique de communication avec le patient. Aspect jamais abordé au cours de notre socle commun ou à peine effleuré.

Je me retrouve alors seule avec le patient, loin du rempart rassurant de ma position de simple interne protégée par ma blouse et les murs de l'hôpital. Premiers face à face lorsque mes idées ne rencontrent pas celles du patient, premières fois où je cède, premiers refus générant à chaque fois des sensations différentes, mais jamais vraiment satisfaisantes.

J'en parle alors autour de moi, participant à des discussions avec mes collègues et amis qui s'éternisent, et avec toujours le même constat : nous tâtonnons sur notre ligne de conduite, parfois cela paraît clair, parfois beaucoup moins. Mais à chaque fois nous avons besoin d'en parler car cela nous met mal à l'aise, nous irrite...

Ainsi, m'est donc venue l'idée de savoir quel était le ressenti mais également l'impact de ces demandes sur les médecins généralistes. Ce point de vue est peu documenté mais il me semble important de savoir ce qu'il en est à l'ère des interrogations autour du mal-être des médecins.

Introduction

1. Contexte

1.1. Le médecin et le patient

La médecine est un monde en perpétuel mouvement, que ce soit sur le plan technique, comme sur le plan de la relation médecin-patient. Nous sommes passés en quelques dizaines d'années d'un modèle paternaliste à un modèle tendant vers l'autonomisme.

Nous allons ici poser le contexte de la relation médecin-patient en France, permettant de mieux saisir les bases des divergences entre ces deux protagonistes.

Les demandes injustifiées (DI) correspondent aux demandes que le médecin juge lui-même injustifiées, que la réponse apportée soit positive ou négative. La justification de la demande est donc propre à chaque médecin.

1.1.1. L'autonomie du médecin

L'exercice médical est régi, comme toute pratique, par un certain nombre de règles qui ont comme socle commun le principe de bienfaisance. Ce principe est défini par Beauchamp et Childress comme « l'obligation morale d'agir pour le bien d'autrui »¹.

En France, l'individu passe avant la collectivité comme cela est affirmé dans la Convention d'Oviedo, signée en 1997 puis ratifiée en 2011 : « *l'intérêt et le bien de l'être humain doivent prévaloir sur le seul intérêt de la société ou de la science* »².

Cela sous-tend donc que le médecin soit indépendant dans sa prise de décision. Le contrat ne serait pas loyal s'il se disposait à agir sous d'autres influences que l'intérêt du patient³. Ainsi, dans l'article 5 du code de déontologie médicale (CDM), « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* »⁴.

De même, selon l'article 8, « (...) *le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance (...)* »⁴. Il doit pouvoir prescrire librement, sans influence, que ce soit celle du patient, de son entourage, financière ou des laboratoires. Cette liberté n'est bien entendu pas totale et reste assujettie aux données acquises de la science⁵ ou à d'autres contraintes, notamment économiques. Il est ainsi dit dans le code de la sécurité sociale que : « *Les médecins sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement* »⁶.

Cependant, quelles que soient les demandes du patient, le contexte économique ou scientifique,

le médecin reste seul responsable de sa décision : « *L'exercice de la médecine est personnel, chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes* » selon l'article 69 du CDM⁴.

L'exercice est donc difficile, le médecin n'étant pas considéré comme un prestataire de service mais comme un professionnel devant allier bien du patient, contexte socio-économique et scientifique.

Le refus est donc possible, tout en assurant la continuité des soins⁵.

Par ailleurs, le médecin prend un risque en acceptant certaines demandes, telles que les certificats de complaisance. Selon l'article 28 du CDM, « *La délivrance (...) d'un certificat de complaisance est interdite* »⁴. Elle est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende⁷.

En conclusion, nous dirons que le médecin ne peut céder à une demande d'examen, de soins ou de prescription qui ne serait pas médicalement justifiée, ni effectuer à la demande du patient un acte qu'en conscience il réprouve (articles 8 et 47 du CDM⁴), ni répondre à la sollicitation pour un certificat de complaisance (article 28 du CDM⁴).

Satisfaire une demande injustifiée compromet définitivement la valeur de la parole ou des attestations du médecin⁵.

1.1.2. L'autonomie du patient

Même si la considération du patient s'est profondément améliorée au fil du temps, notamment grâce au courant humaniste et à celui des Lumières⁸, la relation médecin-patient est restée longtemps totalement occultée. Les prémices de cette prise en compte débiteront entre les deux guerres mondiales, avec entre autre l'apparition de la notion de contrat dans le code civil⁹ incluant donc clairement le patient.

Jusque dans les années 1950 le recours au médecin demeurait une conduite peu fréquente, la consultation étant un recours uniquement en cas de maladie grave et non un comportement habituel¹⁰. On comprend aisément que dans ces situations le patient s'en remette totalement au médecin, ne favorisant pas ainsi l'émergence d'une relation équilibrée. Le rôle du patient se limitait pour ainsi dire à choisir son médecin et à exécuter ses ordonnances, comme d'après le Pr. Louis Portes, Président de l'Ordre National des Médecins en 1950 : « Je dirai donc que l'acte médical n'était essentiellement qu'une confiance qui rejoint librement une conscience »¹¹.

Puis, progressivement, les pathologies chroniques ont remplacé les pathologies aiguës, le niveau de scolarité de la population s'est considérablement amélioré, favorisant ainsi l'émergence du modèle autonomiste sous l'influence également de la pensée Nord Américaine¹².

Le modèle Nord-Américain, défendu par E.Friedson dans les années 1980 prône l'autodétermination du patient¹³. Le patient y est entièrement informé par un médecin qui est

son égal, dans une relation de conseil voire de prestation de service. Il est responsable des décisions thérapeutiques le concernant. La valeur première n'est donc pas de faire le bien, mais avant tout de respecter la liberté absolue et la dignité du patient¹⁴. La relation thérapeutique est en premier lieu une relation de consommation⁸.

Actuellement en France nous considérons que l'autodétermination absolue peut représenter un danger pour le patient. Nul ne peut maîtriser toutes les données d'une situation, nul n'est omniscient et omnipotent. Un patient est toujours pris dans un contexte personnel, social ou culturel qui détermine ses réactions¹⁵. Ses décisions ne sont donc jamais prises en pleine conscience. Le risque est que le médecin fasse passer comme « respect de la liberté » l'indifférence qu'il pourrait avoir à l'égard du patient, la peur que susciterait sa souffrance ou encore le refus d'assumer le poids de la responsabilité¹⁶.

L'autonomie du patient est cependant un fondement nécessaire à l'exercice actuel de la médecine. Sur le plan personnel, il permet un partenariat efficace entre les deux protagonistes améliorant ainsi l'efficacité thérapeutique. Sur le plan général, national, la maturité des patients est une chance pour le système de soins¹⁷. Des associations de patients voient le jour, tels AIDES créé en 1984¹⁸, considérées comme partie intégrante aux soins à apporter au patient.

A contrario, cette demande d'autonomie est un risque, risque qu'elle ne se transforme en tyrannie de désirs irrationnels, tendant vers un consumérisme¹⁹ ou de peurs incontrôlées, le patient réclamant, par exemple, des examens ou des traitements que le médecin juge inappropriés ou vains¹⁶.

Mêlant une évolution globale vers une société de consommation et une perte de confiance vis à vis du monde médical, liée en partie aux différents scandales successifs tels que le Médiateur® les patients sont passés du stade de passifs au stade de revendicatifs¹⁷.

1.2. La résultante : les demandes injustifiées

1.2.1. Quand les deux autonomies se rencontrent

Actuellement, en France, le principe de bienfaisance prime sur celui de la liberté absolue. Comme nous l'avons vu plus haut, nous refusons une autonomie pure qui laisserait chaque patient faire valoir ses préférences singulières, d'autant plus si elles sont irrationnelles et dangereuses pour lui devant un prestataire de soins neutre et indifférent. L'État, par l'intermédiaire des médecins, protège contre eux-mêmes ou contre des pressions extérieures le toxicomane, le gréviste de la faim ou le suicidant récidiviste. La crainte est que leur liberté ne dérive vers une liberté arbitraire et autodestructrice ou une soumission inconsciente à des déterminismes psychologiques et sociaux auxquels le patient se plierait à son insu en croyant qu'il s'autodétermine¹⁷.

Nous avons donc deux autonomies qui se confrontent. Celle du patient, alliée à sa propre liberté, fondamentale, et celle du médecin, obéissant à son devoir de bienfaisance envers ce même patient ainsi qu'aux différentes règles encadrant son exercice²⁰.

Le médecin se retrouve alors devant certaines situations où il ne peut accéder à la demande du patient. Mais comment réagit-il ? Placé entre deux feux, tenaillé entre d'un côté le patient, et d'un autre ses propres convictions, les exigences de santé publique, économiques et législatives, il subit une forte pression.

1.2.2. Le médecin, sa confrontation avec le patient et le risque d'épuisement

Il est communément admis qu'aider autrui est une des principales motivations déterminant le choix d'un métier médical²¹. Savoir initier et maintenir une bonne relation avec le patient est perçu comme une gratification professionnelle²² et est un gage de satisfaction du médecin²³. Dans ces conditions, on peut aisément comprendre que la confrontation puisse rapidement être source de mal-être.

Dans son étude, D.Truchot met en évidence que le sentiment d'être sous-bénéficiaire dans la relation médecin-patient peut être lié à un épuisement professionnel²⁴.

Les relations difficiles, exigeantes émotionnellement, sont considérées comme une cause majeure de burn-out²¹. Dans la thèse de R.Sajie sur la satisfaction professionnelle des médecins généralistes, les exigences des patients sont un des freins à l'épanouissement professionnel, en partie car elles nuisent à l'identité professionnelle²⁵.

1.2.3. Les prescriptions inutiles : un enjeu majeur en termes d'économie et de santé publique

Au-delà des intérêts du médecin et du patient, s'impose un troisième facteur : la collectivité. Selon l'article 2 du CDM, le médecin est "*au service de l'individu et de la santé publique* »⁴.

Partout dans le monde, et surtout dans les pays les plus développés, les sommes dépensées globalement pour la santé progressent plus rapidement que le produit intérieur brut²⁶. L'enjeu est donc majeur pour les pouvoirs publics. En médecine ambulatoire, les prescriptions sont régulièrement pointées du doigt, tout particulièrement celles qui donnent lieu à la délivrance de médicaments ou à des arrêts de travail²⁷. Il est très difficile de chiffrer la fréquence des demandes injustifiées étant donné la subjectivité du problème. Dans l'enquête de G.Levasseur, 7 % des actes réalisés étaient jugés non justifiés²⁸. Une étude menée par l'assurance maladie en 2004 retrouve un chiffre de 10 %²⁷. On comprend donc aisément par un simple exercice mathématique qu'il y a matière à agir.

Au-delà du coût engendré par de telles prescriptions, la santé publique peut être impactée à un tout autre niveau : le développement des résistances aux antibiotiques. Ce sujet est étudié de façon très active. Il a été maintes fois démontré que la pression du patient était un facteur déterminant dans le choix du recours à l'antibiotique alors que l'indication n'était pas justifiée²⁹.

2. État des lieux et intérêt de la question

2.1. Thèses autour du sujet « demandes injustifiées »

Il existe quelques thèses françaises traitant ce sujet. Toutes étudient la manière de répondre et les solutions proposées. Une seule porte spécifiquement sa réflexion sur l'impact et le ressenti.

Le travail de M.Lavillenie-Coeffe visait à établir une typographie des demandes jugées abusives ainsi que des réponses les plus fréquemment apportées³⁰. La réponse était influencée tant par le jugement personnel du médecin que par des recommandations professionnelles. Les médecins disaient le plus souvent négocier et chercher à éduquer leurs patients.

Dans sa thèse soutenue en 2011, K.Michaut, a énuméré les facteurs orientant la décision vers un refus ou vers une acceptation³¹. Le plus fréquemment il n'y avait pas d'impact sur la relation avec le patient et quand il y en avait un, il s'agissait d'une rupture du contrat. Les médecins cherchaient en général à informer leurs patients ainsi qu'à leur proposer une alternative. Le principal travail étant alors d'avoir une communication efficace.

En 2014, M.Lofti a interrogé des médecins sur leur vécu par rapport aux refus opposés aux patients³². Le caractère « indu » des demandes reposait principalement sur des critères personnels et professionnels. Le ressenti a été évoqué de façon assez succincte, il concernait essentiellement le sentiment de culpabilité lorsque le médecin cédait. Pour remédier à ces demandes il était proposé de porter une attention particulière à l'écoute et à la compréhension du patient. Elle insistait sur le fait que chaque médecin est unique, notamment de par sa personnalité et donc que chaque refus se doit d'être adapté au cas par cas.

La thèse de E.Gerbaud et A-C.Julien, s'intéressait aux difficultés du refus incitant le médecin à céder³³. La subjectivité prenait une part importante dans la décision finale. Peu de demandes étaient réellement injustifiées si le médecin prenait le temps de se pencher sur le motif réel de la démarche du patient. Des sentiments d'échec et de culpabilité ont été rapportés dans les entretiens. Les auteurs soulignaient l'importance de la formation pour apprendre à dire non.

Enfin, la thèse soutenue en 2015 par M.Juillard était celle qui se rapprochait le plus de notre travail³⁴. Cependant, il s'agissait d'une enquête réalisée auprès d'internes en médecine générale et non de médecins généralistes ayant une certaine ancienneté d'exercice. Les internes étaient bien en difficulté vis à vis de ces demandes pour 95 % d'entre eux. Les sentiments les plus notés étaient la frustration lorsque l'interne n'avait pu dire non ainsi que la culpabilité. A contrario, il pouvait ressentir une petite victoire lors du refus. Les internes se disaient en colère face à certaines demandes. Ils craignaient parfois d'entrer ainsi dans une relation de « consommation ». La possibilité d'un lien avec le burn-out a été évoquée. La négociation et la communication étaient les principales solutions envisagées.

2.2. Intérêt du sujet et problématique

L'évolution de la société engendre une croissance parfois démesurée de la consommation de soins. Les pouvoirs publics cherchent alors à juste titre à la limiter. Ils s'intéressent donc entre autres aux facteurs déterminant la prescription médicale. L'ensemble des auteurs qui se sont penchés sur le sujet s'accordent à dire qu'il existe des facteurs rationnels mais également irrationnels qui interfèrent pour modifier cette prescription³⁵. Un de ces facteurs est la pression exercée par le patient sur le médecin. On peut aisément supposer que cette pression engendre une réponse souvent irrationnelle de la part du médecin. Les recommandations de bonne pratique et le cadre légal ne sont pas les seuls déterminants de la réponse apportée. Comme le disait M.Balint, « C'est la personnalité du médecin qui détermine pratiquement seule son choix de la réponse raisonnable »³⁶.

A défaut de remplacer le médecin par une machine ce qui est bien sûr inenvisageable dans l'art médical, il va falloir composer avec son côté irrationnel et donc se pencher sur ce qu'il ressent. Les médecins sont tellement façonnés à écouter leur patients qu'il ne leur est pas toujours facile de s'écouter eux-mêmes³³.

La littérature générale aborde le thème des demandes injustifiées par le droit, les statistiques, l'économie ou le politique. Ce n'est qu'en médecine que la question est envisagée sous l'angle de la relation patient-médecin²⁸. Et bien souvent les travaux effectués ne s'intéressent pas vraiment au problème du ressenti.

Notre enquête trouve donc son intérêt ici : rechercher au plus près de « l'homme-médecin » ce que les exigences des patients engendrent chez lui et leurs influences dans l'interaction qu'il a avec son patient.

Question de recherche

Quel est l'impact des demandes injustifiées sur le médecin généraliste ?

Hypothèses

Le ressenti face aux demandes injustifiées est globalement négatif.

Dire non est difficile.

Les demandes injustifiées sont un facteur favorisant l'épuisement du praticien.

Le risque est une rupture de la relation médecin-patient.

Objectif principal

Étudier l'impact et le ressenti à court terme et à long terme des demandes injustifiées sur le médecin généraliste et sur sa relation avec le patient.

Objectifs secondaires

Imaginer des solutions immédiates pour répondre au patient.

Proposer de réfléchir sur sa pratique afin de remédier à la problématique des demandes injustifiées.

Méthodologie

1. Recherche bibliographique

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

- Bases de données sur internet :
 - Medline pour PubMed
 - SUDOC (Service de Documentation Universitaire)
 - CISMEF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de Langue Française)
 - Cairn.info (Base de données en Sciences Humaines et Sociales)
 - Revues en ligne via un abonnement, des partages gratuits ou via le Service Commun de Documentation de l'Université de Poitiers.
- Moteurs de recherche : Google et Google Scholar
- Sites officiels : Conseil National de l'Ordre des Médecins, Codes Pénal, Civil et de la Sécurité Sociale.
- Littérature grise :
 - Blog de médecins
 - Thèses de médecine
 - Documents empruntés à la bibliothèque de la faculté de Médecine et celle de la faculté de Sciences humaines et sociales de Poitiers
 - Rapports d'organismes nationaux et internationaux : World Medical Association, Conseil de l'Europe, Comité Consultatif National d'Éthique.

Les mots-clés étaient les suivants :

Tableau I : Mots-clés de la bibliographie

Médecin généraliste	General practitioner
Relation médecin patient	Patient doctor relationship
Demandes des patients	Patients' demands / Patients' inquiries
Demande injustifiée	Unjustified request
Abus des patients / Demande abusive	Abusive patient behaviour
Refus - de prescription -	Refusing / refuse - of prescription -
Recherche qualitative	Qualitative research
Burn-out	Burnout

2. Méthodologie de l'enquête

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête qualitative observationnelle par analyse d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes.

2.2. Sélection des participants

2.2.1 Critères d'inclusion

Les médecins devaient exercer depuis au moins deux ans et être thésés. Ils devaient être en activité au moment de l'enquête. Leur exercice devait être d'au moins 50 % en libéral. Étaient exclus les médecins non thésés, non en activité et n'ayant pas un exercice principalement de généraliste libéral.

2.2.2. Mode de recrutement

Nous avons recruté les médecins parmi les connaissances de l'enquêtrice puis par la méthode « de proche en proche ». Nous avons voulu recruter par téléphone au hasard dans l'annuaire. Cinq appels ont été passés, deux ont refusé, un par manque de temps, un sans explication et trois n'ont jamais donné de réponse. Étant donné que le nombre de sujets nécessaires a pu être atteint, nous n'avons pas cherché à joindre d'autres médecins par cette voie. D'après les thèses utilisant la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés, la saturation des données³⁷ est obtenue après 10 à 20 entretiens. Ici elle a été obtenue au dixième, les deux derniers n'ont rien apporté de nouveau.

2.3. Entretiens semi-dirigés

2.3.1. Grille d'entretien

La grille a été réalisée après une recherche bibliographique approfondie. Elle a été remodelée après le premier entretien, puis après les 2^{ème} et 3^{ème}. Elle était articulée ainsi :

- Définition par l'enquêtrice de la demande injustifiée. Présentation par le participant d'une ou deux situations évocatrices afin de vérifier la bonne compréhension mutuelle.
- Ressenti personnel lors de la demande. Ressenti lors de la formulation du « oui » ou du « non ». Changement de la façon d'appréhender une consultation similaire par la suite ou non.
- Impact sur la relation avec le patient à court et à long terme.

- Difficultés actuelles ou passées vis à vis des demandes injustifiées. Impact sur la satisfaction personnelle ou professionnelle. Stratégies développées pour pallier à cet impact.
- Evolution au cours de la carrière.
- Conseils que le médecin pourrait fournir à un jeune interne ou praticien se trouvant en difficulté vis à vis des demandes injustifiées.

Cette grille n'a bien sûr pas été respectée dans un ordre strict à chaque entretien, son but étant de permettre un balayage complet du sujet³⁸. Des allers-retours ont donc souvent été effectués. Chaque grand axe comprenait des sous-questions qui n'étaient pas systématiquement posées. Elles l'étaient si le participant n'apportait pas spontanément de réponse s'en rapprochant.

Le guide d'entretien est présenté en annexe 1.

2.3.2. Entretien et retranscription

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

Des stratégies ont été mises en place afin de favoriser l'expression des participants et d'approfondir des sujets importants :

- pause active visuelle de cinq secondes,
- expressions pour relancer / éclairer : « C'est à dire ? », « Oui? », reformulation de la dernière idée.

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

La retranscription en verbatim a été faite manuellement par l'enquêtrice grâce au logiciel *Libre Office*. Un verbatim est le contenu intégral, mot à mot, de l'entretien³⁷. La retranscription a donc été réalisée en respectant littéralement les phrases et éléments paralinguistiques des interviewés. La ponctuation permettait de rendre la retranscription encore plus proche de l'entretien.

Les noms de lieux ou de personnes ont été modifiés par souci de confidentialité. Une fois l'entretien retranscrit, une lettre aléatoire d'identification lui était attribué.

2.4. Analyse des données

Une fois l'entretien retranscrit, nous l'avons relu afin de bien nous l'approprier. L'analyse a débuté dès le premier entretien puis au fur et à mesure du recueil des données afin de pouvoir moduler la grille d'entretien et de repérer la saturation des données.

Première étape, la décontextualisation. C'est l'étape dite de codage. Les verbatims sont

fragmentés en de multiples extraits. Les extraits de verbatims apparaissent en grisé dans la partie résultats. Il s'agit ensuite d'attribuer un « thème » à chaque extrait. Ce thème doit se rapprocher le plus possible de l'extrait tout en le résumant et sans induire d'interprétation ni de généralisation. C'est le bon niveau d'inférence et de généralité³⁹. Nous avons ensuite listé et numéroté ces thèmes par ordre d'apparition.

La triangulation des données a été observée. Pour la réaliser, l'enquêtrice a été aidée par son directeur de thèse et un autre docteur en médecine générale initié à la méthode qualitative. Chaque entretien n'a été codé que par deux personnes différentes.

Pour des raisons techniques, l'enquêtrice a effectué elle-même le codage des données. Cependant, après avis auprès d'un membre du FAYR-GP (French Association of Young Researchers in General Practice), la méthode de codage sans logiciel s'avère être toujours valable.

Seconde étape, la recontextualisation. C'est l'étape du regroupement thématique transversal. Les thèmes ont été classés, regroupés en ensembles thématiques saillants par récurrence, opposition ou complémentarité³⁹. Des grands axes thématiques ont pu ainsi être dégagés et aboutir ainsi à la création de l'arbre thématique.

Résultats

1. Caractéristiques des médecins interrogés

Les douze entretiens se sont déroulés du 20 mai 2015 au 19 mai 2016. La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes. Dix entretiens concernaient des médecins exerçant dans la Vienne, un dans les Deux-Sèvres et un en Nouvelle-Calédonie. Un a eu lieu au domicile de l'enquêtrice, deux via Skype, quatre au domicile du médecin et cinq au cabinet du médecin.

Parmi les médecins installés, tous l'étaient en cabinet de groupe hormis Y et B. Ces deux derniers étaient néanmoins installés avec des paramédicaux.

Trois médecins pratiquaient ou avaient pratiqué un autre exercice que le libéral : coordonnateur d'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), médecin conseil dans les assurances ou assistant au Centre Hospitalier Universitaire.

Huit médecins participaient à des FMC (Formation Médicale Continue). Cette question englobait également les groupes de pairs et groupes Balint.

Tableau II : Caractéristiques des participants

	Durée de l'entretien	Genre	Age	Exercice	Lieu d'exercice	Durée d'installation	Maître de stage	Participation à une FMC
F	42:17	Homme	55 ans	Installé	Urbain	31 ans	O	O
R	19:18	Homme	64 ans	Installé	Rural	26 ans	N	N
B	56:00	Femme	42 ans	Installée	Péri-urbain	6 ans	N	O
Y	31:18	Femme	45 ans	Installée	Péri-urbain	13 ans	O	N
K	35:37	Femme	37 ans	Installée	Péri-urbain	6 mois	N	O
U	14:23	Homme	42 ans	Installé	Urbain	14 ans	N	O
L	14:30	Femme	48 ans	Installée	Urbain	16 ans	N	O
M	14:33	Femme	38 ans	Installée	Urbain	3 ans	N	N
O	21:28	Femme	29 ans	Remplacements	Aléatoire	0	N	O
I	26:12	Homme	36 ans	Installé	Semi-rural	6 ans	O	O
H	13:30	Homme	61 ans	Installé	Péri-urbain	30 ans	N	O
W	18:09	Femme	38 ans	Installée	Semi-rural	6 ans	N	N

2. Compréhension des médecins sur les demandes injustifiées

2.1. Différencier abusif et injustifié

Certains médecins différenciaient donc injustifié d'abusif, une demande abusive s'avérant finalement plus facile à gérer : L « Bon sauf quand c'est vraiment abusif et là, j'ai aucune arrière-pensée et je vais dire non. »

2.2. Les demandes injustifiées : un sujet très subjectif

2.2.1. La demande est-elle justifiée ?

W « Exemple hier il y a une dame qui est venue parce qu'elle avait ses règles, elle a eu très mal au ventre la nuit du coup elle est pas allée bosser, elle vient, elle te dit "je suis pas allée travailler, il me faut un arrêt de travail". C'est justifié ou c'est pas justifié ? »

- ✓ Cela est en partie lié au fait qu'elle **paraît souvent justifiée pour le patient**, mais entrent en ligne de compte d'autres considérations pour le médecin : Y « Pour les patients, je pense que c'est tout le temps justifié. »
- ✓ Cependant il est parfois également **difficile de savoir ce que pense vraiment le patient** : pour lui-même est ce quand même pleinement justifié ? O « Je suspecte des bénéfices secondaires à l'arrêt de travail et c'est un petit peu compliqué parce que pour moi c'était bien cicatrisé, et lui il me dit "ben non, j'ai encore très mal quand je pose le pied par terre, donc ça me semble compliqué pour mettre les bottes au travail". (...) Faire la part des choses entre le vrai du faux... »
- ✓ L'**expérience** apparaît alors comme une aide précieuse : O « Je pense qu'avec l'expérience on arrive à reconnaître les situations injustifiées. »

2.2.2. Subjectivité de la demande et de la réponse

Il s'agit avant tout d'une **appréciation personnelle** du problème : B « Je fais des arrêts de travail parfois qui pourraient être perçus par certains comme abusifs. »

- ✓ Parfois la réponse à apporter paraît **claire** :
 - Que ce soit un refus : la demande est **vraiment abusive**, ou le refus est vraiment

fondé sur des arguments licites, notamment médicaux : I « Cette semaine j'ai eu : "j'ai mal au dos, est-ce qu'il *-demande faite au secrétariat-* peut me faire une ordonnance de kiné ?". Alors la réponse a été non (...) parce que finalement le mal de dos si ça se trouve elle a une colique néphrétique. »

- Ou que ce soit un oui, tout simplement car finalement **cela s'avère justifié** :

F « J'accepte de poursuivre (...) je sais pourquoi je le fais. »

- ✓ Mais, souvent cette réponse est **nuancée**, elle dépend de nombreux facteurs et variables : B « La médecine c'est pas une science exacte(...). Il y a une notion de subjectivité. »

- La réponse peut **dépendre du patient** :

- de son aspect **sympathique** ou non : R « Il y a des personnes (...) hyper sympathiques et tout, bon, c'est sûr qu'on leur refusera pas (...) et puis il y en a qui ont des sales gueules, non pas parce qu'ils sont moches, mais parce qu'ils sont rébarbatifs, qu'ils sont pas sympas, qu'ils sont pas foutus de dire bonjour, ni de quoi que ce soit. C'est sûr qu'on a pas envie de leur faire plaisir, on a pas envie de répondre à leur demande. »

- **l'agressivité** peut également engendrer des réactions différentes : refus plus facile K « Si un patient est un peu agressif j'aurais plus tendance à (...) dire non », ou alors renoncement par peur : O « Je crois qu'à ce moment-là par peur j'ai cédé, j'ai fait l'ordonnance qu'on me demandait. »

- un médecin avoue parfois renoncer pour finir rapidement la consultation et ainsi se « débarrasser » du patient : K « Mais j'étais tellement agacée, j'avais tellement de travail que j'avais pas non plus envie qu'elle revienne (...). A un moment donné tu fais juste pour que les gens partent. (...) C'est fou, c'est horrible, juste pour qu'ils sortent de ton cabinet. »

- du fait que ce patient n'a pas l'habitude de faire ce genre de demandes (F, L) :

L « Quelqu'un qui (...) ne m'a jamais rien demandé, même si je pense que c'est injustifié mais que ça peut l'aider (...) je peux avoir à le faire. »

- Elle peut également **dépendre du médecin** :

- de son **état de fatigue** : W « T'es fatigué, t'es pas fatigué. Ouais, t'as envie de te battre, t'as pas envie de te battre. Surtout quand t'en es à la dixième quoi... ». Il pourra alors renoncer et donc céder, jugeant qu'il dépenserait trop d'énergie et de temps

à expliquer (F, M, R) alors même que le patient ne comprendra pas : R « Il est 17 heures, j'en ai ras le bol, j'ai déjà vu 15 personnes, il y en a encore 10 derrière et j'ai pas envie de discuter, d'expliquer parce que ça me fatigue » ; ou au contraire être plus rigide et refuser plus facilement par manque de temps (B, R) : R « Je vous ai prévenu que vous veniez en surnombre et que j'avais pas beaucoup de temps je vais pas faire ça en plus (...) pour votre fille » ou tout simplement car il n'a pas envie : L « Non. Alors c'est peut-être parce que ce jour là j'ai pas envie. »

- d'une **tendance difficile à inverser**, le médecin ayant trop souvent accepté :

F « Quand les patients avec qui j'ai fait ce que je souhaitais pas faire et puis que je continue (...) à faire alors même que je le souhaite pas, je suis un petit peu coincé, (...) la consultation ne peut pas se terminer autrement. »

- le médecin peut refuser plus facilement s'il juge qu'il a eu **trop de demandes** :

L « J'ai déjà dû avoir cette demande 3-4 fois dans la journée et je trouve que c'est une fois de trop » ou au contraire accepter car cette demande n'est pas si fréquente :

U « En fait je laisse couler parce que ça m'arrive pas si souvent que ça. »

- parfois il accédera plus facilement à la demande par souhait d'**aider son patient** : W « A la fois, t'as envie de les aider quoi... »

- la réponse peut également varier en fonction de la **personnalité** du médecin : refus plus facile si le médecin est directif, il estimera que c'est son rôle de décider : R « C'est moi qui prime, (...) habituellement c'est non, je suis directif, c'est comme ça, on fait comme ça, vous faites ça, et ça dans l'ordre, et ça après » ; ou au contraire cède plus facilement par peur de déplaire au patient : W « Quand tu doutes du coup tu veux plaire aux gens donc au début (...) tu oses pas trop aller contre leur volonté. »

- un médecin explique même que cela dépend du **genre du médecin** : selon elle, les hommes refuseraient plus facilement, ne s'encomrant pas de certaines préoccupations : L « Ils sont peut-être plus autoritaires, moins sensibles donc ils arrivent tout de suite peut être à casser ça. (...) Ils s'imposent peut-être plus facilement les hommes la dessus » ; tandis que les femmes seraient plus enclines à considérer différemment certaines situations : L « On est quand même un peu plus malléables ». Elles auraient parfois une patientèle différente, qui oserait plus facilement : L « C'est peut-être des gens plus fragiles qui viennent, peut-être plus de femmes qui viennent voir des femmes. »

- Le rapport que le médecin a à **l'argent** pourrait influencer la réponse : L « Cette relation avec l'argent fait qu'on fait beaucoup trop de choses qu'on ne devrait pas faire. »
- Cette réponse peut également dépendre de la **relation pré-existante** entre les deux

protagonistes : W « Dépend aussi de la nature de la relation avec les patients », ainsi que du contrat prédéfini : I « J'ai des patients qui (...) sont en arrêt longue maladie (...), tous les 6 mois l'assurance demande le certificat (...) ça fait partie contrat, c'est à dire qu'en fait on a déjà discuté, et je dis la prochaine fois qu'il vous l'envoie vous me le déposez. »

2.3. La fréquence des demandes :

- ✓ Deux médecins jugeaient en avoir **peu**, voire de moins en moins : U « Je trouve qu'on a de moins en moins de demandes » mais ils soulignaient cependant que cela était récurrent avec certains patients : U « Il y a des gens qui le font systématiquement et il y en a qui le font jamais. »
- ✓ Les autres médecins jugeaient ces demandes **trop fréquentes**, quotidiennes, voire **pluri-quotidiennes** (F, O, I, L, Y) : L « Il y en a tous les jours ! Plusieurs fois par jour. »

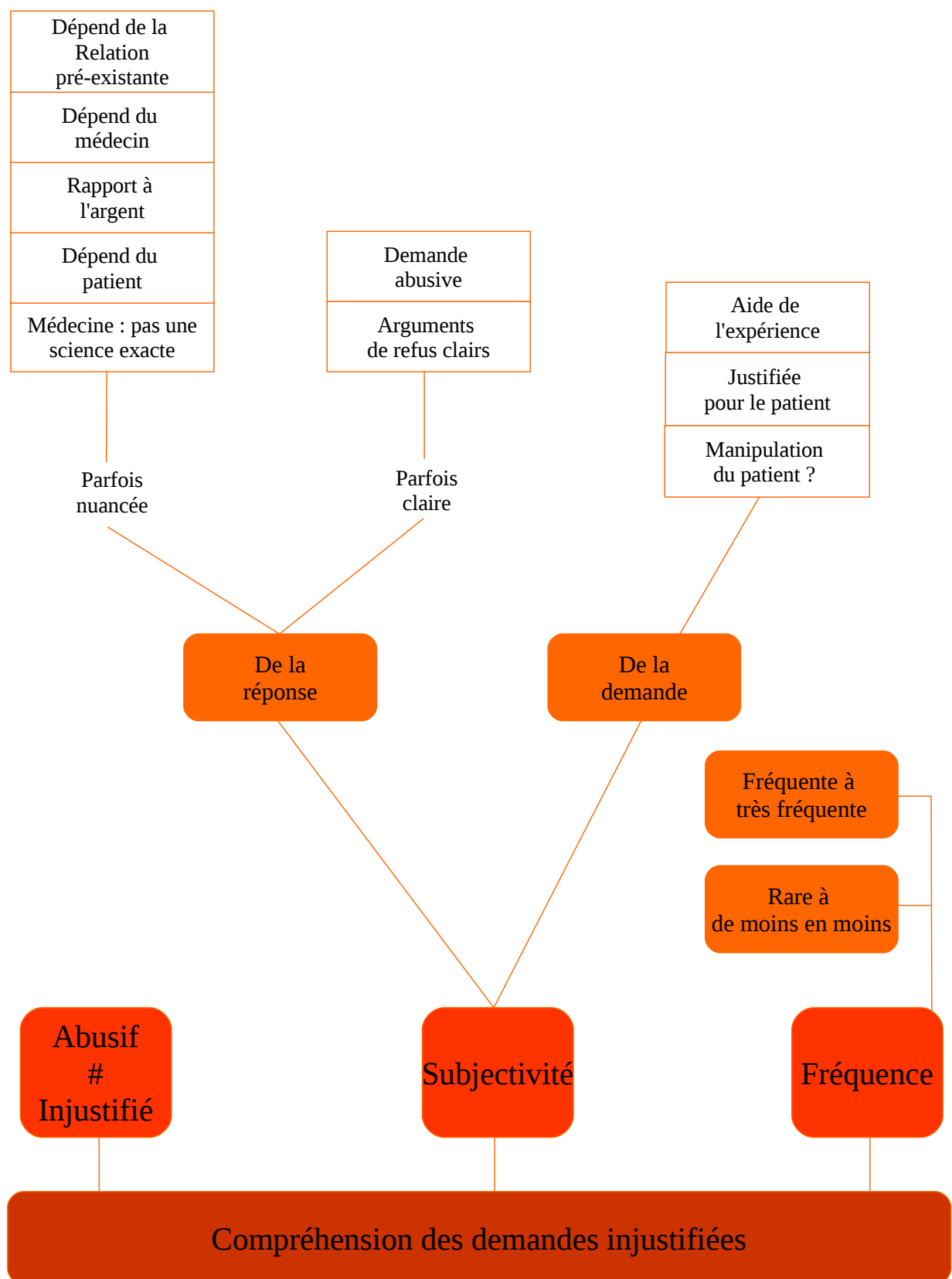


Figure 1 : Compréhension des demandes injustifiées

3. Impact et ressenti

3.1. Ressenti du médecin

3.1.1. Ressenti négatif

3.1.1.1. Face aux demandes injustifiées en général

A la lecture des entretiens, il ressortait principalement des termes à connotation **négative** :

- ✓ Les plaintes des médecins vis à vis des demandes injustifiées allaient du simple **malaise** au champ lexical de **la lutte** :
 - En elles-mêmes ces demandes peuvent rendre **mal à l'aise** : W « Si je dis non, (...) je suis pas à l'aise, si je dis oui je suis pas à l'aise non plus », être **désagréables** (K, H) : K « c'est désagréable de dire non », voire **pénibles** (K, F) : F « C'est pénible sur le coup », du fait en partie de la fréquence : Y « Comme ça arrive très souvent, c'est assez désagréable. »
 - Elles peuvent aussi engendrer un **conflit « intérieur »** : W « C'est peut-être un conflit avec moi-même. Enfin, c'est peut-être avec le patient, mais aussi le problème des demandes injustifiées c'est que c'est toi qui considère que c'est injustifié. »
 - Elles sont également **difficiles** : W « Non !! Extrêmement difficile même! », et engendrent une pression permanente : I « ça met une espèce de pression permanente. »
 - Finalement certains médecins ont même utilisé le champ lexical du **combat** (F, Y) : F « Difficile de donner une explication parce qu'il fallait sans cesse batailler. »
- ✓ Un **besoin d'échappatoire** a été évoqué : (B, I) : I « Ce qui me sauve c'est d'avoir une autre activité de médecin coordonnateur. »
- ✓ Il en ressortait alors tout naturellement que les demandes injustifiées sont **chronophages** (F, W, K) : K « Et tu expliques à chaque fois pourquoi et ça, ça prend beaucoup plus de temps », voire **énergivores** (Y, F) : Y « Pour moi c'est difficile, ça me pompe de l'énergie. »
- ✓ Les demandes injustifiées **dévalorisent** le métier : Y « Ton travail n'est pas très valorisé et valorisant », avec la sensation d'être un simple **distributeur/marchand** (Y, M) : Y « Tu es là juste pour servir de distributeur, presque automatique d'ordonnance ». Le **médecin se retrouve donc parfois désabusé** : W « Je suis désabusée aussi parfois, (...) tu sais quand t'as une, deux, trois demandes et tu te dis, à quoi on sert. »

3.1.1.2. Face au comportement / à la demande du patient

- ✓ Les médecins ont pour la plupart souligné leur **colère** face à certaines exigences des patients, qui s'apparentent à un abus (B, R, M, H) : M « ça ça m'énervé, je suis rentrée chez moi j'étais en colère je trouve que les gens se permettent des choses. »
 - Parfois le médecin y repense un moment après : R « De temps en temps une demi-heure après je me dis : "mais tu te rends compte qu'il est allé me demander un truc pareil, quand même il exagère" (...) je ruminais ça pendant un moment l'après-midi. »
 - Cette colère pouvait être liée au comportement **agressif envers les secrétaires** :
H « C'est plus par rapport (...) à l'agressivité vis à vis des secrétaires (...) qui sont en première ligne c'est ça qui me met le plus en colère en ce moment. »
- ✓ Certains expliquent qu'ils ont été plutôt **déconcertés, perturbés** par ce qu'ont osé demander les patients (R, M, K) : M « Sur le moment un peu interloquée, un peu perturbée ». D'autres se disaient plutôt **gênés, embêtés** (F, B) : F « C'est un peu gênant. »
- ✓ Un médecin a évoqué le **manque de respect** envers lui et envers sa profession :
K « Parce que tu te demandes pour qui ils te considèrent, comment ils considèrent ta profession. »
- ✓ Les demandes abusives incitaient le médecin à se **remettre en question** sur sa propre pratique qui aurait pu pousser le patient à formuler une telle demande : R « Pourquoi on ose me demander un truc comme ça, (...) j'ai mal présenté les affaires ou est-ce que je me suis mal fait comprendre? »
- ✓ En dernier lieu un médecin a détaillé ses réactions face à une demande empreinte **d'agressivité**. Il s'agissait d'une expérience très désagréable avec un fort sentiment d'infériorité. Elle expliquait avoir eu peur car elle s'est mise en danger en demeurant dans son cabinet sans chercher d'assistance extérieure. Elle explique avoir réagi physiquement au choc : O « Ce jour-là, quand j'y repense j'étais même un peu physiquement sous le choc, j'avais le cœur qui battait très fort, je pense que j'étais toute rouge et je pense que voilà, physique, (...) le patient il a dû voir que j'étais vraiment mal à l'aise ». Enfin, elle a exprimé sa culpabilité de s'être laissée aller à ses émotions : O « Je culpabilisais (...) de m'être autant laissée submerger par mes propres émotions. »

3.1.1.3. En accédant à la demande

- ✓ En acceptant une demande à laquelle ils ne devraient pas accéder, les médecins expliquaient avoir la sensation de **céder** : F « Qu'on cède à quelqu'un » voire même d'avoir été forcé : O « Je me suis (...) sentie forcée de faire l'arrêt de travail. »

- ✓ Ce qui pose problème c'est qu'alors le médecin a le sentiment de **ne plus être le maître** de sa **prescription** (B, O) : O « J'ai l'impression un peu de perdre la main sur la consultation, de plus être maître de la prescription ou des décisions », **ce qui est en fin de compte dévalorisant** (O, H) : H « Dévalorisant aussi par rapport à son autorité ». Un médecin explique avoir le sentiment d'être « faible » : M « J'ai été faible par rapport à cette demande, c'est encore le patient qui a pris le dessus et qui a dicté ce qu'il souhaitait. »
- ✓ D'un point de vue personnel, les médecins se faisaient à chaque fois des reproches à eux même : **colère** (O, W) : W « Parfois je suis très agacée, voire en colère, pas forcément contre le patient, mais aussi contre moi parce que j'ai pas su dire non. », **insatisfaction** (Y, F) : Y « Et, là j'ai cédé. J'étais pas contente de moi ! », **culpabilité** (O, W). Ils avaient également le sentiment d'avoir été **trop gentil** (O, H) : H « On se dit qu'on (...) est trop gentil. T'es trop bon, t'es trop con. »
- ✓ D'un point de vue professionnel, le fait d'avoir cédé représentait avant tout un sentiment d'**échec**, de **travail mal fait** : I « Sentiment d'échec quand je dis oui et que j'ai pas envie de dire oui ». Le médecin peut avoir échoué pour diverses raisons :
 - Abandon de la négociation, choix de la facilité (M, I) : M « C'est peut-être la solution de simplicité. »
 - Ou alors échec de la communication : I « J'ai négocié et j'ai pas réussi et alors c'est le sentiment d'échec de mon mode de communication (...) avec mon patient. »
- ✓ Cela pouvait également entraîner une **remise en question**, avec des doutes quant au choix réalisé (O, W) : W « Est ce que finalement il avait pas raison, est ce que j'aurai pas pu lui faire ? ». Sur le long terme, la remise en question est plutôt quelque chose de positif, mais sur le moment cela peut être plutôt mal vécu : W « Je me dis "oh ouais, pourquoi, pourquoi j'ai dit non ?" Donc oui, ça me met en difficulté. Clairement. »

3.1.1.4. En refusant

A. Sentiments éprouvés en disant non

- ✓ Les sentiments des médecins étaient influencés par ceux générés chez le patient suite au refus :
 - **L'insatisfaction** : W « Ces situations là, quand tu dis non sont génératrices d'insatisfaction de la part du patient ». En effet, le médecin n'aime pas décevoir : I « J'aime pas ça. Non, j'aime pas trop les décevoir. », en particulier car cela renvoie au

risque de ne pas / plus être aimé : F « Il y aussi là-dedans la question de "il m'aimera peut-être pas". » L'insatisfaction gêne également car le médecin ne sait pas la gérer (W, Y) : W « et c'est des situations que je ne sais pas très bien gérer en fait. »

- **L'incompréhension** ainsi que la mise en opposition. Le médecin trouve cette opposition inconfortable : I « Ce que je trouve assez désagréable, c'est cette impression de me mettre en opposition par rapport aux gens. » Elle va à l'encontre de l'alliance thérapeutique : I « Parce que ça va à l'encontre de la notion d'alliance thérapeutique. »
- ✓ Une partie des médecins disait ressentir de la **culpabilité** envers le patient en disant non : W « Culpabilité ! Ça c'est évident ouais !! ». Ce sentiment pouvait avoir plusieurs origines :
 - Car il n'a **pas su bien répondre** au patient : W « Je vais pas forcément savoir amener le non, du coup j'ai l'impression qu'il est pas content », ou a dit non avec brusquerie : B « j'avais quand même le sentiment d'avoir été un peu dure », ou encore n'a pas bien pris le temps de dire non : M « Je dis non en me braquant (...) dans ces cas là (...) j'aurais peut-être dû prendre un peu plus de temps... »
 - Car il a le **rôle du « méchant »** : O « J'ai toujours un sentiment de culpabilité de me dire je vais passer pour la méchante ». Le médecin n'est alors pas à l'aise en tant qu'humain : L « On peut comprendre qu'à ce moment-là, la personne ait besoin de tel ou tel papier. Et donc on n'est pas forcément à l'aise en tant qu'humain. »
 - Car finalement il **doute** de la réponse apportée : M « Un sentiment de culpabilité à me dire finalement j'ai dit non, mais est ce que... »
- ✓ Un médecin a également parlé du sentiment d'échec lorsque le patient réagit mal, sentiment lié en fait à un **échec dans la communication** : I « J'ai pas cédé et ça s'est soldé par un échec, c'est à dire qu'il s'est mis en colère en disant qu'il allait changer de crèmerie (...) mais j'arrivais pas à communiquer. »
- ✓ Il ressort également que le médecin est insatisfait professionnellement lorsqu'il doit dire non, notamment car il se sent **obligé de se justifier** : K « Je suis en train de justifier que c'est une infection virale ». Il ressent alors une certaine **injustice** car c'est pénalisant de pratiquer la bonne médecine : F « Je pensais que je pouvais être perçu comme quelqu'un de mou et de pas énergique parce que j'étais pas efficace (...). Je trouvais ça un peu injuste parce qu'en fait essayer de pratiquer une médecine comme elle doit être faite (...) c'était pénalisant alors qu'on avait l'impression de bien faire pour les gens. »

B. Dire non est difficile

- ✓ Ce qui ressortait beaucoup dans les entretiens c'est que **dire non est difficile** (W, L) :
L « En médecine générale il est très dur de dire non. ». Cela est même érigé en réel problème par deux médecins (M, Y) : Y « Je sais pas dire non, c'est mon problème, c'est un gros problème. »
- ✓ Cette difficulté peut résider dans plusieurs faits :
 - Le fait de devoir **concilier** ses besoins, ceux du patient et ceux de la collectivité :
I « Parce que nous on prend en charge une population. »
 - Cette difficulté est également soulignée en cas d'**agressivité** de la part du patient :
O « Qu'un patient me fasse peur, qu'il soit un peu agressif (...) c'est difficile de pas céder. »
 - Elle peut être également liée au fait qu'il ne soit **pas habituel de dire non à un patient** donné, celui-ci n'ayant jamais de demandes injustifiées : F « J'avais trouvé ça difficile de lui dire non parce que je devais pas trop avoir l'habitude de lui dire non. »
 - Un médecin aborde le sujet du lien à **l'argent**, compliquant les refus : L « Ce rapport avec l'argent il est quand même compliqué à gérer pour les médecins, et ça de plus en plus. (...) Je prends quand même l'argent, mais vous repartez bredouille, ça je peux pas (...). Plus ça va et moins je pourrais le faire. »
 - Dire non est également tout simplement difficile car il faut de **l'énergie** et du **courage**, attributs qui ne sont pas faciles à mettre en œuvre de façon permanente :
F « Il me fallait beaucoup de d'énergie et de courage pour dire non. »
 - Cette difficulté au travail existe aussi pour certains praticiens dans la vie de tous les jours (U, Y) : Y « D'une manière générale, (...) je sais pas dire non. »

3.1.2. Ressenti positif

- ✓ Plusieurs médecins disaient ne **pas avoir de problème** de ressenti, même si en grande majorité il leur est arrivé d'exprimer des aspects négatifs de leur ressenti à d'autres moments de l'entretien (F, B, L, U) : L « Moi j'ai aucun ressenti, si je dis non, c'est que je dis non. »
- ✓ Pour beaucoup le fait de ne rien ressentir est lié essentiellement à deux situations :
 - Quand la demande est clairement abusive : L « Quand c'est vraiment abusif j'ai aucune arrière-pensée. »

- Quand le refus est justifié, argumenté et expliqué au patient (B, F) : F « ça pose pas trop de problèmes (...) dans la mesure où on a pu en parler franchement. »
- ✓ Par ailleurs un médecin soulignait que le fait de dire non ne pose **pas de soucis quand la relation se passe habituellement bien** : F « Dans l'ensemble de notre relation autour de la santé, ça se passait plutôt bien donc ça a pas tellement perturbé. »
- ✓ Cependant deux médecins ont clairement exprimé le fait qu'en **toutes circonstances** cela ne leur posait **pas de problème** :
 - Un n'accorde aucune importance à ce sujet : U « Dès le début je m'en fichais (...) de la demande injustifiée. »
 - Un autre comprend que l'on puisse y réfléchir même si lui ne s'y intéresse pas :
R « Il y a peut-être des gens qui se posent plus de questions que moi. Beaucoup plus dans les nuances et puis voilà c'est tout ! (...) Je comprends qu'on puisse réfléchir (...) moi (...), ça m'emmerde pour parler poliment. »

3.1.3. Ressenti neutre

- ✓ De façon quasi exclusive, la seule fois où les médecins ont exprimé un ressenti positif c'était quand ils avaient **réussi à refuser** une demande :
 - **Fierté, satisfaction**, autant du fait d'avoir réussi à dire non (M, O) : M « Donc un sentiment de satisfaction finalement quand j'ai réussi à dire non », que d'avoir réussi à faire comprendre le non au patient (M, Y) : Y « Je me suis dit elle a compris, (...) donc j'étais assez fière de moi quand même sur ce coup-là. »
 - Impression satisfaisante d'**être cohérent** : F « Le contraire m'aurait pas satisfait, donc j'étais plus heureux à continuer à dire non ou à expliquer qu'à dire oui et mentir un peu à moi-même et au patient. »

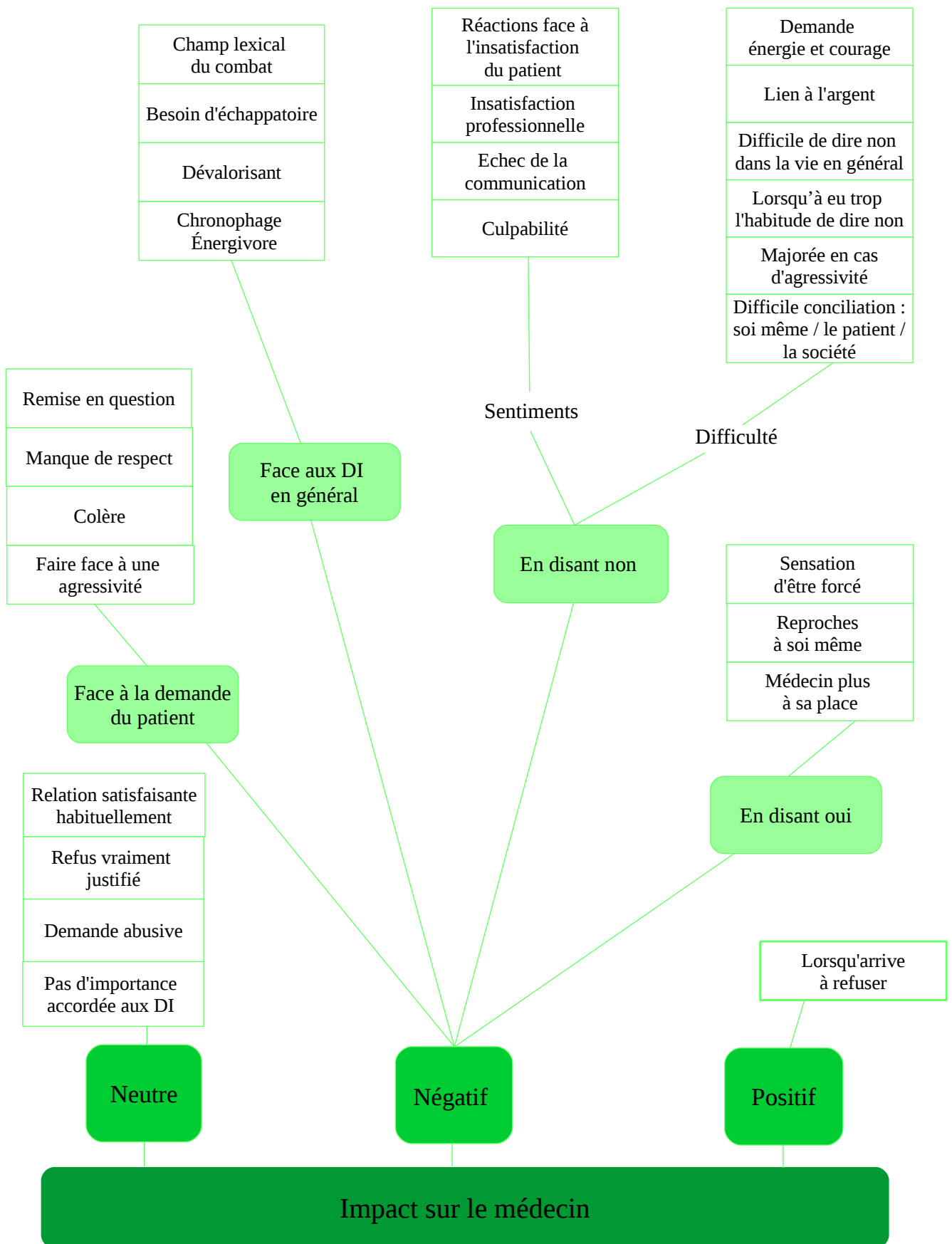


Figure II : Impact sur le médecin

3.2. Impact sur la vie professionnelle

3.2.1. Impact négatif

- ✓ Il est ressorti de certains entretiens que les demandes injustifiées impactaient négativement la **satisfaction** professionnelle des médecins (O, K, W) :
W « Professionnellement, forcément parfois je suis insatisfaite », avec un risque de perte d'intérêt pour le travail : B « Au détriment de notre plaisir et de notre envie d'aller travailler. »
- ✓ Ce qui les gênait beaucoup était le fait de **ne pas pouvoir exercer** leur profession **comme ils l'entendaient** (F, B, K, L) : F « On ressent dans ce cas-là qu'on fait pas son métier comme il faut. »
- ✓ Il y avait un risque que cela impacte sur la **qualité** d'exercice (B, I) : B « Si on dit pas non, on fait pas une médecine de qualité. »
 - La qualité s'en ressent quand par exemple une demande injustifiée peut aller jusqu'à **perturber** le déroulement des **consultations suivantes** (M, O, Y) : O « Ce jour-là (...) il m'a fallu peut-être deux consultations avant de vraiment reprendre un peu le dessus. »
 - Ou tout simplement car c'est bien **plus facile** et rapide parfois **d'opter pour le oui** que pour le non (K, W, I, F) : W « Mes collègues me disent "t'aurais dû dire oui t'aurais gagné du temps" (...) parfois effectivement c'est quand même plus rapide », F « C'était beaucoup plus facile de dire oui, de dramatiser une situation (..) et de se faire passer pour quelqu'un d'énergique. »
- ✓ Un médecin a abordé le problème de la **responsabilité** : B « Si je ne fais que des prescriptions sans voir les gens, (...) j'engage ma responsabilité... »

3.2.2. Impact neutre

- ✓ Certains médecins répondaient qu'il n'y avait **aucun impact** sur leur vie professionnelle (R, K, L, M, H). Ils disaient notamment avoir la conscience tranquille : R « Ni dans le temps, ni sur mon humeur, (...), j'ai la conscience tranquille quand je fais ça quand même. »

3.2.3. Impact positif

- ✓ Les médecins expliquaient que les demandes injustifiées permettaient d'être un **moteur**, de **pimenter** leur travail (M, I) : M « ça met un peu de piment, si tout était... plus facile, ce serait pas drôle ! »

- ✓ C'est un bon moyen d'**adapter sa patientèle** : I « C'est juste que je me suis forgé ma patientèle, ils se sont adaptés à moi, je me suis adapté à eux, il y en a qui sont partis, il y en a qui sont arrivés, c'est le jeu normal ». Le fait de **connaître les patients aide à mieux cerner le problème** : I « Quand on connaît mieux les gens, les familles, (...) on comprend mieux les enjeux, (...) juste le fait de comprendre même si on dit non, ça aide à mieux gérer. »
- ✓ Enfin car cela permet de se **remettre en question** et de changer certaines pratiques (K, M) : M « Je me suis remise en question. »

3.3. Impact sur la vie personnelle

3.3.1. Impact négatif

- ✓ Certains médecins notaient un impact parfois même sur leur vie personnelle, et en employant des termes assez forts : I « ça me bouffe un peu la vie... quand je l'entends ça me gonfle. »
- ✓ Cet impact est lié en partie au fait que le médecin **ramène** ses soucis ainsi que la fatigue engendrée à **la maison** (Y, I) : Y « ça me satisfait pas dans ma vie de maman d'être là, de pas être patiente, oui ça impacte. Et puis tu vois, toujours pour en revenir à l'histoire de cette dame, je pense que ça m'a gâché ma soirée. »
- ✓ Un risque de **toxicité** a été évoqué: F « J'ai essayé de faire en sorte que ça se reproduise pas trop souvent parce qu'autrement ce serait vraiment toxique pour ma vie », **allant même** jusqu'à la notion de **burn-out** (U, I) : I « Pour moi c'est un facteur précipitant vers le burn-out. »

3.3.2. Impact neutre

Pour certains médecins il n'y avait pas d'impact personnel (H, W) : W « Quand je n'ai pas su dire non ici, ça ne va pas avoir un impact sur moi à la maison. »

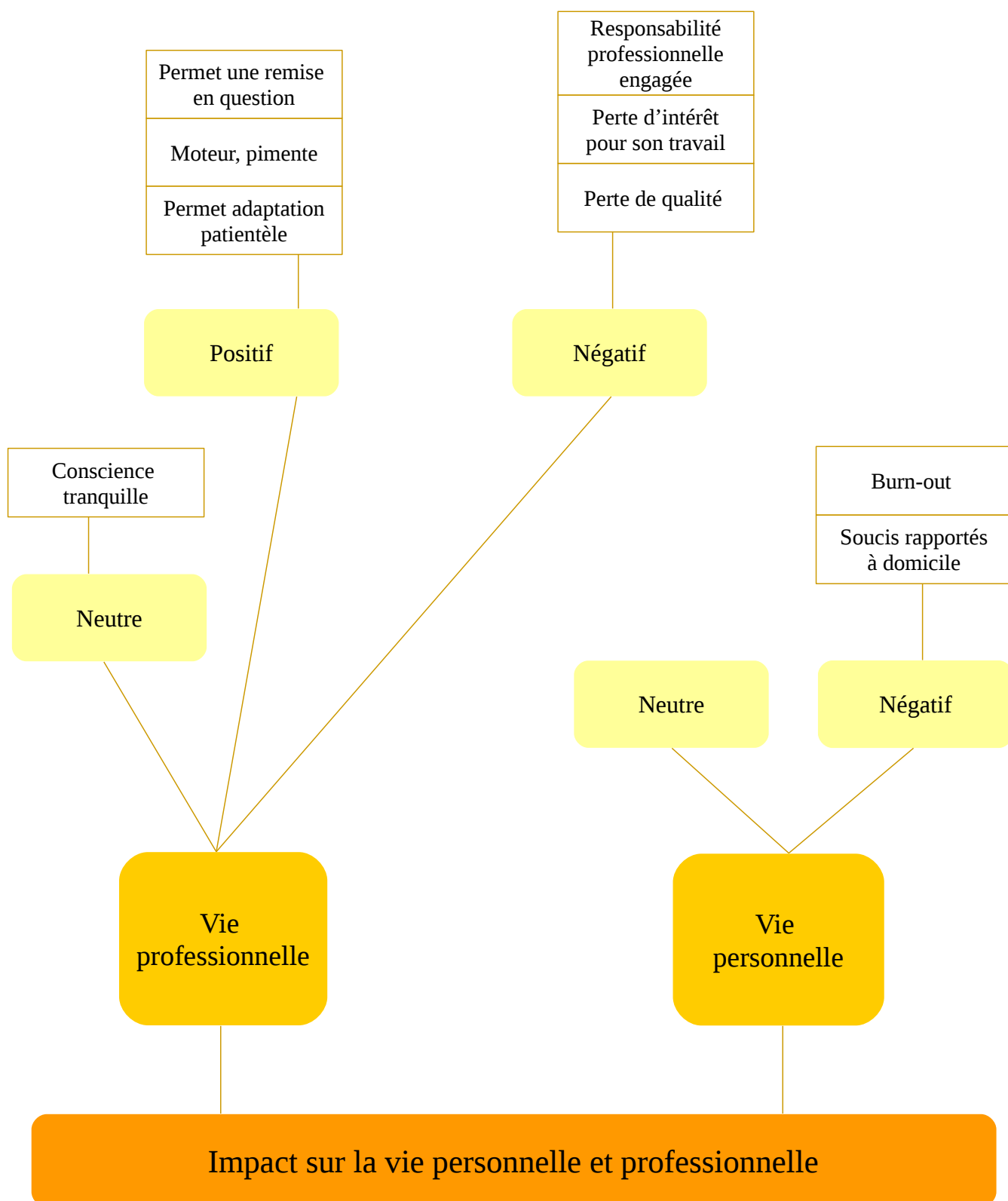


Figure III : Impact sur la vie personnelle et professionnelle

3.4. Impact sur la relation avec le patient

- ✓ Dans certaines situations, les demandes injustifiées n'ont **aucun impact** sur la relation avec le patient (K, B, M) : B « Maintenant c'est dit, vous savez comment je fonctionne. (...) On passe à autre chose. C'est bon. », notamment si les choses sont bien **expliquées** (K, M, O) : O « Quand c'était bien expliqué et bien accepté, si le gens reviennent c'est que c'est bon. »
- ✓ Certains médecins expliquaient craindre un impact : W « C'est ma crainte quand je culpabilise c'est que ça impacte la relation que je vais pouvoir avoir avec le patient », crainte qui finalement ne sera pas forcément confirmée (B, W) : W « Avec l'expérience tu te rends compte que parfois ça ne change rien, que les gens acceptent finalement que tu puisses leur dire non. »
- ✓ Qu'il y ait impact ou pas, cela **dépend** en partie de la **relation pré-existante** (H, W) : W « ça dépend du patient et de la relation que tu croyais avoir avec lui. »

3.4.1. La rupture de la relation

- ✓ Dans nos entretiens, il ressort que cette rupture fait suite à un refus (F) : L « Si on dit non trop souvent, ce sont des gens qui peuvent nous quitter. ». Souvent cela peut cacher un **problème de communication** (I, U) : I « C'est pas ça le vrai problème en fait, c'est qu'on arrive pas à communiquer avec lui et du coup à toucher le vrai problème. »
- ✓ Cette rupture peut se faire par décision du patient (M, R, I) : I « En disant qu'il allait changer de crèmerie! » ou du médecin (F, O) : F « Il est arrivé deux trois fois que je demande au patient que l'on se sépare. »
- ✓ Les médecins peuvent vivre cette séparation de plusieurs façons :
 - **Sans problème** (R, F, Y, K, M, B, O, U) : B « Il est parti et jamais revenu. Pas de soucis. »
 - car on ne peut convenir à tout le monde : B « On n'a pas d'affinité avec tout le monde, on a des modes de communication différents. »
 - car les patients sont libres de leur choix : U « Je pars du principe que les patients sont libres » et parce que l'on ne manque pas de travail : K « Vu que j'ai du boulot, c'est d'autant plus facile de dire ça ! »
 - enfin car les compétences médicales ne sont pas pour autant mises à mal : B « Si les gens vont voir ailleurs ça veut pas dire forcément qu'ils ont des reproches à faire en terme de prise en charge. »
 - Ou plus **difficilement**:
 - car rompre une relation est désagréable, insatisfaisant (K,L) : L « Pour nous c'est jamais satisfaisant de perdre des patients. »

- car le problème réside également dans le fait de risquer de perdre d'autres patients : L « Souvent on perd pas qu'un patient mais on peut perdre la famille, (...) les amis de ces gens qui venaient nous voir, (...) ils vont colporter le fait », **ce qui peut avoir un impact économique** : L « Il y a l'impact financier qui est pas négligeable. »

- Un médecin a même avancé que cela pouvait être **positif** : W « Certains quand tu leur as dit non tu les revois plus, (...) au final peut-être que c'était une bonne chose. »

3.4.2. Absence de rupture de la relation

Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de rupture qu'il n'y a aucun impact sur la relation avec le patient.

- ✓ Parfois cet impact peut-être tout de même **négatif** (R, U) : U « Moi je pense que si on dit oui ça va impacter. »
- La relation est ébranlée, elle devient **insatisfaisante** (Y, W) : Y « Notre relation là tu vois est entachée. ». Elle ne sera alors pas propice à « un bon travail » : O « J'ai vraiment l'impression de pas faire du bon travail, de pas être dans une relation zen. »
- Le médecin peut développer une **réticence** voire une perte de confiance vis à vis du patient (Y, R) : R « Quand c'est comme ça je reste très méfiant vis à vis des gens après, j'ai une espèce de petite réticence qui peut durer très longtemps », et ce parfois de façon définitive : R « Et puis je reviens pas en arrière. »
- ✓ Il peut également être **positif** :
 - **Renforcement** de la relation : O « ça a pas trop impacté la relation, au contraire, je pense que ça peut la renforcer. »
 - Les patients savent donc à quoi s'en tenir après : O « ça montre comment toi tu travailles, après (...) ils osent plus peut-être faire des demandes trop injustifiées. »
 - Cela peut également permettre un **façonnage de la patientèle** : U « De moins en moins de demandes, c'est peut-être parce que moi je les ai éduqué comme ça. »

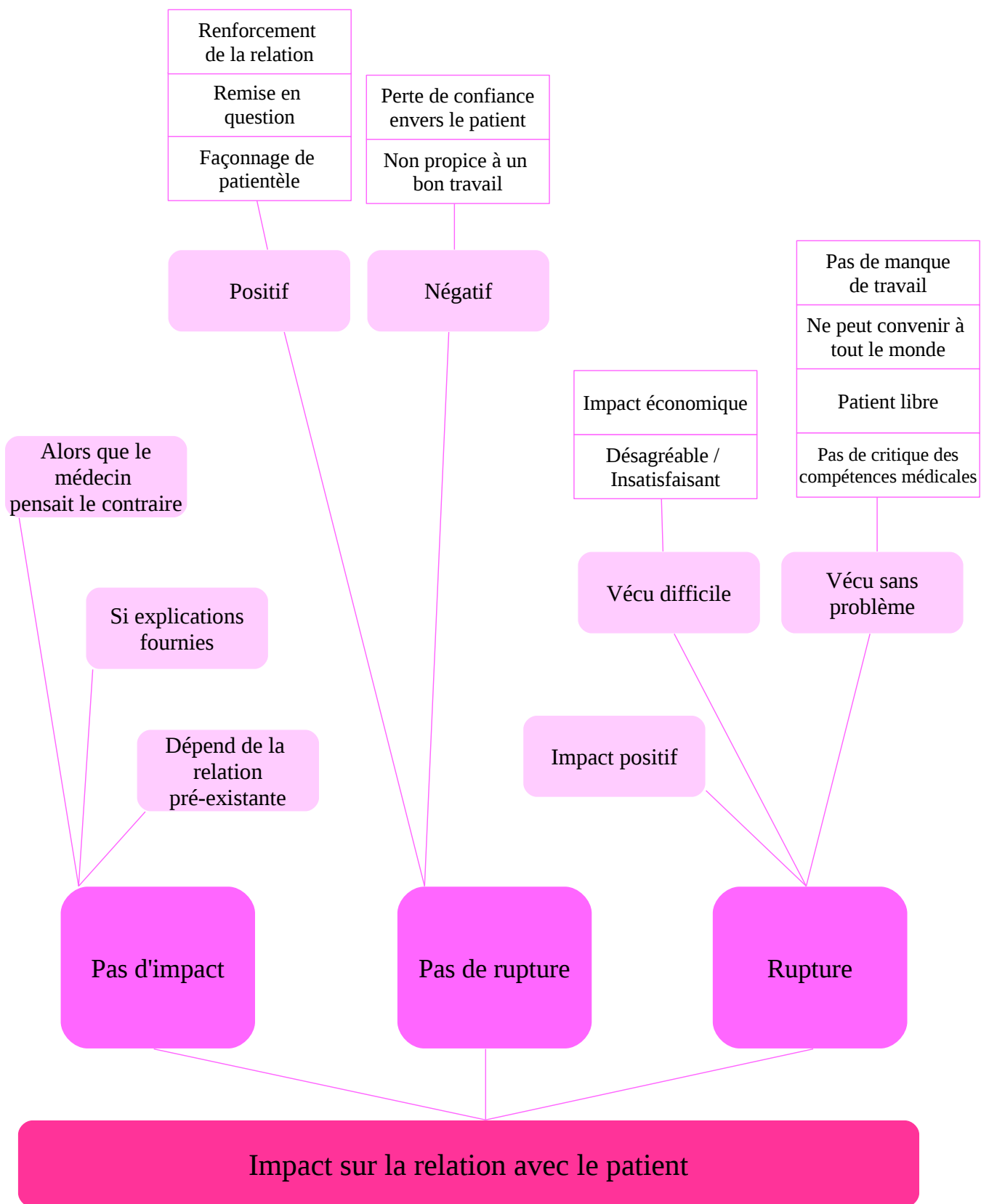


Figure IV : Impact sur la relation avec le patient

3.5. Facteurs influençant le ressenti face aux demandes injustifiées

- ✓ Facteurs **extrinsèques** : la fatigue liée en partie aux journées longues, aux tâches administratives ou au besoin de vacances : K « J'en avais un peu marre, en une même journée on m'a demandé énormément de paperasse. »
- ✓ Facteurs **intrinsèques** au médecin, à savoir sa **personnalité** : W « C'est clairement lié à la personnalité », Y « Ça vient de moi. C'est pas le docteur là. »
 - Par exemple lorsque le médecin **ne sait pas dire non** : Y « Je sais pas dire non, c'est dans mon tempérament » :
 - lorsque le fonctionnement personnel est fondé sur le doute et la culpabilité : W « Mon mode de fonctionnement c'est le doute et la culpabilité, du coup (...) ça me met en difficulté, je ne sais pas dire non. »
 - le fait de ne pas savoir dire non entre souvent dans le cadre d'autres appréhensions : la peur d'être abandonné et de ne pas être aimé : Y « L'impression que la personne va te laisser tomber », F « C'est pas agréable de pas être aimé », ou encore le refus du conflit : Y « C'est ma problématique à moi, je n'aime pas le conflit, plutôt que de créer le conflit, on s'écrase quoi. »
 - tout cela dépend beaucoup de la confiance en soi (K, W) : K « ça dépend aussi de la confiance que chacun a en soi. »
 - Ou alors au contraire lorsque le médecin **n'aime pas avoir la main forcée** : R « Je suis un peu caractériel pour ça donc quand on me force la main ça marche pas. »

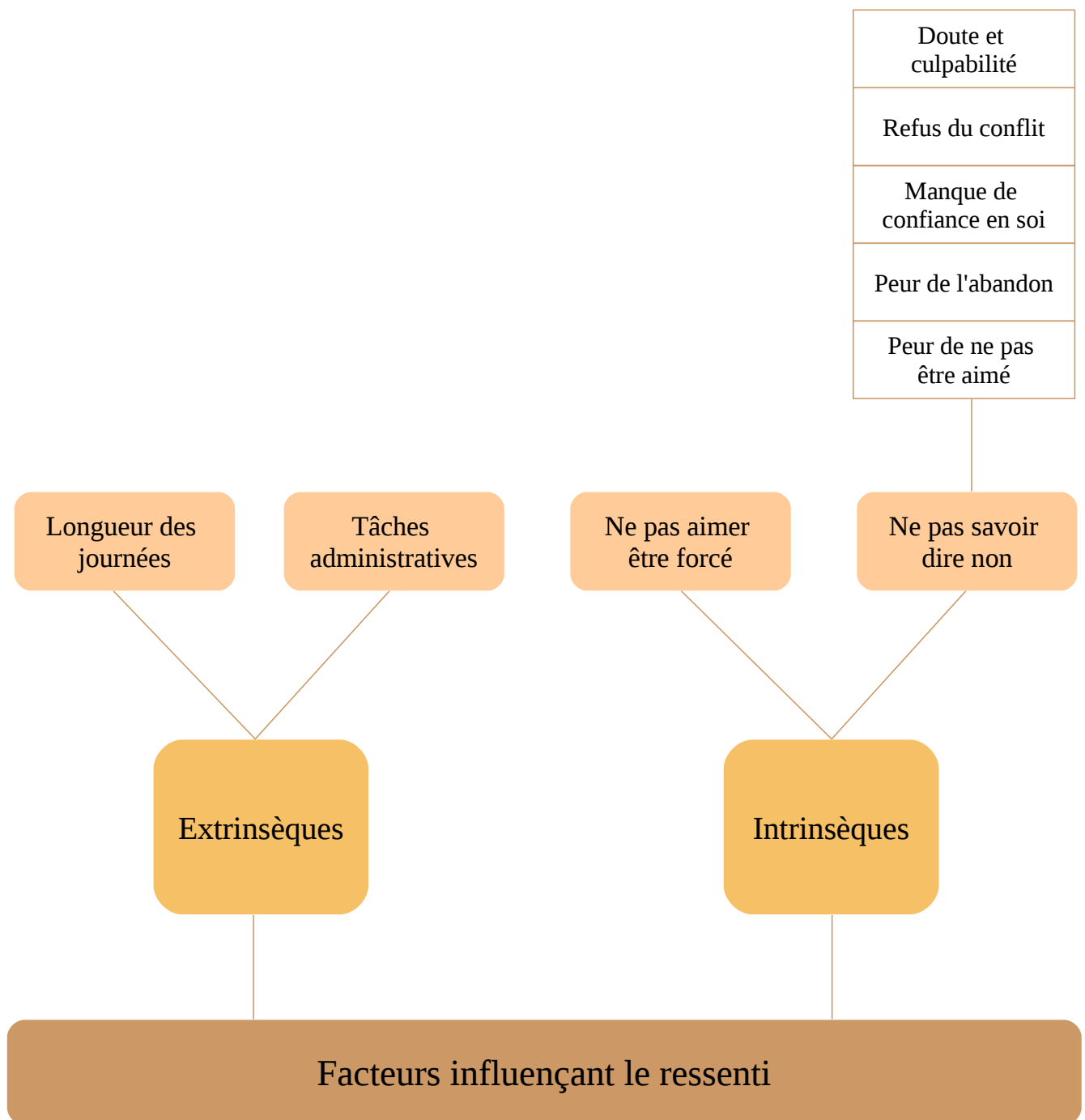


Figure V : Facteurs influençant le ressenti

3.6. Evolution

3.6.1. Evolution personnelle

- ✓ Certains médecins ont souligné leurs **difficultés en début d'exercice** (M, H, R, K) :
R « Au début on est un petit peu (...) démunis », K « Avant je le prenais vraiment comme une attaque personnelle », notamment par **manque d'aplomb** (K, O, R) : R « Au début on sait pas très bien comment s'y prendre, on n'ose pas trop refuser, on n'ose pas trop s'affirmer. »
- ✓ Pour beaucoup il y a eu une **amélioration** (I, M, F, Y) : F « Je crois que ça c'est une évolution dans ma carrière, je pense que c'est mieux », par exemple dans la manière de formuler le non : K « Maintenant je suis capable de dire très tranquillement sans employer le même ton que le patient d'en face. »
 - Un médecin dit être **moins campé** sur des **positions théoriques** : I « Quand je me suis installé, je me disais, "oh, je ferais jamais d'ordonnance sur le comptoir." Bon, après il y a la vraie vie derrière et si, je fais des ordonnances sur le comptoir, mais parce qu'en fait c'est quelque chose d'organisé, et je sais à quoi ça correspond. »
 - Ils **gèrent également mieux le mécontentement** du patient (W, O) : W « Si les gens sont pas contents, ça me gêne moins. » ainsi que l'impact sur eux-mêmes (K, M, H) : K « Avant je le prenais personnellement, maintenant pas du tout. »
 - Cette amélioration est permise en partie grâce à l'**expérience acquise**, ainsi qu'avec l'âge (B, K, O) : K « J'ai un peu changé parce que suite à cette journée (...) lourde (...) j'ai dit aux secrétaires pour chaque demande qui prend du temps vous donnez un rendez-vous. »
- ✓ Même s'il y a eu amélioration, pour plusieurs médecins il reste encore une marge de progression, la **difficulté persistant** (W, Y, F) : F « C'est difficile et (...) toute ma carrière ce sera difficile jusqu'à la fin. »
- ✓ Pour d'autres cela ne pose **plus de problème** (H, R) : R « Maintenant je m'en fiche complètement. »
- ✓ Pour un médecin, l'évolution est par contre **négative**, avec des difficultés ayant plutôt **tendance à s'accroître**. L'évolution si elle se fait, se fera dans la souffrance : Y « Je progresse, mais dans la souffrance ! »

3.6.2. Evolution du cadre d'exercice et de la société

- ✓ Conditions **plus faciles** : pour un médecin, le cadre de la pratique a évolué dans le bon sens, il se sent notamment plus libre, n'ayant plus la pression de la concurrence :
R « Les conditions d'exercice ne sont pas les mêmes sur 25-30 ans, il y a des choses qui changent, la pression de la concurrence. Il y a beaucoup de choses qui intervenaient autrefois qui n'interviennent plus maintenant. Je suis plus libre que je n'étais. »
- ✓ A l'inverse, pour certains médecins les conditions d'exercices sont **moins faciles**, que ce soit lié à l'augmentation de la fréquence des demandes ou à une responsabilité de plus en plus engagée :
 - Auparavant l'exercice était plus souple : Y « Je pense qu'avant je me posais pas la question. (...) Je remplaçais des médecins ; les licences, les footballeurs la laissaient, le médecin il signait, il n'examinait pas le patient. »
 - Actuellement la société change et la **responsabilité est plus exposée** : Y « Les associations sont quand même plus exigeantes, s'il y a un mec qui fait un arrêt cardiaque... (...). Avant c'était pas comme ça. La responsabilité est plus engagée qu'à l'époque. »
 - Il souligne également que les **plaintes** de patients se **multiplient** : Y « Maintenant, ils te disent (...) quand ils sont pas contents, (...), "Je vais porter plainte au conseil de l'ordre". »
 - Cependant, la nouvelle génération semble s'être adaptée, elle est consciente de ces responsabilités : Y « Ce que je trouve bien dans la nouvelle génération c'est que vous savez plus facilement dire non que nous. »
 - Les demandes injustifiées sont de plus en plus fréquentes, les patients étant de plus en plus demandeurs et exigeants (L, B) : L « On se rend compte que maintenant, les gens ils viennent pas pour un symptôme. (...)... on fait tout en même temps. »

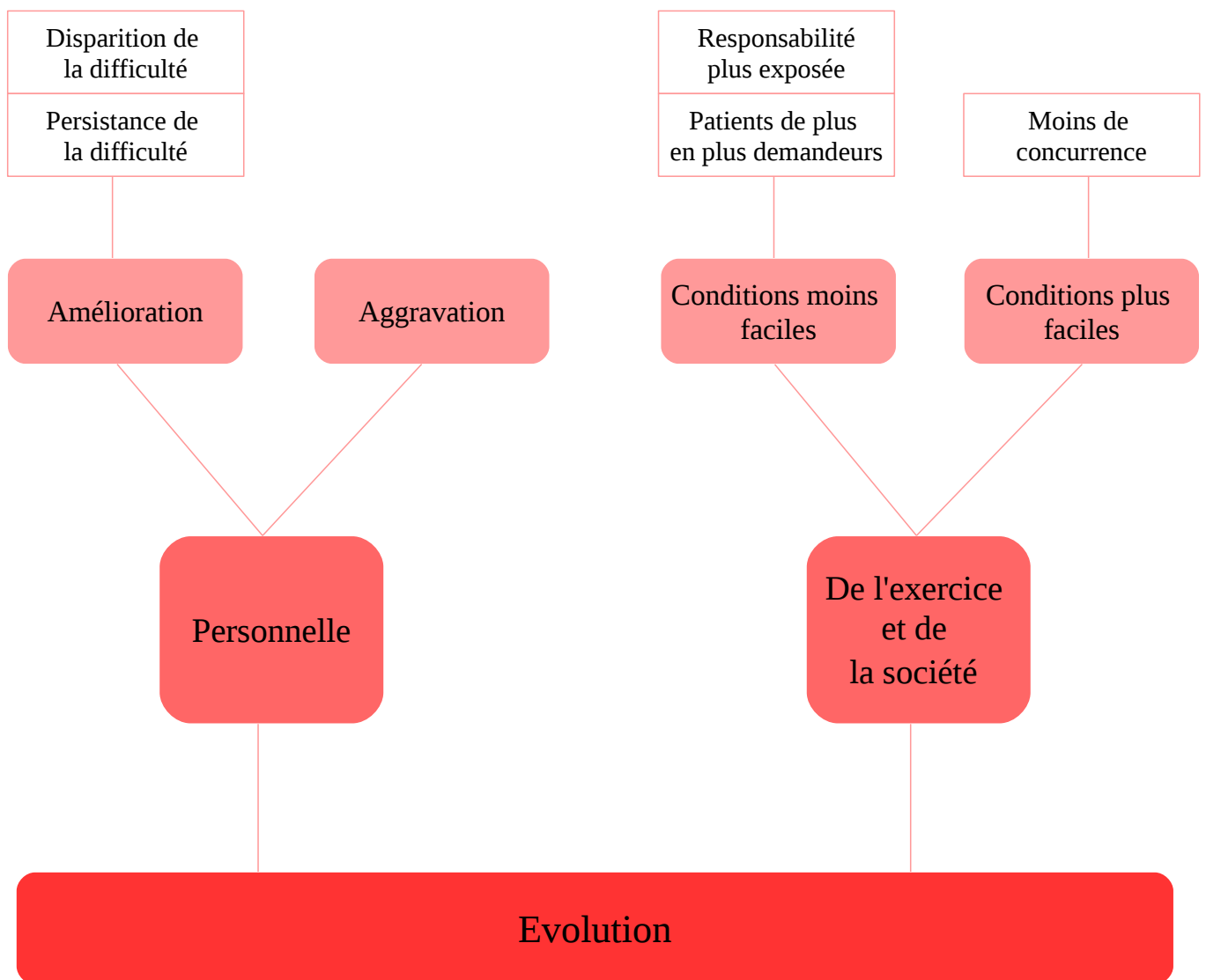


Figure VI : Evolution

4. Solutions proposées

Tout est question d'équilibre. A chacun de le trouver : I « Il y a un équilibre à trouver entre je veux pas décevoir les gens, et je vais pas non plus céder tout le temps. »

4.1. Pourquoi trouver des solutions ?

4.1.1. Garder sa qualité d'exercice

B « Parce que si on dit pas non, on fait pas une médecine de qualité, et à mon avis c'est pas ce que les gens viennent chercher. »

- ✓ Cette qualité doit rester le but premier de la médecine, **privilégiant le respect et l'intérêt du patient avant tout** (L, B, I, F) : I « Avec un principe toujours (...) qu'est ce qui est aussi dans l'intérêt du patient ? ». Cependant il va falloir rester vigilant quant à ce que l'on entend par le terme « intérêt », celui-ci n'étant pas forcément celui que pense le patient (U) : **le but n'est pas de lui faire plaisir** : I « Pas forcément l'intérêt que lui pense avoir, parce que finalement le dépanner d'une ordonnance ça peut lui paraître dans son intérêt mais sur le plan de l'éducation, du suivi, de l'observance ça peut-être dans son désintérêt. » ; W « Les gens sont pas médecins, ils peuvent pas savoir toujours ce qui est le mieux pour eux. »
- ✓ La qualité d'exercice passe également par le fait de se créer une **patientèle**, le risque serait d'en créer une « **mauvaise** » : U « On n'a pas le choix ! Si on dit oui à tout, (...) après tu as une patientèle pourrie ». En effet, en cédant trop souvent, il y a un risque d'entrer dans un cercle vicieux (F, U, M) : U « Si tu dis oui trop souvent, (...) tu deviens esclave de ton patient. »
- ✓ Un médecin considère que dire oui ne sert à rien hormis éviter de perdre un patient et donc gagner de l'argent : U « Je pense que si les médecins disent oui c'est qu'ils ont peur de perdre un patient ». Or actuellement il n'y a pas de problème financier en médecine : U « On a de la chance en médecine, (...) on va tous gagner de l'argent, (...) on peut se permettre de travailler comme on a envie de le faire. »

4.1.2. Se respecter et se protéger

B « Dire non, c'est se respecter soi » ; U « Si le fait de dire oui ou non influe sur ta médecine que t'aimes c'est compliqué. »

Cette nécessité de **se protéger est intrinsèquement liée à la qualité d'exercice** : les médecins savent que, mal dans leur peau, ils feront une moins bonne médecine : U « ça te fait chier ça te bouffe la vie, ça te bouffe la vie tu travailles mal, et tu travailles mal ça te bouffe encore plus toute ta vie... ». Il faut donc éviter tout ce qui peut être **anxiogène** (K).

4.2. Quelles solutions peut-on mettre en œuvre ?

4.2.1. Lignes de conduite

4.2.1.1. Règles et lignes de conduites en général

A. Avant toute chose le médecin va devoir se fixer des règles et les suivre afin de rester cohérent

- ✓ Un médecin signale que parfois avant même de savoir quelle attitude adopter, il faut d'abord **savoir identifier** quand il y a une demande injustifiée : O « Je pense qu'avec l'expérience on arrive à reconnaître les situations injustifiées, ce qui est pas forcément facile quand tu commences (...). Au début on est tellement focalisé sur l'organique, sur l'ordonnance... »
- ✓ Concrètement, il va falloir se **fixer des règles** :
 - Suivre celles **recommandées officiellement** (F, B) : F « J'essaie de faire (...) la médecine qui est recommandée. » comme par exemple le fait de toujours examiner avant de prescrire car on engage sa responsabilité : Y « Je lui donnerai l'exemple d'un patient (...), il me téléphonait pour une prescription pour des séances de kiné pour l'épaule gauche, (...) je dis ben non, il vient en consultation, et en fait c'était une souffrance cardiaque (...) »
 - Ainsi que celles que l'on se fixe soi-même, en **respectant ses propres convictions** (W, F, K) : K « On impose nos règles dans le cabinet, on est plus ou moins laxistes, ça dépend de chacun. »
- ✓ Dans tous les cas, le travail doit se faire **en toute conscience** (L, W, I), et la décision devra toujours être justifiée : I « Je dis pas non pour des mauvaises raisons ou je dis pas oui pour des mauvaises raisons. »
- ✓ Il est ensuite très important de **rester cohérent**, d'être vrai sinon les patients risquent d'être perdus (R, F, B, K, I) : I « Il faut être en congruence entre ce qu'on pense, nos représentations et ce qu'on fait. », K « Tu peux pas dire non et faire quand même ! Sinon le message il est pas clair. »
- Et ce quelque soit la fatigue du jour : I « L'enjeu c'est d'avoir une réponse qui est un peu toujours la même. Même les jours où on supporte pas. »
- Cela va donc permettre de rester **droit et crédible** vis à vis du patient, de soi-même et de ses collègues : K « L'important c'est de se sentir droit dans ses bottes. »

- ✓ Plusieurs médecins interrogés considèrent qu'ayant les connaissances, c'est à eux de **diriger** la consultation et de **décider** (B, M, U, W) : M « C'est quand même nous le médecin, et c'est pas le patient qui commande ». Le patient peut discuter, mais ne doit pas s'imposer, il n'a pas à donner d'ordres au médecin (O, R, M) : M « Normalement il devrait pas, c'est pas lui qui devrait avoir raison à la fin. »

B. Cependant cette dogmatique va se confronter au quotidien, à la « vraie vie »

Nécessaire pour poser les bases, elle va devoir s'ouvrir à la réalité du terrain, il va donc falloir être **pragmatique** et savoir moduler sa fermeté :

- ✓ Dans certains cas il est mieux de **rester ferme** et inflexible : R « Je lui dirais on reste poli mais inflexible », et de rester sur ses positions (M, W) : M « je pense qu'il faut rester sur ses positions. »
- ✓ Mais dans d'autres il va falloir apprendre à être **moins rigide**, faire quelques **exceptions** et adapter sa réponse au contexte du patient (F, R, K, L, W) : R « On est un peu rigide, mais bon, pas complètement, de temps en temps on lâche un peu. »
- ✓ Parfois mieux vaut accepter, car les patients persistent dans leur demande malgré un refus : U « Tu leur dis non je vous arrête pas, (...) et puis ils te rappellent le lendemain en fait je peux pas y aller. »

4.2.1.2. Faire un travail sur soi-même

Tout en ayant en tête qu'il est important de rester droit, il va falloir **dédramatiser** et relativiser la situation, puis **s'interroger sur son propre ressenti**.

A. Relativiser la situation

- ✓ Il va être important de se rassurer, cette difficulté est **normale** : W « Je le rassurerais (...) c'est pas grave, on a tous fait des trucs qu'on aurait pas dû faire. ». Elle va même se **représenter** (R, F) : F « Je crois qu'il faut qu'on accepte de vivre avec cette difficulté, et je pense pas qu'on puisse espérer la supprimer, alors il faut qu'on s'adapte. »
- Il faut apprendre à se détacher (I, W) : I « Tout le travail c'est de relativiser. », à **prendre du recul** (U, H) : U « Je dirai aux internes qu'il faut qu'ils prennent un peu de recul » et à comprendre qu'il ne faut pas en faire une affaire personnelle.
- Un médecin explique utiliser l'**autodérision** à cette fin : F « Avec lui j'ai décidé de d'en rire un peu, je ris de moi en fait. »

- Il faut accepter que ce n'est **pas grave si le patient ne nous aime pas** : F « Je peux vivre normalement en sachant qu'il y a des gens qui m'aiment pas, la vie continue quand même. »
- ✓ Pour deux médecins il est fondamental de **relativiser l'importance accordée aux demandes injustifiées** car il faut différencier le « fond » de la « forme » (U, R) : U « On a déjà un boulot assez chiant, c'est pas la peine d'aller se stresser avec ça. »
- Le **fond** étant la pratique médicale pure et **méritant intérêt** : R « Le fond de la médecine, c'est la démarche diagnostique, la réflexion, la comparaison (...) »
- La **forme** étant beaucoup moins importante voire **inintéressante** : R « La forme, c'est (...) les demandes injustifiées, les machins, les exigences particulières, etc, et ça, non. »

B. S'interroger sur son ressenti

Plusieurs médecins ont souligné l'intérêt de **s'interroger** sur son **propre ressenti** : I « Je vais plutôt faire un peu ce que je fais avec moi (...) qu'est-ce que tu ressens? (...) Comprendre le sentiment qui donne l'impression de pas gérer. ». Une fois le sentiment défini il faudra en comprendre la **raison** (B, K) : K « Lui demander pourquoi il s'est pas senti bien, est ce qu'il a pas encore assez d'expérience (...) est-ce qu'il était pas sûr de son examen clinique, est-ce qu'il s'est senti agressé (...) ce qu'il a ressenti en fait. »

C. Apprendre à se faire confiance

Le médecin va devoir apprendre à **se faire confiance** (M, W, B) : B « Juste se faire confiance. » et à être lui-même sans forcer sa personnalité : R « Il faut être soi-même, (...) si on essaie de toujours forcer sa propre personnalité, et de vivre autrement (...) on se bouffe la santé et le moral. »

D. Apprendre à dire non

Certains médecins ont exprimé leur difficulté à dire non. Il va donc être important d'accepter de **dire non sans culpabiliser** (B, K) : K « Faut pas culpabiliser de dire non, et dans la vie en général. »

- ✓ **Apprivoiser le non** va être également nécessaire pour être respecté : Y « Quand tu t'affirmes, quand tu sais dire non, les gens te respectent plus. »
- ✓ Une fois le « non » édicté, il va falloir **assumer** sa décision : I « Je mets un point d'honneur quand je dis non à l'assumer. »

E. Rester **professionnel** et savoir **se remettre en question**

- ✓ Le médecin devra cependant rester **professionnel** : il ne s'agit ni de montrer sa culpabilité au patient (L) ni de se justifier sans cesse : I « Mais cette justification je la donne pas toujours au patient. Je suis pas là non plus pour me justifier sur mon travail. »
- ✓ Même s'il suit les règles qu'il s'est fixé, même s'il a tenté d'accorder l'importance qu'il estime être la bonne à ces demandes, le médecin n'est pas à l'abri de se trouver face à un nouvel échec. Le travail n'est donc potentiellement jamais terminé, chaque situation difficile pouvant être source d'interrogation. Il faudra apprendre à se **remettre en question** et à modifier sa pratique personnelle ou celle de son cabinet si besoin est (U, L, M) : M « A un moment donné je me suis dit non, stop, c'est pas comme ça que ça fonctionne, et si on part sur des bases comme ça, ça va pas... »
- ✓ Il faut apprendre à **tirer des leçons de ses échecs** : O « Je suis sûre que c'est pas comme ça qu'on doit gérer cette situation normalement. »

4.2.2. Agir pendant la consultation

4.2.2.1. Accorder de l'importance à la relation médecin-patient

Une des façons la plus efficace pour gérer une demande injustifiée passe par le fait de **soigner sa relation** avec le patient :

- ✓ Il faut **en tirer le meilleur**, et que le médecin comme le patient soient à l'aise (B, F) : F « Il y a une relation qui doit être la meilleure possible. », cela passe en partie par le fait d'éviter d'entrer dans une relation conflictuelle : F « Il faut pas que ce soit un affrontement pour autant. »
- ✓ Il va être très important de travailler sa **communication** (F, B, K) : K « C'est tout une affaire de communication et ça c'est à travailler. »
 - En effet, les demandes injustifiées qui aboutissent à un échec signent souvent un problème de communication : W « Les demandes injustifiées, je trouve que ça te ramène à ta communication avec le patient. »
 - Pour soigner leur relation, les médecins interrogés proposaient de travailler sur l'**empathie** (H, F) : H « Moi j'ai l'impression d'être un peu dans l'empathie (...) ça arrange les choses souvent » :
 - il est important de montrer au patient que sa **demande est comprise et prise en compte** et qu'il peut faire confiance au médecin (F, Y) : F « Il faut que je lui fasse comprendre que je comprends sa demande, (...) son inquiétude, sa volonté de se soigner à tout prix. »

- un médecin insiste sur le fait de **chercher du positif en chaque personne** :

H « Même les gens désagréables, j'ai pris la décision d'essayer de trouver quelque chose d'agréable chez eux, ça m'aide bien de trouver du positif. »

4.2.2.2. Chercher à comprendre le problème

- ✓ Parfois, il va être intéressant de **creuser** : F « Plutôt que d'être sur la défensive, et d'essayer de trouver une justification à mon refus, eh bien je mets la balle dans le camp de celui qui demande. »
 - En effet, plusieurs médecins ont touché du doigt qu'une demande injustifiée pouvait en réalité **cacher un autre problème** (B, F, K, U) : K « On peut imaginer que c'est la partie immergée de l'iceberg, (...) quand les gens sont (...) agressifs ou très insistants c'est que probablement il y a un autre problème qu'un rhume, donc à nous d'aller chercher. »
 - Ces problèmes peuvent être **difficiles à percevoir** pour le médecin : B « C'est que je me dis que je suis passée à côté de quelque chose dans l'entretien. »
- ✓ Il va être important de **solliciter le patient** pour trouver la raison de la demande (F, U) : U « Faut reprendre avec le patient »
 - Souvent ce qui pose problème c'est que le patient est angoissé. Il va donc falloir créer un **climat de confiance**, et permettre au patient de **s'exprimer sur ses peurs** (B, F) : F « On est quand même dans de la matière vivante, on a un interlocuteur en face qui a des demandes, qui ressent des choses » ; B « C'est pas forcément la prescription qu'ils viennent chercher c'est le fait d'être rassuré ». Ils ont certaines croyances, notamment celle des antibiotiques : F « Il pense lui qu'il faut les antibiotiques à chaque fois. »
 - Pour mieux comprendre le patient, il faudra **incorporer son environnement** : F « J'essaie de tenir compte de la personne, de son environnement. »

4.2.2.3. Fournir des explications au patient

- ✓ Enfin, il va falloir fournir des **explications** au patient (O, F, L) : O « D'expliquer objectivement aux gens. »
 - Certains médecins expliquaient que les patients ne pourront deviner les contraintes de l'exercice médical si cela ne leur a jamais été expliqué : B « Ils sont capables de comprendre, si on leur dit pas ils peuvent pas savoir. »
 - Ils sont **aptes à les entendre et à les comprendre** (B, U) : U « Si il n'y a pas de raison à la demande, je pense qu'ils arrivent à le comprendre. »

- Ces explications sont d'autant plus **nécessaires** s'ils sont **angoissés** : B « Nos patients (...) ont pas forcément la notion quand ils sont dans l'angoisse, dans le stress, dans la douleur (...) de demander quelque chose qui nous est difficile. »
 - Ensuite, libre à eux d'admettre le refus ou non : L « Les gens intelligents sont prêts à entendre une explication après ils admettent ou ils admettent pas. »
- ✓ Il va donc falloir tout expliquer :
- **Les prescriptions** : M « Je justifie beaucoup mes prescriptions, ce que j'ai vu, comment ça peut évoluer. »
 - **Le refus** : (F, U, B, M, O) : B « Je lui ai expliqué que prescrire de la kiné, ça sous-entendait que j'engageais ma responsabilité médicale en terme de prescription, en terme de coût de santé publique (...) Et puis que (...) si j'étais passé à côté d'une spondylodiscite, elle serait pas contente après de la prise en charge » :
 - un médecin souligne qu'il faudra parfois prendre du temps pour expliquer un refus : I « Il faudrait quasiment dire "ben venez je vais vous expliquer pourquoi je vous dis non" ». Il explique également qu'en général c'est à lui et non à la secrétaire d'expliquer le refus au patient : I « C'est pas à la secrétaire de reporter un truc (...) qui en plus va pas être compris, elle va enrober un peu parce que c'est plus facile à dire. »
 - cependant parfois la secrétaire peut prendre le relais si la communication est complètement rompue avec le patient (B, I) : B « A un moment donné, on est obligé de dire non. Soit c'est nous qui le faisons, soit c'est les secrétaires, on met une interface. »
 - **Les difficultés et les réalités de notre exercice** (B, L) : B « Et puis j'essaie de dire aux gens que notre exercice est quand même un exercice extrêmement difficile »
 - en disant oui la responsabilité du médecin est engagée : Y « Je lui ai dit "vous voyez j'engage drôlement ma responsabilité" »
 - le médecin ne peut accepter de mentir : Y « Je lui dis "vous vous rendez compte de ce que vous me demandez. (...) Vous me demandez de mentir en plus" »
 - il y a incohérence entre la demande et l'exercice de médecin : K « Je lui ai dit "mais Madame mon métier c'est d'interroger et d'examiner les patients, pas faire des papiers" »
 - le problème du manque de temps : B « "Il y a un temps qui est imparti et moi je vais pas mettre des gens en retard parce que vous vous avez pris un rendez-vous pour deux" »
 - le médecin n'est ni devin : K « L'examen c'est à un moment T, je suis pas devin. », ni magicien : Y « J'emploie souvent "je n'ai pas de baguette magique". »

- Son propre **mode de fonctionnement** afin que la **patientèle** sache à quoi s'attendre : B « Ils savent que je suis régulièrement en retard, parce que le jour où il y aura besoin de rester 20 minutes ou une demi-heure avec un patient je le ferai. »
- ✓ L'explication également par le biais de l'**éducation** thérapeutique permet de prendre une **décision commune** (Y, I, U) : I « Je suis là pour éduquer, partager, prendre une décision avec le patient. »

4.2.2.4. Adopter des stratégies de réponse

- ✓ Lorsque le **non** est choisi
 - Il faut que le médecin sache **mettre les formes pour dire non** (I, U, O) : U « Après en mettant des formes, on est pas des sauvages non plus... ». Il ne s'agit pas de conclure par un simple non (B, U) : B « Je ferme pas la porte », ni même d'être agressif : O « J'essaie de poser les choses, de parler calmement. »
 - Une fois le non expliqué, le praticien peut **négocier** (U) ou essayer de trouver un **compromis** (B, Y) : B « Je fais l'ordonnance en dépannage pour un mois, on se revoit dans un mois. Pour pas qu'ils se retrouvent en porte-à-faux avec la pharmacie. »
 - Il est également nécessaire de donner une **conduite à tenir** en fonction de l'évolution si besoin est (B, F) : B « Il n'y a pas forcément besoin d'un antibiotique tout de suite, je laisse une prescription en disant s'il n'y a pas d'amélioration dans trois jours, dans quatre jours... »
 - Le médecin peut **se donner du temps pour réfléchir** et revoir le patient à distance (O, U, B, K, L) : O « Pour souffler un petit peu, pour se laisser du temps pour réfléchir à la situation, prendre du recul. »
 - Lorsqu'aucune issue n'est trouvée, il peut être proposé au patient d'**aller voir un autre médecin** (B, U, M, O) : B « Il faut qu'ils aillent voir quelqu'un d'autre qui a un relationnel différent, avec lesquels ils vont se sentir plus à l'aise ou qui va avoir un mode d'approche différent. »
- ✓ Ou au contraire lorsque la **réponse** est finalement **positive** :
 - Ne **pas dire oui immédiatement** : U « Je les laisse insister, je réponds pas favorablement tout de suite. »
 - **Dire** au patient qu'**on ne le souhaite pas** : F « De temps en temps je dis que je suis pas content de faire ça. »

- **Expliquer pourquoi** dans ce cas précis, qui restera exceptionnel **il a choisi d'accepter**, (K, O, I) : I « Ok, donc je vous dépanne de ça, mais voilà ça reste exceptionnel, et le principe c'est on se voit tous les je sais pas combien etc. »

4.2.2.5. Faire face à l'agressivité

- ✓ En premier lieu : **se protéger** : O « Si je sens que ça monte dans les tours, je me protège. »
- ✓ Expliquer au patient le refus de son comportement agressif : B : « J'entends mais c'est pas la peine de me crier dessus parce que ça changera rien. »
- ✓ Dans certaines situations, il vaut mieux dire un non ferme : O « Dire non plus vite mais pas essayer de négocier et d'attendre que ça monte et que le patient s'énerve et qu'au final je perde mes moyens et puis que je finisse par céder quoi. »

4.2.3. S'interroger sur les modalités techniques de sa pratique

4.2.3.1. Déterminer son mode d'exercice et façonner sa patientèle

Au fur et à mesure de l'exercice, les médecins créent une manière de travailler à leur image, de façon plus ou moins consciente. Plusieurs ont donc développé cette idée pendant les entretiens, parfois comme une manière de mieux appréhender les demandes injustifiées.

- ✓ Il va être important de **déterminer son mode d'exercice** : B « Il faut je pense déterminer son mode d'exercice. »
- **La pratique pouvant être différente** d'un médecin à l'autre : B « C'est pas forcément sans lien avec le problème d'eczéma, avec le problème d'asthme, avec le problème de tendinite (...) et c'est pour ça que j'ai pas envie de dire vous avez mal au ventre on s'occupe du ventre, et je me préoccupe pas du reste. »
- Un médecin souligne qu'il voit un peu les choses différemment et pour cela il s'est **formé à l'homéopathie** ou à la **médecine fonctionnelle** : B « Je fais ma formation d'homéo, je fais ma formation de médecine fonctionnelle, j'aspire à autre chose, et à pouvoir prendre en charge les gens dans leur globalité. »
- Un autre explique avoir **une autre activité** lui permettant garder son propre équilibre : I « Ce qui me sauve c'est d'être à temps partiel, d'avoir une autre activité de médecin coordonnateur, donc c'est un temps plus posé où je fais une activité différente. »
- Un médecin propose l'organisation par **salariat** permettant ainsi de refuser plus facilement : L « Je pense que si on était tous salariés ça changerait la donne. (...) Je dirai non à beaucoup de choses auxquelles je dis oui à l'heure actuelle. »

- ✓ Toutes ces données vont permettre entre autre un **façonnage de la patientèle** (B, R, I) :
R « On récupère des gens qui nous ressemblent habituellement ! »
- Du côté du **médecin** il **connaîtra mieux** ses **patients** : M « Le fait de connaître les patients aussi finalement, on va peut-être des fois le faire plus facilement. »
- Et du côté du **patient**, il **saura comment fonctionne son médecin**, par exemple en sachant qu'il ne fera pas de certificat de complaisance : R « Ils savent qu'on est quelqu'un qui ne marche pas dans ce genre de truc ». Cela pourra aider dans la prise de confiance : M « Après les gens ont confiance (...) donc ça facilite. »

4.2.3.2. Organiser son temps et hiérarchiser les problèmes

- ✓ Tant dans la globalité de l'exercice :
 - Cela peut passer par une **meilleure organisation de son temps** pour limiter le temps passé au travail (B, K) : K « Je demande à tout le monde de revenir y compris pour les dossiers MDPH parce que sinon tu t'en sors pas. Le soir j'ai fini ma consultation, (...) j'ai au moins 5 à 6 appels de personnes pour des résultats biologiques (...) c'est donc la partie de l'iceberg qu'on voit pas. »
 - Que dans les consultations : tenter de **hiérarchiser les problèmes** pour gagner en efficacité : B « ça on s'en occupe aujourd'hui, et la prochaine fois on s'occupe de ça. »
 - Un médecin explique qu'il reste disponible pour les urgences, mais qu'il essaie de **gérer au maximum par téléphone** quand cela lui est compliqué : B « Il y a beaucoup de situation sur lesquelles on peut rassurer les gens, on peut donner des conseils et différer une consultation au lendemain même voire au surlendemain. »

4.2.3.3. Utiliser de potentielles aides extérieures

- ✓ Qu'elles soient **techniques**, un médecin a mis un **mot** dans sa **salle d'attente** : B « J'ai mis un mot dans la salle d'attente » tandis qu'un autre a rédigé un **classeur** expliquant sa propre organisation, même si cela n'est en réalité pas forcément respecté par certains patients (Y).
- ✓ Ou **humaines** :
 - Il ne faut pas négliger l'aide de **tierces personnes**, collègues, entourage, secrétaire, groupes de pairs... (O, Y) : Y « J'en ai parlé à Élise tu vois ? (...) Elle me dit "ben non t'aurais pas dû le faire, faut qu'il prenne ses responsabilités". »

- Ces aides peuvent être pour **solliciter un avis** (O, U) : O « Sinon l'adresser à un autre confrère en prétextant un deuxième avis (...) » ; O « J'ai un peu botté en touche, je l'ai adressé pour que le médecin du travail prenne le relais. » Elles peuvent également permettre de **décompresser** : (R, I) : R « ça met en rogne, quand il y a Delphine (*la secrétaire*) (...) je vais lui dire, ça me fait du bien ! »

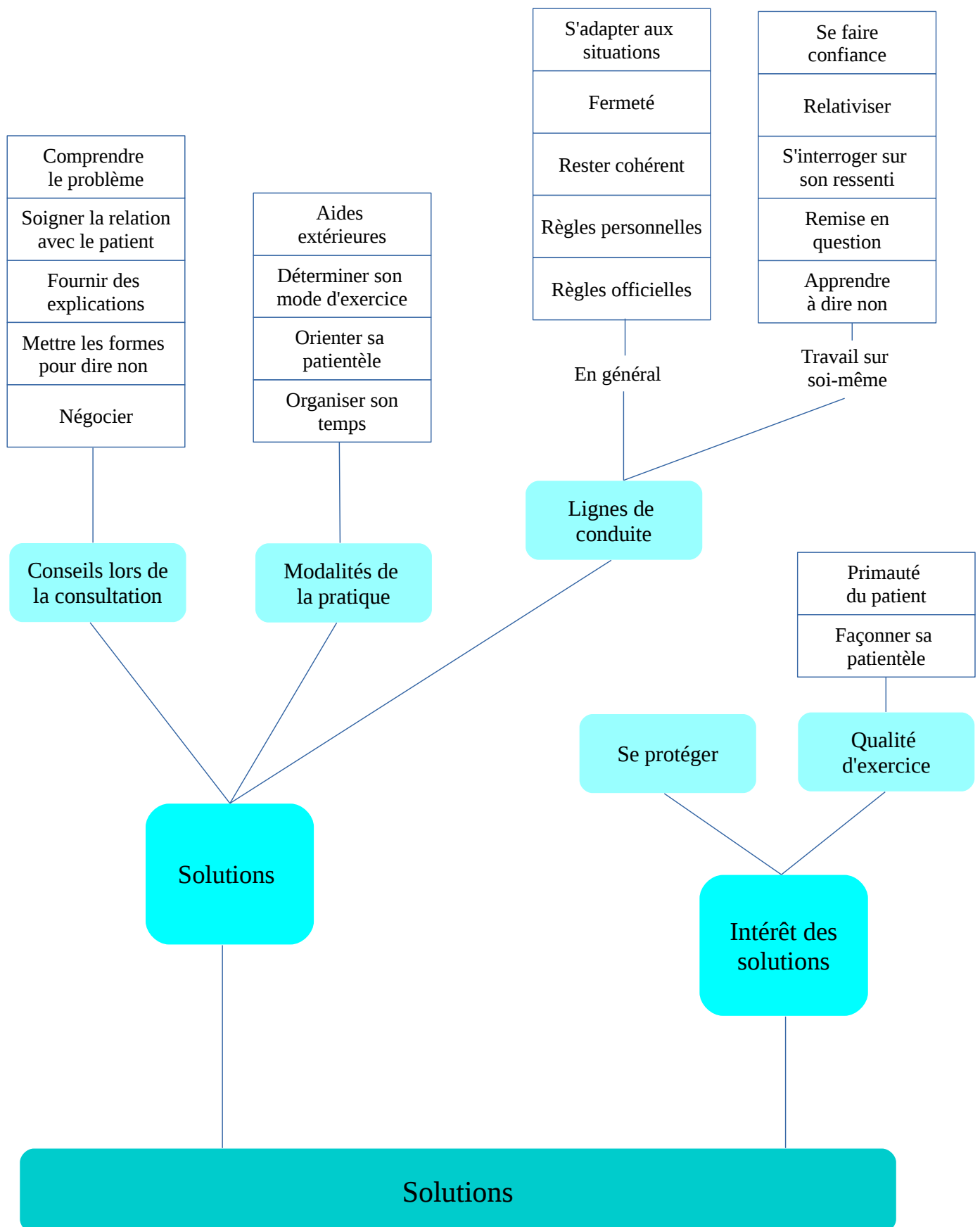


Figure VII : Solutions proposées face aux demandes injustifiées

Discussion

1. Rappel des principaux résultats

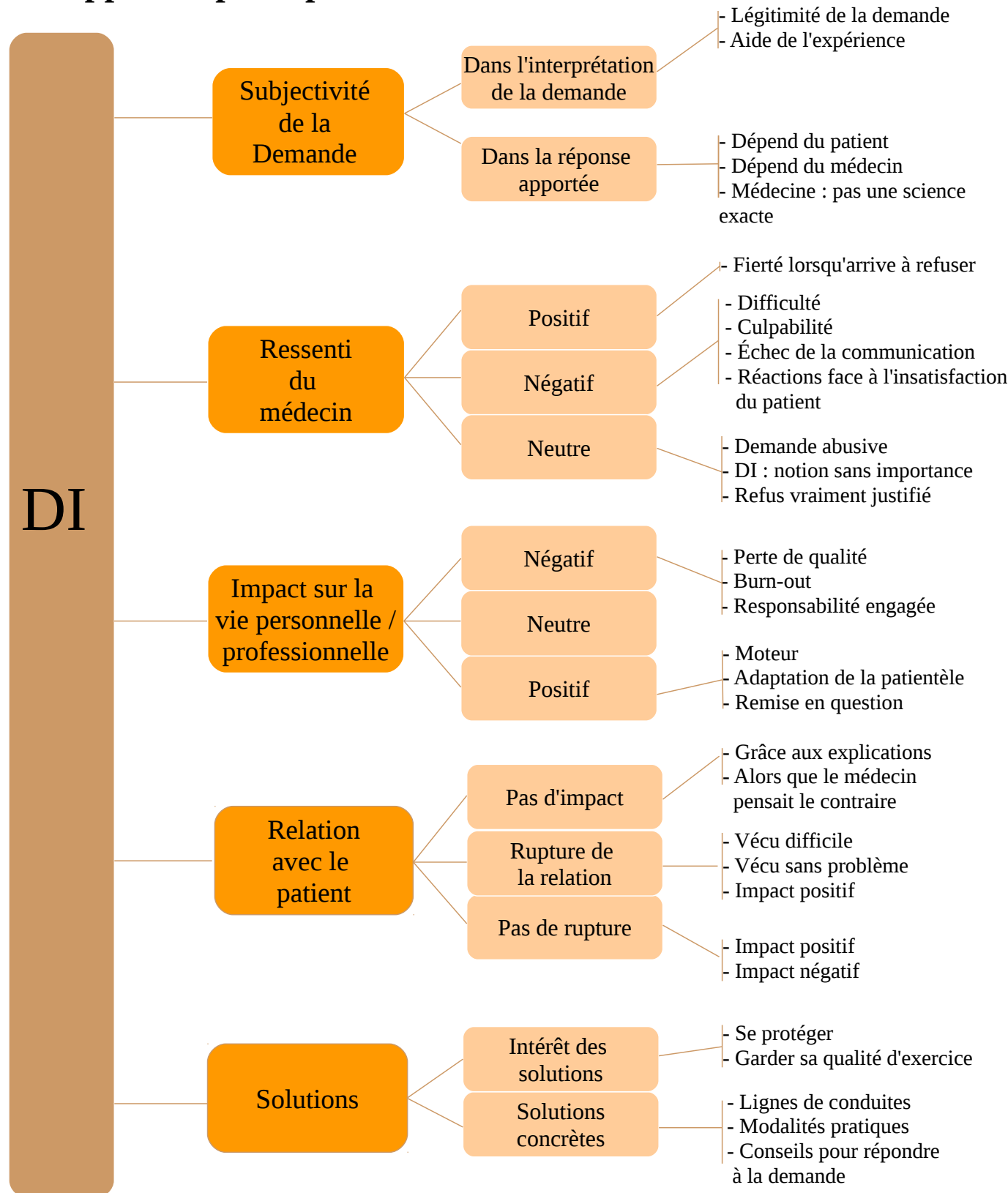


Figure VIII : Principaux résultats

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1. Pertinence et originalité du sujet

Les médecins ont en grande majorité été intéressés par notre sujet, arguant « une difficulté fréquente ». Cela est en concordance avec certaines données, comme dans une étude réalisée en 2015 dans le Limousin sur la santé des soignants. Les demandes excessives étaient ressenties par 50 % des médecins généralistes⁴⁰. Selon un sondage mené en 2012 par la Fédération Hospitalière de France, pour les médecins généralistes, 68 demandes sur 100 sont pleinement justifiées⁴¹. Par ailleurs, la pertinence de notre sujet est justifiée par le probable lien avec le risque d'épuisement professionnel et de burn-out⁴², hissé depuis quelques années au rang de problème de santé publique⁴³.

2.2. Choix et critique de la méthode

Compte tenu du peu d'études traitant de ce sujet ainsi que de sa subjectivité, il nous a paru licite d'utiliser la méthode qualitative. Les émotions, les comportements et les expériences personnelles sont des facteurs difficiles à mesurer objectivement. Dans ce travail, la démarche est plutôt interprétative et non déductive, elle crée des hypothèses, et ne les teste pas contrairement à la méthode quantitative. « Le but est de contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. »⁴⁴

Concernant le recueil de données, nous avons choisi la méthode par entretiens semi-directifs³⁸. Elle nous semblait la plus adaptée pour un sujet pouvant rapidement devenir intime, limitant certaines réflexions, mais en induisant d'autres, particulièrement lorsqu'elles sont valorisantes⁴⁵. Le fait d'être face à face facilitait l'expression des participants.

Le guide d'entretien était semi directif afin de pouvoir balayer toutes les questions du sujet, tout en influençant le moins possible l'interviewé, et en gardant la possibilité effectuer des relances en temps opportun⁴⁶.

2.3. Biais et validité interne

La validité interne a été obtenue en limitant autant que possible les biais développés ci-dessous.

2.3.1. Biais de sélection

La méthode de recrutement parmi les connaissances de l'enquêtrice et par la méthode de « proche en proche » a pu engendrer un biais de sélection, l'enquêtrice pouvant choisir les participants de façon inconsciente. Cependant, cela peut également être un atout. Les médecins qui n'ont pas été sollicités par une méthode anonyme, mais par l'enquêtrice ou une connaissance commune, étaient plus enclins à accepter la démarche. En règle générale, les

personnes acceptant de participer lorsque la sollicitation est anonyme sont souvent intéressées un minimum par le sujet. Par cette méthode de « proche en proche », nous avons donc pu toucher des médecins qui n'auraient pas participé en d'autres circonstances. Cela s'est confirmé car deux des médecins interrogés n'étaient pas, ou peu intéressés par notre étude, enrichissant ainsi les résultats.

L'âge moyen des interviewés était plus bas que l'âge moyen des médecins généralistes : 44 ans versus 51 ans⁴⁷. Il est à noter que la représentativité de la population n'est pas un élément fondamental recherché dans la méthode qualitative⁴⁵ où l'on s'attache plutôt à obtenir une variété de points de vue.

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

L'inexpérience de l'enquêtrice a été un frein à cette étude. En effet, au cours de certains entretiens quelques questions ont pu être oubliées. A d'autres moments, il apparaît que l'enquêtrice émet des jugements de valeur ou pose des questions trop suggestives. Cependant, l'autocritique systématique des entretiens a permis à l'enquêtrice d'améliorer sa technique au fur et à mesure, limitant ainsi le biais d'information.

Le fait que l'enquêtrice soit du même milieu professionnel que les interviewés a pu favoriser la discussion, les médecins s'attendant à être rapidement compris dans leurs difficultés quotidiennes par une personne les partageant. A l'inverse, cela a pu inhiber certaines réflexions. Pour pallier à ce problème, il a été expliqué aux interviewés que l'entretien était anonymisé, afin de les inciter à se confier de la façon la plus honnête possible.

Le fait de demander en début d'entretien un exemple au médecin permettait d'être sur la même longueur d'ondes et ainsi d'augmenter le rendement des entretiens.

Deux des entretiens réalisés à domicile ont été perturbés par l'interruption d'une tierce personne. Deux entretiens ont été réalisés par « Skype ». Ceci peut potentiellement créer un biais en modifiant l'interaction interviewé-enquêteur. L'analyse de ces entretiens n'a cependant pas semblé en être affectée. De plus, par cette méthode nous avons pu interroger deux médecins éloignés géographiquement, permettant ainsi d'étoffer notre enquête.

2.3.3. Biais d'interprétation et lié à la méthode d'analyse

Nous n'avons pas fait relire les entretiens par les interviewés, ce qui a pu induire un biais d'interprétation.

La triangulation des données a été observée, mais de façon incomplète puisque les entretiens n'ont pas été codés par trois mais deux personnes différentes à chaque fois. Un seul entretien a été codé trois fois.

Nous avons tenté de limiter les biais dû à l'inexpérience de l'enquêtrice en nous appropriant le plus possible la méthode, comme expliqué ci-dessous.

La création de thèmes a été faite rapidement après la réalisation des entretiens afin de bien en

saisir le sens, tout en gardant le bon niveau de généralité et d'inférence³⁹. Les thèmes générés ont ensuite été recopiés à la suite dans un nouveau document. Nous avons alors laissé passer du temps avant d'effectuer la suite de l'analyse, c'est à dire la recontextualisation. Le laps de temps écoulé entre ces deux étapes nous a permis d'affiner la décontextualisation en « oubliant » l'entretien : nous avons relu la liste de thèmes, elle devait être fluide, compréhensible et suivre une logique.

La suite de l'analyse, comprenant la recontextualisation et la construction de l'arbre thématique a été faite de manière progressive, renforçant ainsi la validité interne³⁹. De même, la tenue d'un journal de thématisation a été utile à cette étape : les thèmes ou regroupements de thèmes que nous n'arrivions pas à catégoriser ont été mis de côté, puis utilisés ou modifiés au fur et à mesure de l'enquête.

2.4. Validité externe

En méthodologie qualitative, la validité externe s'obtient en partie lorsque l'enquêteur a interrogé un nombre suffisant de sujets pour que les mêmes réflexions puissent être retrouvées communément dans un groupe plus général. C'est la « saturation des données »³⁷. Elle a été atteinte au dixième entretien.

La validité externe s'obtient également en confrontant l'étude aux données de la littérature. Ici elle est obtenue grâce au chapitre suivant.

3. Confrontations aux données de la littérature

3.1. Objectif principal : impact et ressenti

3.1.1. Un motif bien réel mais néanmoins subjectif

3.1.1.1. La médecine n'est pas une science exacte

Le problème réside dans la subjectivité de l'interprétation de la demande du patient et de la réponse fournie :

- **Du côté du patient** : la façon dont le patient expose sa demande³³, son aspect sympathique ou non, une éventuelle agressivité ou encore la qualité de la relation pré-existante³³.

- Une même demande formulée par deux patients différents pourra avoir une réponse différente voire même opposée.

- **Du côté du médecin** : la fatigue éventuelle potentiellement chronique²⁷, le retard accumulé dans les consultations du jour³³, le nombre de demandes similaires déjà reçues, les habitudes du médecin en de telles situations⁴⁸, l'expérience³².

- Une même demande formulée à divers moments de la journée, de la semaine voire de la vie d'un même médecin trouvera une réponse différente.

- **Du côté des médecins** : le sexe du médecin³² et de façon majeure sa personnalité³⁰, élément retrouvé maintes fois dans nos entretiens.

→ Une même demande formulée à deux médecins différents se verra opposer une réponse variable.

Dans son article « oser dire non », E.Galam met en avant l'importance de cerner cette subjectivité : « Si je veux aider l'autre (...) je dois avant tout être capable de juger par moi-même si la demande qu'il me formule est justifiée ou non, et si j'estime ou non pouvoir et devoir y répondre »⁴⁸.

3.1.1.2 Que pense réellement le patient ?

Un médecin souligne qu'il est parfois difficile de savoir ce que pense le patient. A quel degré peut-on remettre sa parole en cause ? Avons-nous un rôle d'enquêteur ou de juge devant chercher à tout prix à savoir si le patient nous manipule ? Cette possible manipulation du médecin par le patient est évoquée dans la thèse de E.Gerbaud et A-C.Julien³³. Le médecin dispose de peu d'outils pour, par exemple, évaluer l'intérêt ou la durée d'un arrêt de travail. Mais s'il existait des protocoles stricts, serait-ce vraiment mieux ? Cette liberté de prescription réaffirmée dans l'article 8 du code de déontologie⁴ permet d'adapter au mieux la prise en charge des multiples situations dans lesquelles peuvent se trouver les patients.

Tout comme dans la thèse de E.Gerbaud et A-C.Julien, les médecins sont cependant d'avis que pour le patient la demande est toujours justifiée³³.

L'expérience a été mentionnée plusieurs fois comme une potentielle aide pour y voir plus clair : l'exercice médical est un apprentissage constant sans cesse renouvelé.

3.1.2. L'impact des demandes injustifiées

3.1.2.1. Impact à court terme

Les sentiments pouvaient être ressentis tant à l'égard du patient que du médecin lui-même.

A. Ressenti lors de la formulation de la demande

Lors de la formulation de la demande par le patient, les sentiments exprimés tournaient tous autour d'une sensation désagréable, de façon plus ou moins intense. Certains médecins mentionnaient une gêne, d'autres étaient déconcertés, perturbés, voire en colère. Cette colère était ressentie envers ce que pouvait oser le patient : oser formuler une demande qui a trait plutôt à un abus, oser tenter de forcer la main au médecin. Ils disaient parfois être désabusés : que faire si la demande est communément admise dans la population, et formulée par une tierce personne qui « conseillerait » le patient ? Ici on voit bien l'évolution de la société avec des exigences de plus en plus importantes et considérées comme légitimes⁴⁹. Mais parfois est-ce uniquement la société qui influe sur ces demandes ? Ces demandes peuvent parfois amener

le médecin à se remettre en question, qu'a-t-il fait pour que le patient en arrive à oser faire cette demande ? Le médecin ne s'est-il pas bien fait comprendre ?

Les médecins disaient ressentir un sentiment de dévalorisation, que ce soit envers eux-mêmes ou envers leur profession, sentiment retrouvé dans l'étude PAAIR sur la prescription antibiotique⁵⁰. Dans une étude menée en 2001 à l'Université d'Oxford par D.Steinmetz et al, les médecins interrogés étaient en difficulté lorsqu'ils avaient l'impression d'être un simple outil dans les mains du patients⁵¹. De même, dans notre étude, ils se comparaient à de simples distributeurs, de simples marchands.

B. Ressenti au moment d'apporter la réponse

Une grande partie des sentiments exprimés au fil des entretiens l'ont été au moment d'apporter la réponse. Ils différaient en fonction de la réponse fournie.

Ressenti lorsque le non est choisi

Dire non est difficile

Le non est difficile³² en général pour certains médecins et le devient dans certaines conditions pour d'autres. Parfois, la difficulté résidait dans le fait de ne pas avoir su dire « non » de la bonne manière. Plusieurs médecins disent s'être sentis coupables d'exprimer leur refus avec trop de brutalité ou sans prendre vraiment le temps nécessaire. Un manque d'explication par défaut de temps est aisément compréhensible quand on imagine un agenda serré, un retard qui s'accumule, une salle d'attente pleine, etc. En dehors de ces raisons, nous pouvons nous demander pourquoi les médecins vont répondre avec trop de brutalité, est-ce par fatigue accumulée, par peur de voir le patient insister si on laisse la porte ne serait-ce qu'infimement entrouverte, par lassitude de cette énième demande ?

Deux médecins ont abordé le risque d'erreur. Ils disaient douter et culpabiliser après un refus. Une étude menée en Angleterre en 2003 par S.Kumar et al sur les raisons menant à la prescription d'antibiotiques dans les angines retrouve la notion du principe de précaution⁵². Elle était cependant abordée dans cette étude comme un frein au refus et non comme un ressenti après un refus.

Il est parfois difficile aussi de changer ses habitudes quand on a trop souvent dit oui, quand on n'a pas su imposer sa vision dès le début. Les médecins se sentent alors en partie responsables de la légitimité des patients à poser ces demandes. Ils se culpabilisent et ressentent un sentiment d'impuissance : que faire sans perdre sa crédibilité ? Comment faire comprendre au patient ?

Au moment d'apporter la réponse, ce qui peut impacter le médecin jusqu'à le faire changer d'avis est la nécessité de fournir des explications au patient, nécessité que certains médecins ont comparé à un combat, une lutte. Ces termes ont été utilisés dans les mêmes circonstances

dans la thèse de E.Gerbaud et A-C.Julien³³.

Pour la même raison, les demandes injustifiées sont vues comme énergivores et chronophages³³. Un médecin explique ainsi qu'il faudrait presque une consultation pour refuser une demande faite par l'intermédiaire du secrétariat. Le manque de temps est une plainte récurrente en médecine générale⁴³. Ainsi, la gestion du temps est mentionnée comme principal frein à l'épanouissement professionnel dans la thèse de R.Sajie²⁵. Ici l'enjeu est multiple. Premièrement, le manque de temps influence sur l'épanouissement et le stress, mais il interfère également avec la réponse qui sera apportée au patient. Par manque de disponibilité pour expliquer, le médecin pourra céder plus facilement. Cela est retrouvé également dans l'article de S.Kumar et al⁵², ou encore dans l'étude PAAIR⁵⁰.

Dire non est désagréable.

Ce qui est désagréable dans le non, c'est de devoir faire face à l'incompréhension et à l'insatisfaction du patient. M.Juillard retrouve la même crainte, exprimée sous un sentiment de culpabilité d'avoir déçu le patient³⁴. Cela renvoie à la peur ne plus être aimé par son patient. Dans l'étude de D.Steinmetz et al un médecin explique avoir besoin de plaire au patient et d'être apprécié par lui⁵¹. C.Andre et P.Légeron légitiment cette interrogation dans leur livre : que va penser l'autre de moi ?⁵³. Nous retrouvons cette difficulté plus facilement sur un certain nombre de blogs de médecins que dans la littérature « conventionnelle » où cet aspect de ne pas « être aimé », ce « j'aime que les gens m'aiment »⁵⁴ est souvent relevé. Dans une étude réalisée par le quotidien du médecin, 44 % des médecins disent qu'il leur est difficile de dire non par crainte de déplaire à leur patient⁵⁵.

Un médecin nous explique ne pas se sentir à l'aise en tant qu'humain, car elle ne peut aider son patient. Elle comprend sa demande et sait qu'accepter le dépannerait vraiment, mais ne le peut pas d'un point de vue déontologique et/ou médical. C'est alors l'humain avec sa capacité d'empathie qui va prendre le dessus, et culpabiliser de ne pouvoir faire quelque chose³³.

Définir la place du « non » dans l'exercice médical implique de faire la part des choses par rapport à des notions ambiguës et néanmoins fondamentales censées guider la pratique médicale : bienveillance, empathie, compréhension et soutien³².

Un risque de conflit

Un des risques du refus à court terme est la confrontation avec le patient. Cette confrontation peut être nocive pour le médecin mais aussi pour le patient, en altérant l'alliance thérapeutique nécessaire à tout soin. On comprend aisément qu'un patient ayant essuyé un refus pourra, du fait de sa frustration, moins bien adhérer à une prise en charge d'un tout autre motif que celui de sa demande⁵⁶.

Par ailleurs, la confrontation peut même aller jusqu'à une agressivité : les refus de prescriptions tiennent la troisième place dans les motifs d'incidents recensés par le Conseil de l'Ordre en 2015⁵⁷. Au cours de nos entretiens, un médecin a spontanément relaté une situation de demande injustifiée ayant abouti à une agression verbale. L'impact immédiat était majeur, le médecin

expliquant avoir eu peur, et avoir ressenti physiquement le choc. Un peu plus tard elle ressentira de la culpabilité vis à vis de sa réaction. Effectivement, dans nos sociétés, on se doit de cacher ses émotions, de rester « digne »⁵³.

Le non est parfois un soulagement

Certains médecins mettent en avant qu'ils se sentent parfois soulagés et satisfaits en disant non, cela représente une petite victoire pour eux-mêmes. Des résultats similaires ont été obtenus dans l'étude PAAIR⁵⁰ et dans celle de M.Juillard³⁴.

Ressenti lorsque le médecin cède à tort

Quelque soit la raison par laquelle ils cèdent, les praticiens en sont en général insatisfaits. Les médecins expliquent avoir été « forcés » ou ne pas avoir eu le choix. On peut aisément comprendre qu'un médecin comme toute personne n'apprécie pas d'être dépossédé de sa prescription. Cependant, le plus souvent, c'est de l'insatisfaction, de la culpabilité, voire de la colère contre eux-mêmes que les médecins exprimaient. Ces sentiments rejoignent ceux mis en avant dans divers travaux^{33,34,58}: mécontentement, culpabilité, mise en difficulté. Il est important de noter que dans plusieurs de ces travaux la frustration^{33,34} est un sentiment récurrent, qui n'a jamais été cité par nos participants. Nous l'avons néanmoins perçu lors de certains entretiens.

3.1.2.2. Impact à moyen et à long terme

A. Impact sur le médecin

Le risque de burn-out

Les médecins disaient ressentir une injustice dans leur pratique quotidienne. Plus ils tentaient de faire bien leur travail de façon conforme aux recommandations ou à leurs convictions - ce qui demande de la rigueur et du temps - plus l'insatisfaction du patient était difficile à supporter. Cela engendre un contraste trop fort avec l'investissement.

Deux médecins relataient emporter chez eux la fatigue et ce sentiment de lassitude. Le lien avec le burn-out se fait alors aisément. Dans la thèse d'E.Bontoux sur la prévalence et les facteurs de risque du burn-out, la deuxième difficulté rencontrée en terme de fréquence par les médecins est l'exigence des patients avant même la charge de travail⁵⁹. De même, elles sont mentionnées en première ligne dans une travail mené en Belgique en 2011⁶⁰. Cependant dans certaines études de grande envergure, l'exigence des patients n'est que très peu voire pas du tout mentionnée comme facteur déterminant vers le burn-out⁶¹. Peut-être pouvons-nous expliquer cela par le fait que cet item est difficile à quantifier, ne trouvant pas alors sa place lorsque l'analyse est quantitative. De toute façon, comme il est souligné dans une étude parue dans la revue médicale de Bruxelles : « en dépit d'une littérature abondante, les causes du burn-out restent insuffisamment connues et des efforts de recherche accrus sont nécessaires. »⁶²

Une motivation supplémentaire pour exercer

Malgré un impact négatif clairement exprimé à d'autres moments de l'entretien, deux médecins ne diraient pas que les demandes injustifiées constituent un point noir dans leur pratique, au contraire cela permettrait de la pimenter. En effet, les difficultés peuvent parfois rendre l'exercice plus intéressant et moins routinier. Tout est question de dosage et d'équilibre finalement...

B. Impact sur la vie professionnelle et la relation avec le patient

Risque de dégradation de la qualité d'exercice

Lié au risque de burn-out

Les demandes injustifiées peuvent influencer indirectement sur la qualité du travail fourni de par le risque de désintérêt et de désinvestissement en cas de burn-out. Dans une étude menée dans le Sud-Ouest en 2004, « 42% des médecins généralistes avançaient que l'augmentation des dépenses de santé était une des conséquences du burn-out. Il apparaît que le burn-out dégrade progressivement la relation de soin et donc la capacité décisionnelle du médecin, l'amenant à "lâcher prise" sur certaines prescriptions. »⁶³

Lié au fait d'accéder à tort une requête alors qu'il ne faut pas

En cédant à tort au patient le médecin ne fait pas, a priori, du bon travail. Dans notre étude les médecins le disaient eux-mêmes, ils en ressentaient en général de la culpabilité. Au-delà de l'inconfort légitime généré dans ces situations, l'impact risque de se répercuter en premier lieu sur le patient. L'action entreprise peut lui nuire alors que nous sommes évidemment soumis à la règle du *primum non nocere* d'Hippocrate⁶⁴. L'intérêt du patient doit passer avant tout mais il va être nécessaire de s'interroger sur le réel intérêt du patient, dont le médecin peut parfois être le seul juge lorsque l'on considère certains enjeux médicaux. Cet intérêt n'est pas forcément celui que le patient pense être le bon. Comme le dit E.Galam « Il n'est pas toujours évident qu'accéder à une demande soit forcément utile à celui qui la formule »⁴⁸. B.Junod exposait en 2011 les dangers du « sur-dépistage » en cancérologie, ainsi que du « sur-diagnostic » et des « sur-traitements », qui peuvent en découler⁶⁵.

La qualité de l'exercice médical est un devoir face au patient, mais également face à la société, ce qui est une des difficultés de notre exercice. D'après le manuel d'éthique médicale de la World Medical Association : « Un des moyens dont les médecins disposent pour assumer leur responsabilité en matière de répartition de ressources est d'éviter les pratiques peu économiques et inefficaces, même lorsque les patients le demandent. »⁶⁶

La responsabilité médicale est également incriminée ici comme mentionné par deux médecins. En effet, plusieurs responsabilités peuvent être mises en cause : ordinale (article 8 du CDM⁴) et

pénale en cas de faux certificats⁷. D'après l'étude de C.Vaquin-Villeminey⁶⁷ cette responsabilité est bien plus engagée qu'il y a quelques années, majorant ainsi le stress des médecins. Par ailleurs, la judiciarisation de la médecine générale entraîne la pratique d'une médecine dite « défensive »⁶⁸ dans laquelle le médecin se verra plus souvent prescrire des examens complémentaires ou un recours à un médecin spécialiste, notamment en cas de demande injustifiée. Ceci est évidemment délétère tant pour le patient (iatrogénie) que pour la société (coût)⁶⁹. Il semblerait que cette pratique défensive soit bien réelle alors que la judiciarisation ne le soit pas tant que ça, du moins en France⁷⁰. On est donc en droit de s'interroger sur la légitimité d'accéder à la requête d'un patient par simple peur du risque judiciaire.

Impact positif sur la qualité d'exercice

Façonnage de patientèle

Quatre médecins ont expliqué que les réponses et explications fournies après de telles demandes permettaient un façonnage de leur patientèle. Un médecin soulignait même avoir probablement de moins en moins de demandes grâce à « l'éducation » de ses patients. Dans la thèse de M.Lohti, les médecins disaient également parfois refuser pour « sélectionner » et « recadrer » leur patientèle³².

Remise en question

Parfois, ces refus pouvaient permettre une remise en question du praticien :

- s'interroger sur sa façon de réagir d'un point de vue comportemental dans ces situations, notamment lorsque le rapport avec le patient est compliqué.
- s'interroger sur la légitimité de la réponse : ai-je bien fait ? Le patient n'avait-il pas raison finalement ?

Ces remises en question obligent à prendre du recul et améliorent la pratique quotidienne. Dans son travail sur les plaintes floues récurrentes en médecine générale, A.Diguet a également mis en avant le côté positif de cette remise en question⁷¹.

Pas d'impact : aucune importance apportée à ce sujet

Deux médecins disaient clairement ne pas ressentir d'impact à long terme, ce qui était en congruence avec le reste de leurs entretiens. Ces deux médecins avaient un avis intéressant sur la question, qui étoffe ici un peu nos résultats. Ils ne voyaient pas l'intérêt de réfléchir sur ce sujet. Pour eux, la médecine est un métier technique avant tout, où il est question de diagnostic et de thérapeutique. La pratique médicale pure est déjà suffisamment complexe pour que le médecin aille en plus s'interroger sur ce qui n'appartient pas finalement au fond de la médecine. Cela nous ramène à considérer que la personnalité du médecin entre de façon majeure en jeu dans sa pratique et dans la façon dont il la vit. D.Steinmetz et al tire les mêmes conclusions dans son travail⁵¹. On pouvait discerner au cours des entretiens de ces deux médecins certaines

attitudes paternalistes, entièrement assumées : « c'est moi qui décide, je suis très directif ». Paternalisme qui, à ce jour, peut encore trouver sa légitimité dans certaines circonstances, mais dont l'évolution de la société commence à sérieusement remettre cette notion en question⁷².

Impact sur la relation médecin-patient

Rupture de la relation

Une confrontation ne trouvant pas d'issue peut aller jusqu'à la rupture de la relation⁷³. Il semblerait que les causes de rupture soient différentes en fonction du protagoniste l'initiant. Pour les patients, le refus est loin d'être le motif principal de rupture^{74,75}, alors qu'à l'inverse, les demandes jugées déraisonnables se placent dans les premières positions lorsque c'est le médecin qui rompt le contrat⁷⁵. Nous commençons donc à entrevoir qu'il existe un décalage entre les représentations perçues par le patient d'un côté et par le médecin de l'autre⁷⁶. Nous avons retrouvé cet élément dans notre enquête lorsque certains médecins pensaient perdre un patient suite à un refus, alors qu'à l'inverse il revenait et conservait son médecin traitant.

Pour les médecins, rompre une relation est désagréable et insatisfaisant, en partie car cela sous-entend un problème de communication. Lorsque la rupture est initiée par le patient, elle peut renforcer cette peur de « ne pas être aimé », peur retrouvée dans le travail de C.Delbancult sur les processus de rupture de la relation médecin-patient⁷⁶.

Que l'initiative soit de l'un ou de l'autre des protagonistes, il faut également envisager l'aspect financier de la perte d'un patient, puisque la perte peut s'étendre à la famille ou aux amis⁷³. Dans une revue de la littérature menée par M.Ridd et al, on retrouve que les patients sont sensibles aux opinions de leurs proches⁷⁷. Un médecin l'a souligné dans notre étude, le patient risquant après un refus de raconter à son entourage que le médecin n'a pas été assez compréhensif ou humain. P.Batifoulier explique même que la réputation est une « arme punitive au service du patient »⁷⁸.

Beaucoup de médecins ont cependant souligné que, quand rupture il y avait, elle était vécue sans problème. La principale raison était qu'un médecin ne peut convenir à tout le monde. De plus, le patient reste libre du choix de son médecin comme mentionné dans l'article 6 du code de déontologie⁴. Il doit même faciliter l'exercice de ce droit, son ressenti ne doit donc pas interférer⁴.

Impact en l'absence de rupture de la relation

Il semblerait que pour le motif étudié ici, la rupture de la relation soit un phénomène rare⁷⁶. En dehors de ces cas extrêmes la relation pourra se retrouver influencée de façon variable.

Le plus fréquemment elle ne subit aucun impact notamment lorsque des explications sont fournies ou lorsque la relation pré-existante était bonne. Ceci concorde avec la thèse de J.Arzur explorant le problème du côté du patient. Elle met en évidence que « la réaction du patient après un refus de prescription dépend directement des explications fournies par le médecin

(...); lorsqu'elles sont « bonnes », le refus de prescription n'entraîne pas de modification dans la relation médecin-patient. »⁷⁹

Deux médecins expliquent pouvoir garder une certaine réticence voire une méfiance vis-à-vis du patient après de telles demandes. La relation peut être dégradée durablement voire même à jamais. Or, comme le rappellent D.Paulus et al dans leur étude sur les divergences entre médecins et patients, on sait que la qualité des soins prodigués peut être négativement influencée par une relation insatisfaisante⁵⁶.

Parfois, lorsque le médecin ne cède pas et qu'il l'explique au patient, la relation peut en être renforcée, car le patient verra que le médecin est « sérieux ».

3.1.3. Facteurs influençant le ressenti

Au fur et à mesure de l'analyse, nous avons pu mettre en évidence certains facteurs pouvant influencer sur le ressenti des médecins. Ces facteurs ne faisant l'objet d'aucune question explicite dans la grille d'entretien, ils ne sont donc pas exhaustifs.

A. La personnalité du médecin

Le principal facteur semblait être la personnalité du médecin.

Le fait d'être carré, « directif », voire paternaliste pouvait entraîner une intolérance face à la demande, le médecin étant choqué que l'on se permette de telles demandes. A long terme, sa relation avec le patient pourra être entachée.

A l'inverse, si le médecin a un mode de fonctionnement fondé sur le doute et la culpabilité, dire non peut s'avérer franchement difficile. Cela peut l'être aussi quand le praticien refuse le conflit, ou quand surgit la peur d'être abandonné / plus aimé. Cela dépend beaucoup de la confiance que la personne du médecin a en elle-même.

B. Forme physique et mentale

Selon la forme physique et mentale du médecin, son état de fatigue plus ou moins important, il supportera ces demandes de façon différente, l'impact en sera donc modifié. Dans l'étude de G.Levasseur et al, un lien existerait entre la sensibilité du médecin au caractère non fondé des demandes et le volume d'actes réalisés²⁸.

C. Age et expérience

L'âge et a fortiori l'expérience sembleraient diminuer l'impact sur les médecins, en partie car ils apprendraient à prendre du recul. Cependant, un médecin nous a confié être plus en difficulté qu'avant, supportant moins bien ces demandes.

D. Rapport à l'argent

Un médecin a expliqué que ce rapport complique la façon de gérer ces demandes. Le praticien se sent parfois obligé d'accéder à la demande -au moins en partie- afin de justifier son règlement en fin de consultation. Cela engendre une pression supplémentaire. Il est retrouvé dans la thèse de J.Arzur que certains patients pensent ainsi : « à partir du moment où je paie une consultation, je suis un client et je ne vois pas pourquoi un commerçant refuserait d'accéder au désir de son client. »⁷⁹. De même dans celle de M.Lofti l'aspect mercantile de la relation médecin-patient a été évoqué³². Cependant, cette évocation reste marginale, comme dans notre thèse. Nous pouvons supposer que beaucoup de médecins dépassent cette considération, ou encore qu'il peut être difficile pour eux d'en parler, la relation « médecin-client » restant très décriée⁸⁰.

E. Pression des patients

Il existe également un facteur très important mais qui n'a pas ou très peu été explicité dans les entretiens : les médecins ressentent une pression de la part des patients de façon plus importante qu'elle ne l'est en réalité. Dans une étude anglaise sur l'influence des patients sur la prescription, il ressort que ces derniers surestiment les attentes de leurs patients⁸¹. On pourrait donc penser qu'une proportion de l'impact est lié à leurs représentations de ce que les patients pensent. Comme il a été retrouvé dans la thèse de J.Arzur, 95% des patients estiment que leur médecin peut refuser une prescription⁷⁹. Mieux connaître ce que pensent les patients pourrait permettre de diminuer l'impact sur les praticiens. L'article de P.Little et al affirme même que l'attitude du médecin est prioritairement guidée par son ressenti de la demande, plutôt que par la demande réelle, ce qui peut générer des frais et investigations inutiles⁸².

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de facteurs influençant sur l'impact que nous étudions ici. Cependant, nous voyons qu'ils se calquent aux facteurs influençant la décision, c'est-à-dire aux facteurs de subjectivité.

3.2 Objectif secondaire : les solutions

Après avoir mesuré l'impact de telles demandes sur les médecins généralistes, il nous a paru licite de nous intéresser aux solutions que ces derniers pouvaient proposer. Il va alors être tout aussi important de s'intéresser à la façon de répondre au patient, que de faire un travail sur soi-même et de réfléchir sur sa pratique en général.

3.2.1. Savoir apporter une réponse au patient

Comme l'expliquent plusieurs médecins, il va falloir développer des talents de communication⁸³ surtout lorsque l'on ressent la naissance d'un conflit. En effet, l'absence de

communication empêche le règlement d'un conflit⁸⁴. Soigner la relation médecin patient va donc être primordial. A cette fin, certains médecins rappellent la nécessité d'être empathique⁸⁵, notion développée à maintes reprises depuis Carl Rogers⁸⁶.

3.2.1.1. Considérer la demande et expliquer la décision

A. Reconnaître

Premièrement, il va falloir reconnaître cette demande, puis faire comprendre au patient qu'elle est entendue et comprise, et qu'elle est prise en compte comme le souligne I.Molloy-Massol⁸⁷. Dans son livre sur les conflits dans la relation soignant-soignés, C.Curchod explique que si nous avons la sagesse d'écouter nos patients, bien des tensions pourraient être évitées, et nombre de ces derniers deviendraient « faciles »⁴⁹. Cette reconnaissance peut en partie passer par un travail de reformulation⁴⁸, technique non retrouvée dans notre travail.

B. Comprendre

Ensuite, il va falloir se pencher sur cette demande. Elle peut cacher un autre problème⁸⁸. Faire s'exprimer le patient⁸⁷ sur le but réel de cette demande, sur ses émotions⁷², le solliciter, discuter avec lui sont autant d'actions qui apparaissent primordiales. Une étude parue dans le British Medical Journal souligne que les idées ou inquiétudes autour des symptômes perçus par les patients ne sont généralement pas exprimées⁸⁹. Cependant, selon un médecin de notre étude, tout cela peut représenter une charge de travail supplémentaire, charge de travail pouvant rapidement devenir chronophage et énergivore comme évoqué dans le travail de D-C.Saltman et al⁸⁴.

C. Expliquer

Enfin, et c'est ce que les patients réclament également de plus en plus, et à juste titre, les médecins doivent leur expliquer les raisons motivant la décision finale. La conclusion de la thèse de J.Arzur abonde en ce sens : « ce n'est pas le refus de prescription qui modifie la relation médecin-patient, mais la qualité des explications que le médecin fournit à son patient. »⁷⁹

Les explications doivent se retrouver à plusieurs niveaux :

- expliquer les difficultés de l'exercice médical : les limites imposées par la loi, le problème du manque de temps ou encore le fait que les médecins ne sont ni devins, ni magiciens. Ainsi A.Moreau et al soulignent qu'une des difficultés réside dans le « mythe de la toute-puissance du médecin »²³.
- expliquer le mode de fonctionnement de façon à ce que le patient ne soit pas surpris ultérieurement.
- expliquer les raisons du refus qu'elles soient médicales, selon les conseils de l'étude PAIR⁵⁰, ou non, en s'aidant de recommandations officielles si besoin^{30,33}.

- expliquer pourquoi le oui est choisi, et pourquoi c'est exceptionnel.

Toutes ces explications sont d'autant plus nécessaires si les patients sont angoissés, l'angoisse altérant le jugement ⁴⁹.

Par contre certaines explications telles que les raisons propres d'un retard n'ont pas à être dévoilées. En effet, pour E.Galam dans son livre sur l'erreur médicale, ou encore pour I.Molloy.Masson, il ne faudra pas non plus trop se justifier vis à vis du patient^{85,87}. Il faut garder un certain professionnalisme ce qui implique d'observer une certaine distance.

3.2.1.2. Savoir formuler le « non »

Lorsque le non est décidé, le médecin va devoir mettre les formes³² afin de ne pas opposer un refus trop brutal⁵⁸ qui frustrerait et bloquerait le patient. En fonction des possibilités, il pourra donner une conduite à tenir pour ne pas fermer la porte au patient, que ce soit en rédigeant une ordonnance à utiliser secondairement, des conseils sur l'évolution ou encore la programmation d'une nouvelle consultation. Les études PAAIR et de M.Lofti retrouvent les mêmes propositions^{32,50}.

3.2.1.3. Autres solutions proposées

A. La négociation

Seulement deux médecins ont abordé la notion de négociation. Cela contraste avec beaucoup de travaux effectués sur le sujet où la négociation tient une place importante^{30,32,33,50,73}. Nous ressentons tout de même cette notion à la lecture de plusieurs entretiens, même si cela n'est pas clairement exprimé.

B. La décision : uniquement du ressort du médecin ?

Pour un certain nombre d'entre eux, c'est au médecin seul de diriger et de décider, le patient n'a pas son mot à dire, et surtout n'a pas d'ordre à donner au médecin. Le médecin se place donc en professionnel responsable, mais la limite avec la notion de paternalisme peut parfois être ténue.

Même s'il a parfois été souligné que le médecin doit être ferme et inflexible, il faut de temps en temps savoir « lâcher du lest » en fonction des situations. Il faut tenter de trouver le bon équilibre à chaque situation. La médecine n'étant pas une science exacte, il est donc important que les médecins puissent conserver une certaine liberté d'action.

C. Chercher de l'aide

Enfin, le médecin généraliste n'est pas totalement seul dans sa décision, il a la possibilité de faire appel à un confrère généraliste ou d'une autre spécialité^{32,33,50}. Selon P.Urfalino et al, ces avis sont surtout une aide pour confirmer le refus d'une prescription ou d'une prise en charge⁹⁰

ce qui concorde avec nos recherches. Parfois cela permet aussi comme le souligne un médecin de prendre du temps de réflexion et du recul. Cette sollicitation peut également être un bon moyen de se « débarrasser » du patient comme suggéré dans la thèse de E.Gerbaud et A-C.Julien³³.

D. Solutions non abordées

De nombreuses autres façons de gérer ces situations n'ont pas été abordées (la méthode du disque rayé progressif⁹¹, la manipulation³³, la thérapie cognitivo-comportementale⁹⁰, ou à l'inverse un comportement passif^{32,48}) ; sans doute car les solutions proposées constituent notre objectif secondaire.

3.2.2. Réflexion sur soi-même et sur sa pratique

Le médecin pourra mettre en pratique les notions développées ci-dessus s'il a pris le temps de réfléchir sur lui-même et sur son exercice.

3.2.2.1. Déterminer son mode d'exercice

Tout d'abord, il faut que chacun établisse ses propres règles et soit au clair avec ces dernières, selon ses propres convictions³⁰, mais également selon les recommandations médicales officielles. Plusieurs médecins ont insisté sur cette nécessité d'être cohérent avec soi-même³². Un médecin nous explique se former à des médecines alternatives afin que son travail corresponde mieux à la façon dont elle l'envisage. Déterminer son exercice passe également par le fait de façonner sa patientèle, ce qui se fera de façon naturelle ou réfléchie : en expliquant aux patients à chaque consultation ou encore en laissant une affiche ou un classeur explicatif dans la salle d'attente. Dans leur revue de littérature, M.Ridd et al mettent en avant que la patientèle que le médecin se crée lui ressemble⁷⁷.

Un autre praticien évoque l'idée de développer le salariat pour que l'argent ne soit plus un facteur influençant dans la consultation. Le refus fait l'objet d'une expertise médicale et d'explications nécessitant d'au moins prendre un peu de temps. Dans la thèse d'E.Bontoux, il était proposé entre autre de créer un statut de salarié comme moyen de lutte contre le burn-out⁵⁹.

D'un point de vue plus pratique, il va falloir que chaque médecin réfléchisse à bien organiser son temps, que ce soit en général ou au sein même d'une consultation. Les patients sont de plus en plus exigeants notamment quant à la disponibilité du médecin. Trouver un équilibre entre cette demande et ses propres contraintes personnelles peut passer par un remaniement de son emploi du temps^{33,92}.

3.2.2.2. Prendre du recul

Lorsque nous interrogeons les médecins sur l'aide qu'ils pourraient fournir à un jeune collègue en difficulté, ils conseillaient avant tout de dédramatiser et de relativiser ces situations, idée également avancée par C.Sarrazin dans son étude sur les patients difficiles⁷³. En effet, pour beaucoup cette difficulté est normale et sera même présente tout au long de la carrière du médecin, il va donc être important de savoir prendre du recul. De plus, plusieurs études ont mis en évidence que le médecin a fréquemment une plus mauvaise impression de la consultation que le patient^{93,94}. Cela peut permettre à certains médecins de se rassurer lorsqu'ils pensent qu'une consultation s'est mal passée.

3.2.2.3. Apprivoiser le « non »

Il est également nécessaire d'apprendre à dire ce fameux « non », de le faire sans culpabiliser et ensuite de l'assumer⁷³. Et cela passe en partie par le fait d'apprendre à se faire confiance. On comprend bien donc ici que « simplement dire non » est loin d'être aisé, et pour certaines personnes le travail à fournir afin d'y arriver sereinement n'est pas simple.

3.2.2.4. Travailler autour de son ressenti

Cette solution conforte ici directement l'intérêt de notre thèse. Il s'agit pour les médecins de s'interroger sur leur propre ressenti. Un praticien de notre étude explique procéder ainsi par étape : identifier le sentiment pour ensuite savoir d'où il vient (vient-il de la demande en elle-même ? du contexte général ?) et ainsi pouvoir mieux cibler la zone sur laquelle il va falloir agir.

Lorsqu'une relation devient difficile, il est souvent plus facile d'en faire porter la responsabilité au patient plutôt que d'en rechercher des causes profondes⁴⁹. S'intéresser aux siennes sera alors une réflexion constructive. Les émotions font peur et sont mal acceptées dans notre société. Trop souvent « gérer ses émotions » veut dire arriver à les dompter, à les contrôler, et surtout à ne plus les ressentir. Or, c'est lorsqu'elles sont réprimées, et niées qu'elles vont exercer un contrôle négatif. Ainsi, C.Petitcollin explique dans son livre que « gérer ses émotions » n'implique pas de les refréner et de les combattre mais au contraire, de savoir les accueillir pour pouvoir mieux les canaliser et enfin les contrôler⁹⁵.

A la lecture de divers travaux sur la conduite à tenir face à une demande injustifiée^{32,33,73} cette notion de travail sur le ressenti a très peu été abordée. Elle l'a certainement été bien plus dans notre étude compte tenu de la « mise en condition » opérée préalablement. Dans sa thèse sur les patients difficiles, C.Bouchacourt a évoqué la nécessité de prendre conscience de ses émotions afin d'identifier notamment les phénomènes de contre-transfert⁵⁸.

Par ailleurs, il va être important d'exprimer ces ressentis, de faire un débriefing auprès de confrères, des secrétaires, ou de groupes de pairs. Aucun médecin n'a parlé de groupe Balint,

solution qui est proposée dans plusieurs travaux^{32,33,73}.

3.2.2.5. La place de la formation ?

Dans notre étude, les médecins n'ont pas mentionné la nécessité d'un renforcement de leur formation initiale ou continue, ce qui contraste avec nombre d'études ou articles^{32,33,58}. Selon A.Lemasson et al, « la communication ne s'improvise pas, elle s'apprend »⁹⁶.

4. Perspectives

Rares sont les travaux explorant spécifiquement le ressenti des médecins généralistes face aux demandes injustifiées. Le travail de M.Juillard est celui qui se rapproche le plus du nôtre, mais en étudiant le problème uniquement au travers du ressenti des internes³⁴. Il ne peut donc s'appliquer à l'exercice quotidien du médecin généraliste.

Nos résultats sont parfois incomplets, par exemple, on note l'absence de mention de certains sentiments tels que la frustration ou de certaines solutions telles que la nécessité de la formation. Des études complémentaires, notamment qualitatives paraissent donc utiles afin de mieux cerner le sujet des demandes injustifiées.

Par ailleurs, dans notre échantillon deux médecins disaient ne pas se soucier du tout des demandes injustifiées. Il serait alors intéressant de connaître la proportion de médecins en fonction des divers ressentis.

A partir du moment où l'on considère que la personnalité du médecin entre de façon non négligeable en jeu dans le ressenti et donc dans la décision finale, des travaux exploratoires supplémentaires semblent nécessaires.

Conclusion

Dans la pratique médicale dire non est un exercice quotidien, difficile mais cependant incontournable : les enjeux du médecin, du patient et de la société peuvent être différents, voire radicalement opposés. S'intéresser à ce sujet revient à s'intéresser aux difficultés ressenties par les praticiens.

Au travers de cette étude, nous avons donc pu mettre en évidence que les médecins avaient un ressenti plutôt négatif des demandes injustifiées. Ce ressenti résidait tant dans le fait de ne pas apprécier la demande faite par le patient que dans celui de devoir y répondre. Les médecins ont également souligné le risque de toxicité pour leur exercice et pour eux-mêmes, toxicité pouvant être un facteur précipitant vers le burn-out.

Les solutions proposées pour faire face à ces demandes correspondaient en général à celles mises en avant dans la littérature. L'importance est donnée tant au travail sur soi-même, au « savoir dire non » qu'à la façon de communiquer avec son patient. Toutes ces notions ne sont pas innées, elles s'apprennent certes par l'expérience, mais également par le biais de formations. Dans notre travail, certains médecins ont insisté sur la nécessité de s'interroger sur son propre ressenti pour mieux appréhender ses réactions.

Comme nous l'avons vu, ces difficultés sont parfois d'ordre irrationnel, intimement liées à la personnalité du médecin. Chacun devra alors trouver son propre équilibre. Certains médecins s'interrogeront plus que d'autres, certains auront besoin de multiplier les ressources afin d'améliorer leur travail et leur ressenti quotidien. Ce travail n'a pas pour ambition d'apporter toutes les réponses possibles au problème des demandes injustifiées des patients. Cependant, il aborde le sujet du ressenti, sujet restant trop souvent tabou tout au long du cursus médical. La lecture de notre étude peut permettre de rassurer certains médecins ou tout personnel paramédical. En effet ce sentiment de difficulté et de malaise face aux demandes des patients est partagé par le corps médical, même s'il est peu exprimé.

Cette étude présente un double intérêt :

- permettre au médecin d'agir sur lui-même en prenant conscience de cet impact et ainsi de se protéger de l'épuisement professionnel,
- apporter une piste de réflexion supplémentaire aux pouvoirs publics dans la recherche d'une meilleure efficience du travail médical.

Cependant, d'autres travaux autour du ressenti s'avèrent nécessaires tant ce champ est peu exploré, tout en prenant en compte la personnalité et les besoins de chaque médecin.

Bibliographie

1. Beauchamp.T, Childress.J Les Principes de l'éthique biomédicale. Paris : Les Belles Lettres, 2008, 641p.
2. Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine. Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine. Conseil de l'Europe. Oviedo. 1997.
3. Cerfon.J-F. Conflits d'intérêt dans l'exercice médical. Rapport adopté lors de la cession du CNOM du 8 avril 2011. [En ligne]
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/conflits_interets_avril_2011.pdf
4. Conseil national de l'ordre des médecins. Code de déontologie. 2016. [En ligne]
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
5. Conseil national de l'ordre des médecins. Commentaires du code de déontologie. 2016. [En ligne]
<https://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous>
6. Code de la sécurité sociale. Partie législative. Livre I. Titre VI. Chap II. Section I. Article L.162-2-1.
7. Code Pénal. Partie législative. Livre IV. Titre IV. Chap I. Article 441-7.
8. Palazzolo.J. L'évolution de la relation médecin malade. Cerveau et Psycho. n°18. Nov-Déc2006 ;18:70-75.
9. Code civil. Livre III. Titre III. Sous titre I. Chapitre I. Article 1101.
10. Herzlich.C, Pierret.J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Paris : Payot, 1991, 312p.
11. Portes.L. A la recherche d'une éthique médicale. Du consentement à l'acte médical. Paris : Masson et PUF, 1955, 210p.
12. Pain.B. Module Sciences humaines et sociales. Chap 8 Les relations soignants soignés. Poitiers. 2016.
13. Freidson.E. La profession médicale. Paris : Payot, 1984, 369p.
14. Louzon.C, Salas.D. Justice et Psychiatrie : normes, responsabilité , éthique. Toulouse : Erès,1998, 320p.
15. Tannier.C. Éthique de l'autonomie et relation de soins. Revue hospitalière de France. Janv-fév2013;550:63-66.
16. Rameix.S. Information et consentement des patients : du paternalisme à l'autonomie ? Actualités JuriSanté. 2002;37:12

17. Dreux.C, Ducloux.M, Girona.J et al. Conférence inaugurale du MEDEC. La maturité du patient, une chance pour le système de soins. 2004. [En ligne]
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medec2004_0.pdf
- 18 Association AIDES. 1984. [En ligne] <http://www.aides.org/dossier/aides-en-france>
19. Lecour.D. Dictionnaire de la pensée médicale. Article « assurance maladie. Paris : Puf, 2004, 1296p.
20. Ricot.J. Philosophie et fin de vie. Rennes : Presses de l'EHESP, 2003, 112p.
21. Maslach.C. The client role in staff burnout. J Soc Issues 1978;34:11–24.
22. Mizrahi.T. Getting rid of patients: contradiction in the socialisation of internists to the doctor-patient relationship. Social Health Illness. 1985;7:214–235.
23. Moreau.A, Dédiane.M-C, Sarrassat.L. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Rev Prat Médecine Générale. 2004;18:674-675.
24. Truchot.D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Annales Médico-Psychologiques. 2009;167:422–428.
25. Sajie.R. Exercice de la médecine générale: entre stress et satisfactions Enquête qualitative auprès de 14 médecins généralistes installés en région Rhône-Alpes. Thèse médecine générale. Université Claude-Bernard Lyon I. 2011.
26. Comité Consultatif National d'Éthique. Progrès techniques, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs. Rapport 57. 1999. [En ligne]
<http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis057.pdf>
27. IPSOS Santé. Assurance Maladie. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. 2005. [En ligne]
http://www.tousconcernes.net/ressources/pdf/diaporama_rapport_odonnance_medicaments.pdf
28. Levasseur.G, Schweyer.F-X. Les demandes des patients jugées non fondées par les médecins. Revue du Praticien Médecine Générale 2003;17(603):246-50.
29. Faure.H, Mahy.S, Soudry.A et al. Déterminants de la prescription ou de la non-prescription d'antibiotiques en médecine générale. Médecine Mal Infect. Sep2009;39(9):714–21.
30. Lavillenie-Coeffe.M. La Relation médecin-patient : enquête sur la demande jugée abusive dans la région Poitou-Charentes. Thèse de médecine générale. Université de Poitiers, 2005.
31. Michaut.K. Un aspect de la relation médecin-malade : les demandes refusées en médecine générale. Thèse de médecine générale. Université de Poitiers. 2011.
32. Lofti.M. Un aspect de la relation médecin-malade les refus opposés aux demandes des patients: vécu de ces situations par le médecin généraliste installé et par le remplaçant. Thèse de médecine générale. Université de Paris 6. 2014.

33. Gerbaud.E, Julien.A-C. Déterminants de consultation amenant le Médecin Généraliste à céder à des demandes de prescriptions injustifiées et stratégies de refus. Thèse de médecine générale. Université d'Angers. 2016.
34. M.Juillard. Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. Études quantitatives et qualitatives auprès des internes de médecine générale de Paris V. Thèse de médecine générale. Université de Paris V. 2015.
35. Orzella.L, Chini.F, Rossi.P et al. Physician and patient characteristics associated with prescriptions and costs of drugs in the Lazio region of Italy. Health Policy. 2010;95:236-244.
36. Balint.M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot. 2006. 430p.
37. Letrilliart.L, Bourgeois.I, Vega.A, Cittée.J, Lutsman.M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer 2009;88:106-12.
38. Blanchet.A, Gotman.A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. 2^eéd. Paris : Armand Colin, 2010. 128p.
39. Paillé P, Mucchielli S. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2^eed. Paris: Armand Colin, 2010. 424p.
40. Ferley.J-P, Roche-Bigas.B La souffrance des soignants en Limousin. Observatoire Régional de la Santé du Limousin. Oct 2015 :286.1
41. Fédération hospitalière de France. Sondage "Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés". 2012.
42. Kacenelenbogen.N, Offermans.A-M, Roland.M. Le burn-out des médecins généralistes en Belgique: conséquences sociétales et pistes de solution 2011 ;32(4):413-423.
43. Mouries.R, Galam.E et al. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives. URML Île de France. 2007:15-25 [En ligne] http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
44. Aubin-Auger.I, Mercier.A, Baumann.L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.
45. Alami.S, Desjeux.D, Garabau.I. Les Méthodes Qualitatives. 1^eéd. Paris: PUF;2013. 128p.
46. Letrilliart.L, Bourgeois.I, Vega.A, Cittée.J, Lutsman.M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer 2009;87:74-9.
47. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de démographie médicale. 2016. [En ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
48. Galam.E, Dumas.F-R. Oser dire « non » avec sérénité. La Revue du praticien Médecine

générale. 2007 ;21(788/789) :1079-1080.

49. Curchod.C. Relations soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2009. 222p.

50. Attali.C, Amade-Escot.C, Ghadi.V, Cohen.JM, Pouchain.D. Prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires. PAAIR. Rapport scientifique. Oct2001. 88p. [En ligne]
http://www.medecinegen-creteil.net/wp_creteil/wp-content/uploads/2012/12/PAAIR.pdf

51. Steinmetz.D, Tabenkin. H. The « difficult patient » as perceived by family physicians. Family practice. 2001;18 :495- 500.

52. Kumar.S, Little.P, Britten.N. Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study. BMJ. Jan2003. 18;326(7381):138.

53. Andre.C, Legeron.P. La peur des autres. Paris : Odile Jacob. Juin 1995. 336p.

54. @Drkalee @DrParagliding. Nos aspirations de médecins généralistes, génération 2.0. [En ligne] <http://mggenerationdeuxpointzero.blogspot.fr/2013/06/savoir-dire-non.html>.

55. Piganeau.K. Quand la peur de se tromper vous empêche de dire non à vos patients. Le quotidien du médecin.fr. 2016. [En ligne]
http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2016/11/12/quand-la-peur-de-se-tromper-vous-empêche-de-dire-non-vos-patients_836521 Consulté le 25 janvier 2017.

56. Paulus.D, Marshall.M, Kuenzi.B, Kersnik.J, Glehr.R. Divergences d'opinion entre patients et médecins généralistes. La revue du praticien. Fev2002;16(564)263-265.

57. Vacas.F. Conseil national de l'ordre des médecins. Observatoire pour la sécurité des médecins. 2016. [En ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_integralite_cnom_2015_0.pdf

58. Bouchacourt.C. Les patients «Heartsink» : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale.Thèse de médecine générale. Université Paris 7. 2014.

59. Bontoux.E. Prévalence et facteurs de risque du burn-out chez les médecins généralistes du Gers. Thèse de médecine générale. Université Toulouse III. 2016.

60. Kacenelenbogen.N, Offermans.A-M, Roland.M. Le burn-out des médecins généralistes en Belgique: conséquences sociétales et pistes de solution 2011;32(4):413-423.

61. Guedon.A. Le burn-out du médecin : prévalence et déterminants dans le monde : revue de la littérature. Thèse médecine générale. Université de Rouen. 2016.

62. Dagrada.H, Verbanck.P, Kornreich.C. Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques. Rev Med Brux. 2011;32(4):407-412.

63. Ballester.S, Macovei.D, Puel.C, Soulat.JM. Causes et conséquences de l'épuisement professionnel perçues par les médecins salariés hors structures de soins, vécu professionnel et

prévalence du burn-out via l'échelle Maslach Burnout Inventory : Approche préliminaire. 2004. [En ligne] http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/PR_JM_SOULAT.pdf

64. Hippocrate. Épidémies (I, 5) 410 av. J-C.

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

66. World Medical Association. Manuel d'éthique médicale. 3^{ème} édition. 2015;chap3:65-82.

67. Vaquin-Villeminey.C Prévalence du burn-out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Thèse de médecine générale. Faculté René-Descartes Paris 5. 2007.

68. Galam.E. L'erreur le burn-out et le soignant. Paris : Springer, 2011. 327p.

69. Fasquelle.N. La judiciarisation de la médecine générale et la pratique médicale : vers l'émergence d'une médecine défensive? Thèse de médecine générale. Université de Clermont. 2006.

70. Gribeauval.J-P. Judiciarisation de la médecine : réalité ou idée reçue ? Rev Prescrire. 2011;30(321):536-541.

71. Diguët.A. Plaintes floues récurrentes : perceptions, attitudes et ressentis de médecins généralistes. Thèse de médecine générale. Université de Nantes. 2011.

72. Maizes.V. Setting Limits on Demanding Patients Am Fam Physician. Feb2000;61(3):881-882.

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

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

75. 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(469):661-3.

76. Delbancult.C. Les processus de la rupture de la relation médecin patient en médecine générale. Thèse de médecine générale. Université de Nantes. 2016.

77. 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.

78. Batifoulhier.P. L'interaction médecin-patient: Un examen par la théorie des jeux. SIDESME. 1997 [En ligne] <http://economix.fr/docs/94/SIDESME.pdf>

79. Arzur.J. Le refus de prescription : impact sur la relation médecin-patient. Thèse de médecine générale. Université de Caen. 2011.

80. Schweiger.C. Pourquoi un patient n'est pas un client, Rev Mens Suisse Odontostomatol, 2002;112(12):1277-1278.
81. Britten.N. Ukoumunne.O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. BMJ, 2006;315:1506-10
82. Little.P, Dorward.M, Warner.G, Stephens.K, Senior.J, Moore.M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. BMJ. 2004 Feb;328(7437):444.
83. Richard.C, Lussier.M-T. La communication professionnelle en santé. 2^{ème} Ed. Montréal :ERPI, 2005. 880p.
84. Saltman.D-C, O'Dea.N-A, Kidd.M-R. Conflict management: a primer for doctors in training. Postgrad Med J. 2006;82:9-12.
85. Galam.E. L'erreur le burn-out et le soignant. Paris : Springer, 2011. 327p.
86. Rogers.C. Le développement de la personne. Paris: Dunod, 1998.
87. Molley-Massol.I. Relation Médecin Malade: Enjeux, pièges et opportunités. Courbevoie : DaTaBe Edition, 2007. 131p.
- 88.Gallois.P, Vallee.J-P. La demande exprimée d'emblée par le patient est-elle sa principale, ou sa réelle, préoccupation ? Médecine. 2006;2(1):25-26.
89. Barry.C-A, Bradley.C-P, Britten.N, Stevenson.F-A, Barber.N. Patients'unvoiced agendas in general practice consultations : qualitative study. BMJ 2000;320:1246-50.
90. Urfalino.P, Bonetti.E, Bourgeois.I, Hauray.B, Dalgalarondo.S. Les recommandations à l'aune de la pratique : les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein. Centre de sociologie CNRS-FNSP. URML Poitou-Charentes. 2001.
91. André.C, Lelord.F. Comment gérer les personnalités difficiles.Paris : Odile Jacob. 2000. 374p.
92. Olaya.E et al. Étude des mutations de la médecine générale. Étude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale: enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. URML Rhône-Alpes. 2005. [En ligne] http://education-sante-ra.org/publications/2005/mutations_med_gen.pdf
93. Rashid.A, Forman.W, Jagger.C et al. Consultations in general practice : a comparison of patients'and doctors'satisfaction. BMJ. 1989;299:1015-6.
94. Jung.HP, Wensing.M, Olesen.F, Grol.H Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. Qual Saf Health Care. 2002;11:315-319.
95. Petitcollin.C Émotions, mode d'emploi. Saint-Julien en Genevois : Jouvence ; 2003. 96p.

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

Liste des tableaux et figures

Tableau I : Mot-clés de la bibliographie (p 10)

Tableau II : Caractéristiques des participants (p 14)

Figure I : Compréhension des demandes injustifiées (p 19)

Figure II : Impact sur le médecin (p 26)

Figure III : Impact sur la vie personnelle et professionnelle (p 29)

Figure IV : Impact sur la relation avec le patient (p 32)

Figure V : Facteurs influençant le ressenti (p 34)

Figure VI : Evolution (p 37)

Figure VII : Solutions proposées face aux demandes injustifiées (p 49)

Figure VIII : Principaux résultats (p 50)

Annexe : guide d'entretien

Présentation de la thèse : Bonjour, je suis remplaçante en médecine générale et je réalise ma thèse sur l'impact sur les médecins généralistes des demandes des patients perçues comme injustifiées. Nous allons donc réaliser un entretien que je vais enregistrer sur mon microphone si vous êtes d'accord. Évidemment l'entretien sera anonymisé et modifié si besoin pour maintenir la confidentialité.

Certaines questions vous paraîtront peut-être un peu redondantes, c'est volontaire, le but est d'obtenir un maximum d'informations en explorant tous les coins et recoins.

Dans le Larousse le terme injustifié est défini comme suit : « qui n'est pas justifié ». Dans cette thèse, nous étudierons les demandes des patients qui de prime abord ne vous paraissent pas justifiées.

1- EXEMPLE

Pourriez-vous me donner deux ou trois exemples vécus, des situations où vous avez refusé, et/ou fini par accepter/négocier. Ils serviront de fil directif pour l'entretien mais si d'autres situations plus judicieuses apparaissent, vous pourrez les utiliser.

2 – RESENTI PERSONNEL lors de ces demandes :

- Vous est-il arrivé de dire oui alors que vous ne le souhaitiez pas ? Qu'avez-vous ressenti ? Cela a-t-il perturbé les consultations suivantes ? Comment ? La façon d'appréhender une consultation similaire ? Votre pratique ? Comment ?
- Vous est-il arrivé de dire non ? Qu'avez-vous ressenti ? Cela a-t-il perturbé les consultations suivantes ? Comment ? La façon d'appréhender une consultation similaire ? Votre pratique ? Comment ?

3 - RELATION AVEC LE PATIENT

A partir des exemples que vous m'avez donné ou à partir d'autres, quel impact ont eu ces demandes sur votre relation avec le patient :

- à court terme
- à long terme.

4 – DIFFICULTÉS

A un moment de votre carrière, vous êtes-vous senti en difficulté vis à vis de type de consultations ?

- Si oui, l'êtes-vous toujours ? Pourquoi ? Avez-vous l'impression que cela impacte sur votre satisfaction au travail et personnelle ? Essayez-vous de trouver des solutions ? Comment ?
- Si non, diriez-vous que vous vous sentez à l'aise dans une telle situation ? Quelle stratégie de communication avec le patient vous a aidé ? Quelle stratégie ou réflexion personnelle vous a permis d'avancer ?

5 – ÉVOLUTION

Comment diriez-vous qu'a évolué votre pratique vis à vis de ce genre de situations (par rapport aux études, au début de votre carrière) ?

Y a-t-il des situations que vous ne supportez plus ? Lesquelles ? Ou pour lesquelles vous ne luttez plus ? Que vous arrivez à mieux gérer ? Lesquelles ? Diriez-vous que c'est un point

noir ?

6 – CONSEILS

Que diriez-vous à un jeune médecin qui vous parle de ses difficultés vis à vis des demandes perçues comme injustifiées ?

7 – REMARQUES ÉVENTUELLES

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Merci.

Résumé

Contexte : Au croisement de contraintes de plus en plus strictes encadrant l'exercice médical et de demandes de plus en plus exigeantes de la part des patients, le médecin se retrouve en difficulté.

Objectif : Déterminer l'impact des demandes injustifiées des patients à court et à long terme sur le médecin ainsi que sur la relation médecin-patient. Identifier les solutions proposées par les médecins pour améliorer leur vécu face à ces demandes.

Méthodes : Étude qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes.

Résultats : Les demandes injustifiées apparaissaient dévalorisantes, chronophages et énergivores. Dire non est difficile, il est désagréable de faire face à l'insatisfaction générée chez le patient. Les médecins ressentaient de la culpabilité et un échec de leur communication. A contrario, le fait de réussir à refuser une demande pouvait générer un sentiment de fierté. En cédant, le médecin ne se sentait plus à sa place. Pour certains, il n'y avait aucun impact. La relation avec le patient, bien que souvent non modifiée, pouvait être soit rompue soit dégradée ou valorisée. Ces demandes pouvaient altérer la qualité du travail ou engager la responsabilité du médecin. Elles pouvaient également générer une lassitude voire un risque de burn-out. Les médecins conseillaient de rester cohérent entre la réponse fournie et les règles officielles et principes personnels. Afin de mieux appréhender ces demandes ils arguaient la nécessité de prendre du recul et de s'interroger sur leur ressenti. Enfin, il va falloir considérer le patient : comprendre la demande et ce qu'elle peut dissimuler, expliquer les raisons du refus puis négocier lorsque cela est possible.

Conclusion : Ce sujet étant très subjectif, l'impact semble dépendre en partie de la personnalité du médecin. Mieux se connaître est une des mesures qui permettrait de pallier à la difficulté du « savoir dire non ».

Mots-clés : Médecin généraliste, demande injustifiée, relation médecin patient, ressenti, impact.

Abstract

Back ground : Between more and more strict constraints governing the medical practice and more and more demanding patients, the doctor is facing some difficulties.

Objectives : Determine the impact of the unjustified requests of the patients at short and long-term on the doctor as well as on the doctor-patient relationship. Know the solutions proposed by the doctors to improve their real-life experience in front of those requests.

Methods : We realized a qualitative study discussing in a semi-managed way with twelve general practitioners.

Results : Unjustified requests seemed depreciating, very time-consuming and energy-consuming. Saying no is difficult, it's unpleasant to face the patient's dissatisfaction. The doctors felt guilty and as if they failed regarding their communication. On the contrary, succeeding to deny a request could create pride. By giving up, the doctor did not feel entitled anymore. For some, there was no impact. The doctor-patient relationship could be either broke, weakened, valued or unchanged by the request. Those requests could influence negatively by altering the quality of the work or by engaging the responsibility of the doctor. They could also generate a tiredness, even a risk of burn-out. The doctors advised to stay consistent between the answer, official rules and personal principles. In order to answer better those requests, they advised to stand back and wonder about their feeling. Finally, it's necessary to consider the patient : understand the request and what she can hide, explain the reasons of the denial then negotiate when it is possible.

Conclusion : This subject being very subjective, the impact seems to depend partially on the personality of the doctor. Better know oneself can help to decrease the difficulty of knowing how to « say no ».

Keywords : General practitioner , unjustified requests, doctor-patient relationship, feeling, impact.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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 !