

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. **Récolte des données**
2. **Idées fortes**
3. **Éléments d'acceptation**
 - 3.1. Éléments liés au patient et son contexte
 - 3.2. Éléments liés à l'interaction médecin/patient
 - 3.3. Éléments liés à la position du médecin dans la négociation
4. **Éléments pondérateurs**
 - 4.1. Influence de la communication
 - 4.2. Impact de la relation médecin-patient
 - 4.3. Contexte personnel du médecin
5. **Éléments de refus**
6. **Stratégies de refus**

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. **Biais, limites et critiques de la méthode**
2. **Idées fortes**
3. **Exploration des éléments de justification**
4. **Protection du patient et de la relation**
5. **Construction de la relation de soin**
6. **Conséquences d'une mise à distance difficile**
7. **Limites de la subjectivité du praticien**
8. **Influence des expériences antérieures**
9. **Empathie et représentations sociales du médecin**
10. **Élaboration de la décision : balance bénéfiques/risques**
11. **Contraintes d'organisation et d'accès aux soins**
12. **Éléments liés à la position du médecin dans la négociation**
 - 12.1. Conflits
 - 12.2. Incompétence
 - 12.3. Puniton
13. **Éléments pondérateurs**
14. **Contexte personnel du médecin**
15. **Stratégies de réponse**
16. **Image professionnelle, prise de pouvoir et pouvoir partagé**
17. **Apprendre à dire « non »**
18. **Conclusion**

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

1. **Guide d'entretien**
2. **Entretien avec le Dr 6s**
3. **Entretien avec le Dr 1m**

DETERMINANTS DE CONSULTATION AMENANT LE MEDECIN GENERALISTE A CEDER A DES DEMANDES DE PRESCRIPTIONS INJUSTIFIEES ET STRATEGIES DE REFUS

GERBAUD Elsa et JULIEN Anne-Charlotte

Répartition du travail :

Les entretiens ont été menés en parallèle. Les généralistes sarthois ont été interviewés par Anne Charlotte JULIEN. Les entretiens du Maine-et-Loire ont été menés par Elsa GERBAUD.

Chaque entretien a été analysé deux fois : les analyses des deux étudiantes étaient ensuite comparées et mises en commun. Chacune a donc analysé indépendamment les 19 entretiens.

La rédaction a été effectuée de la même façon, chacune modifiant le texte de l'autre pour aboutir à un écrit commun.

RESUME

Introduction. La médecine collaborative centrée sur le patient nécessite une personnalisation des soins, pouvant induire des prescriptions non conformes à la pratique habituelle du médecin généraliste (MG) et s'écartant des recommandations officielles. Ce travail cherche à comprendre quels éléments amènent les MG à modifier leur pratique sous l'influence des patients et quelles stratégies leur permettent d'éviter des prescriptions jugées injustifiées.

Matériel et Méthode. L'étude était qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés auprès de MG Sarthois et Angevins. Interrogés sur des situations vécues où un patient faisait une demande jugée injustifiée, les MG parlaient de leur ressenti, des déterminants influençant leur décision et de leurs stratégies de réponse. L'analyse s'est faite au fil de l'eau, selon la méthode inductive, avec double codage.

Résultats. De février 2014 à juillet 2015, 19 MG ont été interrogés, 11 femmes et 8 hommes, de 29 à 67 ans, exerçant en milieu urbain, semi-rural ou rural, seuls ou en groupe. Selon la majorité, il existait peu de demandes réellement injustifiées si l'on creusait les éléments contextuels biopsychosociaux. La formulation de la demande influençait leur recherche. Parfois ils cédaient pour négocier, conserver la relation de soin, protéger ou rassurer le patient, ou par principe de précaution. Leur contexte personnel (manque de temps, état de forme) les amenait à céder. Les stratégies de refus utilisaient : explication, négociation, réorientation, recadrage puis maintien ferme du refus avec techniques de découragement. En l'absence de justification et d'intérêt secondaire pour le MG, refuser n'était pas difficile.

Conclusion. Ces résultats correspondent aux données bibliographiques, qu'il s'agisse des principaux éléments de justification, des éléments incitant les MG à céder, ou des stratégies de réponse. Cependant les MG sont insuffisamment formés à la gestion des demandes abusives et aux techniques de communication durant leur cursus universitaire, d'où un vécu difficile de ces situations.

INTRODUCTION

Une relation de qualité entre un médecin généraliste (MG) et son patient est associée à de meilleurs résultats de soins^(1,2). Depuis le début des années 80, la relation paternaliste a laissé progressivement place à une attitude collaborative⁽³⁾ : le patient informé⁽⁴⁾, écouté, est devenu acteur de sa santé, parfois en désaccord avec son MG⁽⁵⁾. Le MG cherche l'équilibre entre recommandations des sociétés savantes et soins personnalisés⁽⁶⁾ prenant en compte les choix du patient. Plusieurs modèles de relation de soin ont été proposés^(7,8). L'approche centrée sur le patient (ACP) proposée par Stewart et Levenstein^(9,10) s'est imposée largement à la Médecine Générale, définissant un schéma de consultation s'intéressant davantage à l'agenda du patient. Son vécu des symptômes, sa vision de la maladie, ses craintes, s'intègrent à la démarche scientifique « anamnèse – examen – investigations – diagnostic » qui structure une consultation médicale « classique ».

Les recommandations médicales basées sur l'Evidence Based Medicine, nécessaires à l'art médical, tendraient à une normalisation des pratiques. Mais elles sont en fait interprétées selon la pratique de chaque MG⁽¹¹⁾ et ajustées à chaque patient^(6,12). Une étude réalisée en 2005 auprès de 7916 femmes souffrant d'infection urinaire⁽¹³⁾ montrait que la prise en charge des cystites était éloignée des recommandations de la HAS dans plus d'un tiers des cas. Une autre étude menée en 2001 auprès de pédiatres américains⁽¹⁴⁾ retrouvait un écart aux recommandations dans la prise en charge de l'asthme dans 39 à 53% des cas. Mais si le jugement du MG semble avoir un rôle prépondérant dans l'application et l'adaptation des recommandations, les préférences du patient ont bien une influence sur la prescription finale^(11,15).

En 2003, sur 1050 MG américains⁽¹⁶⁾, 85% avaient dû au moins une fois négocier avec un patient s'étant préalablement informé sur Internet, et 36% cédaient, totalement ou en partie, aux demandes médicalement inappropriées. Des études américaines^(17,18) suggèrent que l'augmentation de la publicité pharmaceutique majore les demandes des patients ainsi que les prescriptions des MG. Un essai randomisé mené par le Dr Kravitz⁽¹⁹⁾ confirme que les MG peuvent ainsi être amenés à prescrire un traitement dont l'indication leur semble pourtant discutable. S'ils reconnaissent que les médias peuvent être une bonne source d'informations/renseignements^(16,20), ils critiquent la qualité des données souvent incomplètes voire fausses,

sources de confusion⁽²¹⁻²³⁾. Ils estiment que beaucoup de leurs patients n'ont pas les capacités de juger de leur pertinence⁽¹⁶⁾. Certains y voient un nouveau rôle : guider le patient dans ses recherches et l'orienter vers des sites médicaux fiables^(21,22,24). Dans les cas où les MG refusent la prescription, ils constatent un impact négatif sur la durée de la consultation et sur la relation de soin⁽²⁵⁾.

Il apparaît donc qu'un MG peut être amené contre son gré à modifier sa pratique sous l'influence de son patient. Ce travail tente de répondre à la question suivante : Quels sont les déterminants de la consultation qui empêchent le MG de refuser la demande d'un patient, qu'il juge non conforme à sa pratique habituelle ? Puis, seront présentées les stratégies, issues de l'expérience directe des MG, permettant d'éviter une prescription jugée médicalement injustifiée ou inadaptée.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés.

Méthode de recrutement et population cible. La population cible a été recrutée selon la méthode « boule de neige » parmi des MG installés dans le Maine et Loire et la Sarthe (choix géographique motivé par des raisons pratiques et logistiques).

L'échantillonnage s'est voulu en variation maximale. Les critères retenus étaient l'âge (<40ans, 40-55ans, >55ans), le sexe, le lieu d'exercice « urbain » (villes >10.000 habitants) « semi-rural » (villes <10.000 habitants) ou « rural » (villages <5.000 habitants), le mode d'exercice (seul, en groupe). Les MG ont été contactés soit par courrier puis relancés par téléphone 1 à 2 semaines plus tard, soit directement de visu ou par téléphone dans le cas des médecins connus personnellement ou maîtres de stage.

Les entretiens. Chacune s'est attribuée un département (pour des raisons pratiques) les entretiens étant menés en parallèle. Le nombre nécessaire pour arriver à une redondance a été estimé à 30, le but étant d'arriver à saturation des données.

Ces entretiens ont été menés aux cabinets des MG pour la très grande majorité. La condition étant de bien vouloir refuser toute intervention extérieure pendant la séance et de prévoir au moins 45 minutes à 1 heure.

Chaque entretien a été enregistré et retranscrit intégralement. L'autorisation des participants a été recueillie ; ceux-ci ont été assurés de l'anonymisation des données et d'un droit de regard. L'approbation du comité d'éthique a été obtenue.

Le guide d'entretien Il était d'abord demandé au MG d'évoquer une consultation de lombalgie commune aiguë. Il fallait une situation où le patient réclamait un bilan complémentaire (imagerie, éventuellement biologie) et/ou un arrêt de travail, alors que le MG ne s'orientait pas spontanément vers l'une de ces options. Les données montrent que sur une année, plus d'un français sur deux souffre de cette pathologie⁽²⁶⁾ constituant le 8^{ème} diagnostic le plus fréquent en Médecine Générale⁽²⁷⁾. Il était raisonnable de considérer que les MG auraient déjà rencontré cette situation au moins une fois. Cette pathologie paraissait propice à faire apparaître une discordance entre recommandations et pratiques réelles, puisque malgré l'absence de bénéfice de l'imagerie précoce, elle est très souvent prescrite^(28,29).

Les questions ouvertes, à partir du récit, exploraient le ressenti du MG, les déterminants de sa décision sans à priori et ses représentations sur les causes de cette demande qu'il jugeait inappropriée. Ensuite, afin d'élargir au cadre général, il lui était demandé de décrire les types de requêtes les plus difficile à refuser : les « situations à risque de prescription non conforme à ses pratiques habituelles ». Puis étaient explorés les éléments qui le faisaient céder et, enfin, les stratégies qu'il élaborait pour dire non à ses patients.

Deux entretiens-tests ont permis de valider le guide d'entretien et d'évaluer sa pertinence. Les données issues de ces entretiens-tests ont été analysées sans distinction.

Analyse. La première analyse des données a été effectuée au fur et à mesure de la retranscription afin de pouvoir, si nécessaire, réajuster le guide d'entretien. Au 6^{ème} entretien, le guide a été reformulé, abordant non plus uniquement les situations de lombalgies, mais n'importe quelle situation de demande injustifiée. En effet au lieu d'aider les MG, cela les enfermait autour de cette pathologie.

La méthode d'analyse employée a été de type inductive, inspirée par la méthodologie de la théorisation ancrée, prenant comme point de départ les données recueillies dès les premiers entretiens. Il y a eu un double codage. Le processus de validation consistait en une comparaison constante entre les éléments récoltés et les nouvelles données⁽³⁰⁾. Cette méthode permettait ainsi de se détacher d'hypothèses préétablies et autres représentations personnelles, dont le risque aurait été d'orienter l'interprétation.

L'analyse a été contrôlée par une triangulation interne afin d'améliorer sa validité scientifique. Par ailleurs, il était prévu si le besoin s'en faisait sentir, de recontacter les participants afin de leur demander d'explicitier certains passages de leur entretien dont l'interprétation aurait pu prêter à confusion. La répartition des tâches de rédaction n'a été définie qu'une fois le matériel exploité, afin de ne pas fausser le recueil. Chaque partie a été rédigée en parallèle l'une de l'autre, puis les écrits étaient comparés et mis en commun.

RÉSULTATS

1. Récolte des données

L'étude s'est déroulée de février 2014 à juillet 2015. La saturation a été obtenue au sujet des thématiques principales et le recrutement a été stoppé après 19 entretiens. Ont été interrogés 11 femmes et 8 hommes, âgés de 29 à 67 ans. Six exerçaient en milieu urbain, 6 en milieu semi-rural et 7 en milieu rural. La majorité pratiquait en cabinet de groupe sauf 3 qui exerçaient seuls. La durée moyenne des entretiens a été de 36 minutes. Le plus long a duré 64 minutes, le plus court 18 minutes.

2. Idées fortes

Une règle commune ressortait : pour que la demande soit acceptée, il fallait trouver une justification. Le patient devait argumenter sa demande soit sur le plan biomédical, psychosocial ou humain. Si elle n'était pas justifiable côté patient, elle pouvait toutefois l'être côté MG : celui-ci y voyait parfois un autre intérêt. Il pouvait s'agir de la construction de la relation de soin ou du projet médical. L'acceptation pouvait également être un outil de négociation. Enfin, s'il n'y avait aucun élément de justification ni pour le patient, ni pour le MG, la demande était évidemment refusée, souvent sans difficulté.

Selon la majorité des MG, il existait presque toujours une justification à la demande: « *Je ne considère pas qu'il y ait des demandes injustifiées [...] Je pense que les gens ont toujours d'excellentes raisons* » (Dr 1s). Ils rencontraient très peu de demandes réellement injustifiées : « *C'est exceptionnel, exceptionnel* » (Dr 4s). D'après eux, l'exploration des motifs de la demande permettait parfois de la justifier sur le plan biomédical. Dans ce cas la réponse était évidente, mais pouvait être nuancée en fonction des connaissances et/ou des représentations de chacun. Citons le Dr 3s, à propos des demandes de bilans sanguins : « *Je cède pour ceux qui ont plus de trente ans, parce que j'estime qu'il peut y avoir des risques, voilà, le sucre, le cholestérol* ». Les MG étaient donc d'accord avec la demande : l'indication, l'intérêt médical était reconnu. Le Dr 4s résumait : « *A partir du moment où l'indication est correcte, il n'y a pas de raison de refuser* ». Parfois l'indication était moins flagrante mais le MG y voyait un probable bénéfice sur la santé du patient. En l'absence de justification

scientifique, il voulait comprendre le sens de la demande et évaluer l'utilité réelle pour le patient : « *C'est poser vraiment des questions sur les représentations [...] c'est-à-dire que les patients racontent eux « qu'est ce qu'ils pensent qu'ils ont » et d'où ça vient »* (Dr 1s).

Les MG exploraient d'abord les éléments contextuels : comment s'inscrivait la demande dans l'histoire de vie du patient ? « *Il faut reprendre l'histoire en arrière »* (Dr 2s). Le Dr 4m essayait « *de fouiller [...] sur le versant psychologique, sur le versant conflit avec l'employeur...»*.

La peur semblait le motif principal de demande, recherchée en priorité : « *Je demande systématiquement où est la peur »* (Dr 1s). Elle pouvait faire écho à une expérience malheureuse : le Dr 4m, pour une demande de radiographie : « *Parce qu'il y a pépé qui est mort parce qu'il avait des métastases vertébrales partout de son cancer de la prostate »*.

Enfin, la majorité des MG s'accordait sur le fait qu'il n'était pas difficile de refuser une prescription de toute évidence injustifiée : « *Moi je suis ouverte à la discussion mais je céderai pas sur quelque chose avec lequel je suis pas d'accord du tout »* (Dr 7m). Les raisons différaient selon les MG. Soit parce que la prescription demandée était dangereuse pour la santé du patient : « *Je ne prescrirai pas une pilule œstro-progestative à une patiente qui a plus de 35 ans et qui fume [...] je vais me battre là-dessus, du coup j'veis pas lâcher »* (Dr 6s). Soit parce qu'elle était illégale et réprouvée par le MG : « *Comme la loi, c'est complètement interdit de faire un arrêt de travail rétroactif, donc là je ne cède jamais »* (Dr 2m). Soit, enfin, parce que le MG n'y trouvait pas de justification valable : « *Quand vraiment c'est pas justifié, qu'on est sûr qu'on n'est pas passé à côté de quelque chose, et que c'est non, bah, voilà, y a pas de... C'est comme ça et pas autrement »* (Dr 8m).

3. Éléments d'acceptation

3.1. Éléments liés au patient et son contexte

Comme évoqué précédemment, les deux principaux éléments d'acceptation directement liés au patient étaient le contexte de vie, décliné dans toutes ses dimensions, et la peur. D'autres éléments se sont révélés importants, éclairant la demande du patient et y apportant sa justification :

Beaucoup évoquaient l'intensité et le vécu du symptôme, générateur d'une souffrance (physique ou psychique) amplifiée par le contexte de vie dans ses dimensions familiale, professionnelle ou sociale.

La souffrance au travail était fréquemment abordée. Les MG ne pouvaient pas refuser un arrêt lorsque le patient disait « *De toute façon je peux pas y retourner, d'façon mon patron... Je vis un enfer »* (Dr 7s).

Pour plusieurs MG, c'était parfois le rapport bénéfice/risque qui justifiait une demande. Ils expliquaient que le refus pouvait avoir un impact néfaste sur la santé du patient : céder était médicalement moins dangereux que refuser. Le Dr 4s renouvelait un traitement sans consultation : « *Une rupture de traitement chez des patients qui sont extrêmement fragiles, qui ont beaucoup de facteurs de risque, ça peut être dramatique* ». Les MG évoquaient également les contraintes d'organisation et d'accès aux soins. Il s'agissait par exemple du dépannage d'ordonnances de traitements de base (paracétamol) ou de traitements spécialisés (délais de consultations ophtalmologiques extrêmement longs).

Un seul MG a reconnu pouvoir céder pour permettre à son patient de faire face à ses obligations personnelles, le Dr 5m : « *Je suis chanteur et il faut absolument que je retrouve ma voix dans six jours* ».

3.2. Éléments liés à l'interaction médecin/patient

La demande du patient pouvait parfois se justifier sur le plan humain. Plusieurs MG ont ainsi prescrit des arrêts de travail à des patients dont le parent était mourant : « *Elle n'était pas malade. Sur le plan humain, je pensais qu'il fallait qu'elle soit là-bas* » (Dr 10m).

« *Parfois aussi peut-être, j'accepte une demande pour garder la confiance* » (Dr 4m). Dans ces cas, la demande non justifiée était acceptée au bénéfice de la relation médecin-patient. Pour beaucoup de MG, céder contribuait à renforcer la relation soignant-soigné, certaines prises en charge médicales ultérieures se construisant ainsi. C'est le sens de cette phrase du Dr 6s : « *Certaines fois, on est aussi dans le besoin de maintenir l'alliance thérapeutique, avec notre patient* ».

Le besoin de « faire plaisir » était fréquent : « *Moi j'ai cédé dans le but de... en fait de lui faire plaisir.* » (Dr 5m). Le Dr 2m nuancait « *Des fois j'ai envie de faire plaisir et des fois j'ai pas envie de faire plaisir* ».

Plusieurs MG ont abordé le problème des affects, venant biaiser la relation. Soigner ses amis, sa famille, s'identifier à ses patients ou sympathiser, étaient autant d'éléments rendant la mise à distance difficile voire impossible. Dans ces situations, les MG cédaient avec peu de résistance. Le Dr 1m avertissait : « *Ne pas être ami avec ses patients. Ça te permet en plus de refuser. Quand t'es ami, tu plonges* ».

3.3. Éléments liés à la position du médecin dans la négociation

Nombre de MG pouvaient accepter la prescription dans un but de protection du patient, que ce soit d'ordre psychologique ou social. Les exemples étaient multiples : « *Si on le refuse c'est au détriment du patient* » (Dr 6s) ; « *J'ai pas envie de les pénaliser* » (Dr 10m).

Parfois, la prescription devenait un outil de réassurance, lorsque les mots ne suffisaient pas à apaiser la peur. Le MG accédait à la demande de son patient par empathie, « *pour rassurer la personne* » (Dr 3m). Une autre stratégie était très largement utilisée : l'acceptation dans le but de faire passer un message. Céder pour convaincre un patient qu'il est dans l'erreur ou pour gagner autre chose dans la négociation : « *ça nous sert à leur faire prendre conscience qu'ils vont bien [...] On cède à leur demande mais ça nous sert quand même. [...] Ça m'a permis d'aborder autre chose à la consultation suivante. Sur ses désirs de grossesse, sur ses angoisses* » (Dr 9s).

Cependant, dans certaines situations, céder était associé à une sensation d'échec. La situation tournait à l'impasse : « *J'aurais pas dû céder. Mais de toute façon j'avais pas trouvé d'autre solution...* » (Dr 8m). Impasse dans la discussion, le patient restant inflexible (« *Pas du tout réceptif à ce que je lui dis, hermétique* », Dr 4m), ou bien impasse professionnelle, par sentiment d'incompétence du médecin. L'acceptation devenait donc une stratégie d'évitement, pour empêcher l'affrontement et la colère, ou par facilité : « *C'est ou je balance un arrêt, ou alors je les engueule carrément et je les fous dehors* » (Dr 1m).

Certains voulaient confronter le patient aux conséquences de son erreur, avec la volonté de le punir : « *Il m'énerve, tant pis pour lui s'il se tape [...] les effets secondaires, ou... après tout il l'aura voulu* » (Dr 2m).

Hors des rouages de la négociation, quelques MG souhaitaient rentabiliser le temps médical. Ils préféraient s'attarder sur les situations inquiétantes. Pour éviter des consultations jugées inutiles, ils acceptaient de rédiger une ordonnance sans examiner leur patient : « *Si c'est pour une cystite euh... pour prescrire du Monuril euh... Je préfère voir un cas plus grave* » (Dr 7s).

En parallèle, certains reconnaissaient céder sans recherche d'utilité, sans finalité dans le projet de soin. Ils estimaient qu'il n'y avait pas de conséquences, économiques ou médicales, à prescrire (« *C'est pas ça qui va aggraver le budget de la sécu* » Dr 4s ; « *Je leur mets Hélicidine, l'avantage c'est qu'ils peuvent me boire la bouteille* » Dr 9s). Ils se déculpabilisaient, comme le Dr 5s « *Les psy font plein d'arrêts de travail sans se poser la question [...] non, ça me gêne pas ça* ».

Enfin, les notions de conflit d'intérêt et de clientélisme se retrouvaient dans très peu d'entretiens : « *Quelqu'un qui va partir dans une autre patientèle... qui va retourner chez mon confrère je peux céder aussi, y a aussi ces histoires entre guillemets de concurrence* » (Dr 8s).

4. Éléments pondérateurs

Différents facteurs contextuels pouvaient influencer l'attitude et la réponse du MG, modifiant le résultat de la consultation. Bien que ces éléments soient propres à chacun, certaines réponses étaient communes.

4.1. Influence de la communication

Si l'on s'intéressait à la qualité de la communication dans le déroulé de la consultation, il paraissait évident à beaucoup de MG que l'intensité des arguments du patient influençait le résultat de la négociation : « *Ça dépend aussi du discours que j'ai en face* » (Dr 4m) ; « *Pis la force de persuasion de l'autre* » (Dr 2m). Mais deux autres éléments de communication pondéraient la réponse du MG :

Premièrement, la formulation de la demande était primordiale. D'emblée, elle positionnait le MG favorablement ou non, impactant à la fois le déroulé de la consultation et la décision finale : « *Suivant la façon dont c'est demandé aussi, je cède pas de la même façon...* » (Dr 9s). Les demandes injonctives et autoritaires, les « *j'ai droit à* » (Dr 1m) et la « *liste de courses* » (Drs 7m, 8s...) arrivaient en tête des a priori négatifs. Au contraire, si le patient demandait « *gentiment* » (Dr 6m), la prescription était plus facilement acceptée. Plusieurs MG s'interrogeaient sur une possible manipulation par leurs patients qui sauraient comment leur demander (chantage, mise sur le fait accompli) « *Les patients savent ce qu'ils doivent raconter pour que le médecin puisse leur donner ce qu'ils veulent* » (Dr 3s).

L'origine de la demande avait également une importance. Si elle émanait d'un acteur de médecine parallèle, un refus était plus fréquent. « *Les demandes de prescription des... comment dire, des thérapeutes en tous genres, les ostéo-, les naturo-, fascia-, machintructhérapeutes* » incitaient le Dr 6m à refuser. Au sujet des demandes itératives et des patients insistants, la majorité des MG était encline à céder. Le Dr 8s évoquait « *des gens qui essaient de nous... de nous pousser jusqu'à ce qu'à temps qu'ils obtiennent* ». Enfin, face aux patients agressifs, les réponses s'opposaient. Certains cédaient rapidement, d'autres refusaient.

Deuxièmement, le profil du patient avait une incidence sur l'implication et la réponse du MG. Les données des entretiens n'ont pas permis de définir une typologie des « patients qui font céder ». Interrogé sur cette notion, chacun a décrit des représentations différentes. N'ont été citées en commun que deux catégories de patients induisant une plus grande facilité d'acceptation. D'une part, les « psys » (la définition de ce terme

variait selon le MG, recouvrant essentiellement les « anxieux » et les « hypochondriaques ») et d'autre part les patients en situation sociale précaire.

Citons en illustration le Dr 2s, à propos des « psys » : « *Je vais pas leur dire non parce que je sais que s'ils demandent c'est qu'ils sont malades, donc ce sont des malades, ils ne font pas exprès* ». Citons aussi le Dr 1s « *Un contexte psycho-social défailant, ça avec moi ça risque de bien marcher* ».

Notons également que, sans citer de catégorie socioprofessionnelle particulière, ils étaient plusieurs à évoquer leurs patients antipathiques (« *les emmerdeurs* » du Dr 7s).

4.2. Impact de la relation médecin-patient

L'ancienneté et la qualité de la relation installée avec le patient semblait influencer la réponse du MG. Plusieurs se méfiaient des inconnus, auxquels ils refusaient plus. D'autres cédaient plus aux patients connus, car ils avaient confiance : « *Je ferais sans doute pas ça pour un patient que je ne connais pas* » (Dr 10m).

Une minorité a tenu le discours exactement inverse, dont le Dr 5m, au sujet d'antibiotiques « *C'aurait été un patient à moi, je... j'aurais été plus... à l'aise, et plus catégorique [pour refuser]* ».

Cette confiance dans le patient, cette volonté de le laisser évaluer lui-même son état et ses capacités, se retrouvait souvent. « *Y a pas qu'une seule façon de soigner [...] Peut-être que le patient, il est assez bien placé pour savoir comment il doit être soigné* » (Dr 2m). « *Ils ont peut-être raison. Je pars de là, de ce principe-là [...] Cette échographie, je l'aurais pas faite si elle m'avait pas dit « Je pense que c'est un cancer du pancréas » avec l'angoisse que je sentais chez elle* » (Dr 9m).

Pour la majorité des MG, la demande la plus difficile à refuser était l'arrêt de travail. Beaucoup disaient avoir « transgressé » les règles administratives de prescription, comme le Dr 10m « *J'ai donc fait un arrêt de travail. Injustifié. Sur le papier* ». Fallait-il arrêter le patient, et pendant combien de jours ? C'était dans ce cas le malade lui-même qui donnait son avis, en position de décideur. « *Si ils demandent un arrêt, quelque part c'est que c'est peut-être euh... Éventuellement justifié* » (Dr 3m).

4.3. Contexte personnel du médecin

De nombreux MG ont parlé de leur difficulté à conjuguer contraintes d'exercice et contexte personnel. Parmi les éléments contextuels incitant les MG à céder, on pouvait identifier trois notions communes, souvent associées entre elles dans les entretiens : le temps, la vie privée et la difficile gestion de l'incertitude.

Le temps, dans toutes ses composantes, était le principal facteur, cité de façon presque unanime.

La pression du retard arrivait en tête : on cédait plus si on était pressé : « *Quand on a une demi-heure de retard, on n'a pas envie de négocier* » ; « *Il y a du monde qui attend dans la salle d'attente* » (Drs 9s, 7m).

L'instant était une composante citée par la majorité des MG : le moment de la journée, de la semaine, de l'année. « *Le matin je pinaille et le soir je cède plus facilement* » (Dr 9s).

Enfin, beaucoup ont insisté sur la notion de durée : durée de la consultation ou de la journée de travail : « *On a vingt minutes pour réfléchir* » (Dr 9m). Pour beaucoup, « *quand on refuse, ça prend du temps [...] c'est très... chronophage* » (Dr 2m) et « *au fur à mesure [de la journée] la combativité s'étirole un petit peu* » (Dr 7m).

Cette notion était presque systématiquement intriquée avec la fatigue : « *C'est plus fréquent le soir, quand t'es fatiguée* » (Dr 6m). Beaucoup décrivaient une lassitude, parfois intense : « *On baisse les bras* » ; « *C'est qu'ils m'épuisent ! C'est un petit peu de guerre lasse, quoi !* » (Drs 2m, 1m).

L'état de forme modifiait la réponse : « *Si on a la grippe [...] et qu'on a en plus mal à la tête et qu'on a faim [rire] pfff je garantis pas que... que notre pratique va pas être un peu plus expéditive !* » (Dr 2s).

Citons également l'agenda privé, le « *truc perso urgent* » du Dr 2s et de beaucoup d'autres.

De nombreux MG ont abordé la problématique de l'incertitude : la peur des conséquences d'un refus pouvait les inciter à céder. Conséquences médico-légales ou bien principe de précaution : « *Si jamais un jour ou l'autre y a quelque chose, sans avoir la peur du procès effectivement, si vous voulez, euh... ou on ouvre le parapluie* » (Dr 3m). Cette peur pouvant parfois résulter d'une expérience antérieure : « *Je me suis faite avoir une fois [...] en essayant de différer et puis en fait... c'était pas la bonne personne chez qui il fallait différer* » (Dr 9s).

Deux MG ont parlé du poids des habitudes médicales. Pour eux, la constante évolution des connaissances scientifiques, rendant la vérité médicale relative dans le temps, était difficile à appréhender pour les patients. Citons le Dr 8m, pour le dosage du PSA : « *Ils comprennent pas pourquoi on leur a fait tous les ans pendant dix ans, et qu'aujourd'hui, moi, jeune médecin j'arrive, et je leur dis « Non ! Je vais pas le faire ! [...] Hier c'était bon pour vous, et aujourd'hui ça l'est pas* ».

Concernant les éléments incitant au refus, il n'en a été repéré qu'un : le vécu d'une expérience antérieure. Ainsi, lorsqu'ils avaient cédé auparavant et qu'ils l'avaient regretté, les MG s'efforçaient de ne pas réitérer la situation : « *J'aurais dû être encore un peu plus ferme [...] J'essaierai la prochaine fois de...* » (Dr 4s).

5. Éléments de refus

Hormis les situations précédentes où le refus s'imposait, dire non était difficile et mal vécu par beaucoup de MG : « *Moi j'ai beaucoup de mal à leur refuser* » (Dr 10m). S'opposer à son patient, refuser sa demande, « *ce n'est pas toujours évident, c'est dur* » (Dr 3s). Le déroulé de la consultation, le processus de négociation étaient qualifiés ainsi : « *combat* » (Dr 2m), « *me battre* » (Dr 9s), « *corps à corps* » (Dr 1m)...

Le refus permettait d'appuyer le sérieux de leur métier et leur responsabilité dans la prescription : « *On est responsable quand même de nos prescriptions* » (Dr 5s). Le Dr 7s recadrait son patient « *Non ça c'est sur prescription médicale c'est moi qui décide* ». La crédibilité était mise en jeu : « *J'ai refusé ! Bien sûr ! Après c'est la crédibilité du médecin* » (Dr 9m).

D'après le Dr 1s, le refus trouvait une utilité dans la construction de la relation médecin-patient : « *Je suis persuadé ou je me suis persuadé que c'était en ayant une attitude comme ça de résistance entre guillemets à certaines demandes qu'on pouvait acquérir la confiance des patients* ». Pour le Dr 10m, cela participait à l'éducation du patient « *C'est peut-être aussi les aider que de ne pas céder à toutes leurs demandes [...] En disant « Non », j'ai bien conscience qu'on apporte quelque chose* ».

Le refus justifiant le besoin d'autorité, la volonté de garder le pouvoir sur la consultation et le patient, se retrouvaient souvent. « *Parce qu'on est le docteur, on va quand même pas céder* » disait le Dr 2s, en prenant « *un air très très « Doc »»*.

« *Je voudrais que les gens me considèrent comme quelqu'un de sérieux [...] c'est sans doute en lien avec ce désir d'avoir une image de médecin sur lequel on peut compter* » (Dr 1s). Quand une demande portait atteinte à leur représentation du métier, à leur image professionnelle, beaucoup de MG la rejetaient. Pour le Dr 5s, c'était une question d'honneur « *Oh non non !! Ce genre de truc non, on cède pas. Ou alors, pfff on n'est plus médecin, on est un donneur de certificat médical sans conscience et sans honneur* ». D'autres estimaient que leur métier de médecin était clairement mis à mal « *Vous savez je suis pas caissière chez Leclerc* » (Dr 9s). Enfin, quelques MG pouvaient aussi refuser une demande s'ils se sentaient trompés ou manipulés.

Refuser permettait aussi de rompre avec un patient qu'on ne voulait pas prendre en charge : « *«Non» ferme définitif parfois, c'est rare, ce sont souvent pour des patients qu'on n'a pas envie de revoir* » (Dr 2s).

6. Stratégies de refus

La première étape de la démarche des MG consistait donc à comprendre le sens de la demande, « creuser » (Drs 1m, 3s, 2s) pour trouver la justification. Mais parfois, pour les raisons évoquées plus haut, la demande n'était pas justifiable. Voici leurs stratégies de réponse, évitant d'aboutir à la prescription injustifiée.

Le processus de réponse, commun à tous les MG, démarrait par l'explication et l'argumentation. Cela permettait souvent de convaincre, rassurer le patient, sans avoir à céder.

La totalité des MG rejoignait le Dr 8s : « *C'est plutôt d'argumenter, d'expliquer, de communiquer* ». L'argumentaire du MG se référait entre autres à l'examen clinique, l'anatomie, l'histoire naturelle de la maladie, ou encore les recommandations officielles : « *Avoir des gestes rassurants, précis, être un bon examinateur, pour rassurer le patient et éviter de prescrire* » (Dr 9m) ; « *On leur donne les chiffres, on leur dit les recommandations* » (Dr 8m). Ils montraient à leur patient où était son intérêt, sans aboutir à la prescription. Cette démarche leur paraissait inhérente à la profession et participait à l'éducation de leur patient : « *C'est mon métier d'expliquer* » (Dr 2m). Ils expliquaient que cela était « *chronophage* » (Dr 8m) mais nécessaire. Ils précisaient aussi qu'il fallait « *s'adapter* » (Dr 2s) au patient et « *parler un langage compréhensible* » (Dr 4s).

Quand cela ne suffisait pas et que le patient persistait, la négociation était l'étape suivante : « *J'ai vraiment l'impression de passer de mon temps à négocier* » (Dr 6s).

Les MG visaient à obtenir une collaboration avec le patient. Le Dr 3s parlait de « *contrat thérapeutique [...] je cède sans céder complètement quoi, c'est donnant-donnant* ».

Certains acceptaient en imposant leurs conditions, comme le Dr 7m qui, pour une demande de bilan sanguin, prescrivait en contrepartie un dépistage du VIH : « *Je fais en sorte que ça soit un petit peu justifié pour moi aussi, en fait* ». Cela leur permettait de mieux faire accepter le refus : « *Le fait de pouvoir dire oui sur [...] des médicaments qui me paraissent plus anodins, ça me permet de pas avoir d'argument à donner quand je dis non, c'est-à-dire que je dis pas non à tout, donc du coup ils n'essaient même pas de négocier* » (Dr 9s).

L'autre outil de négociation utilisé par la majorité des MG était la temporisation : différer la demande, respecter la hiérarchie des actes diagnostiques ou thérapeutiques. « *On va pas brûler les étapes* » (Dr 3m). Certains proposaient des prescriptions anticipées, en demandant à leur patient de ne prendre le traitement qu'en dernier recours ; « *Je vous prescris l'antibiotique mais si vous voyez que dans 2-3 jours y'a toujours de la toux, y a toujours de la fièvre, bon vous prenez la prescription* » (Dr 5m).

D'autres MG proposaient « une alternative » (Dr 4s) : « *J'explique en disant que je pense qu'on peut faire autrement, et puis je propose d'autres solutions* » (Dr 10m).

Le troisième élément stratégique était la réorientation. Il s'agissait soit de réorienter la demande, vers une autre prescription plus adaptée ; soit de réorienter le patient, vers un confrère ou un paramédical.

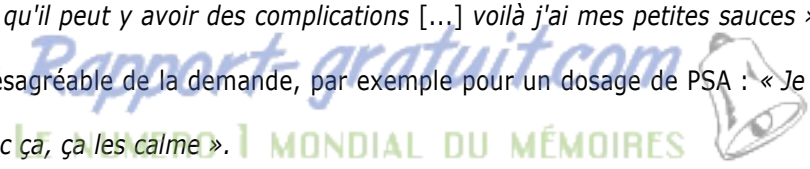
Dans la première situation, les MG estimaient que la prescription demandée par le patient ne correspondait pas au vrai problème médical. Dans leurs exemples, il était surtout question d'une souffrance psychologique, masquée par des demandes d'arrêt de travail ou de kinésithérapie : « *J'essaye, je dis carrément que pour moi la pathologie elle est d'origine psychologique* » (Dr 2s).

Dans la seconde situation, les MG pouvaient réorienter le patient vers un autre professionnel, dans le but parfois de trouver un allié qui renforcerait le refus. Le Dr 9m justifiait : « *Ça permet d'être à plusieurs, pour convaincre le patient que ça va peut-être pas être possible* ».

Parfois, il s'agissait plutôt de réorienter pour se libérer d'une demande, de « *botter en touche* » (Drs 2m, 2s, 7s, 7m). C'était le cas du Dr 8s, réorientant vers le pharmacien au sujet d'un sirop antitussif non soumis à prescription « *Je me décharge sur le pharmacien...* ». Plusieurs se justifiaient par leur limite de compétence : « *Il y a quelque chose à faire [...] Mes limites sont atteintes donc il faut que j'adresse à un confrère* » (Dr 7m).

Dans certains cas, la négociation n'aboutissait pas. Les MG maintenaient leur refus, recadrant leur patient, parfois avec humour : « *Mais Mme Machin, j'avais pas noté que vous aviez fait des études de médecine !* » (Dr 2m). Ils posaient aussi leurs limites, en terme de compétences médicales : « *Je ne prescris jamais de renouvellement d'homéopathie* » (Dr 1s).

Parfois, ils cherchaient à décourager leur patient. Quelques uns, à l'instar du Dr 5s, signaient la prescription sans accepter son remboursement: « *Je mets « NR » à côté, non remboursable [silence]. Parce que j'ai pas envie qu'ils soient remboursés puisque cet examen est inutile pour moi* ». Certains essayaient de responsabiliser leur patient. D'autres avaient recours à la législation, pour refuser des arrêts de travail ou certificats injustifiés : « *Je dis le mot : faire un faux, « J'ai pas le droit de faire un faux* » (Dr 2m). Certains, à l'extrême, cherchaient à faire peur à leur patient, comme le Dr 9s « *Pour les anti-inflammatoires, je leur dis que c'est pas anodin [...] qu'il peut y avoir des complications [...] voilà j'ai mes petites sauces* ». Le Dr 4m insistait sur la contrepartie désagréable de la demande, par exemple pour un dosage de PSA : « *Je lui dis [...] qu'il faut un toucher rectal donc ça, ça les calme* ».



Quelques uns ont confié mentir à leur patient, en trichant ou en les manipulant : « *J'avais changé son traitement anti hypertenseur sauf qu'en fait j'avais pas changé la molécule* » ; « *En fait je les manipule ! [...] Tu peux pas faire autrement. Il faut les manipuler mais il faut pas qu'ils se sentent manipulés !* » (Drs 8s et 4m).

Beaucoup de MG ont évoqué l'importance de fixer un cadre éducatif aux patients pour faire accepter le refus. Cela s'inscrivait dans la durée de la relation et la connaissance du fonctionnement du médecin : « *Je pense que petit à petit nos patients ils nous connaissent, donc [...] il y a certaines choses sur lesquelles c'est pas la peine qu'ils reviennent parce que de tout façon on lâchera pas [...] ça dépend de notre exercice, ça dépend de nos patients, de comment on les a éduqués* » (Dr 6s).

Pour certains, l'existence d'une relation de confiance limitait les demandes injustifiées : « *Les gens nous connaissent, donc ils ont confiance en nous, ils ont moins de demandes [injustifiées]* » (Dr 6m).

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Biais, limites et critiques de la méthode

Le choix d'interroger des MG sur leurs prescriptions hors recommandations, leur non respect des règles de prescription (scientifiques ou administratives) a pu entraîner un biais de désirabilité. On peut penser qu'ils souhaitaient montrer une « bonne image » d'eux, s'interdisant de parler des situations préjudiciables. Ces MG étaient pour un tiers d'entre eux connus dans le cadre de nos études (maitres de stage) ou par nos relations personnelles. Les autres, contactés par courrier et relancés téléphoniquement, ont participé parce que le sujet les intéressait. Il y a donc un biais de sélection des participants.

Lors du recrutement, beaucoup ont refusé en expliquant que cela ne leur semblait pas intéressant. Un MG nous a même presque raccroché au nez après avoir répondu « *Non, moi je ne cède jamais, donc il n'y a pas matière à faire un entretien* ». Le second motif de refus était la durée prévisible de l'entretien. Beaucoup ont décliné nos sollicitations en disant qu'ils n'avaient pas autant de temps à nous consacrer. Ces deux éléments expliquent probablement la difficulté de recrutement.

Le travail a été mené dans deux départements à faible démographie médicale. Cela a peut-être impacté le recrutement, ceux qui étaient « surbookés » n'ayant pas accepté de participer. Cela peut aussi expliquer les idées exprimées sur le contexte personnel des MG (facteur temps, lassitude...). De par la méthode utilisée, ces résultats non extrapolables, ne reflètent que les propos des MG concernés par les entretiens.

Le troisième biais identifié est celui de l'inexpérience : le peu de formation particulière aux entretiens semi-dirigés, la difficulté de ne pas orienter les réponses et de ne pas suggérer, ont pu influencer péjorativement la qualité des entretiens. Mais l'analyse « au fil de l'eau » a permis de travailler sur la qualité des techniques d'entretien pour affiner les relances et améliorer le guide. De plus, le recueil s'est effectué sur une longue période, permettant une prise de recul sur le travail. L'autre intérêt de l'analyse pratiquée au fur et à mesure a été de repérer certaines notions problématiques qui ont pu être explicitées et approfondies dans les entretiens ultérieurs. Enfin, la triangulation de l'analyse des données a pu limiter la subjectivité au maximum.

2. Idées fortes

La majorité des MG estimait qu'il y avait très peu de demandes réellement injustifiées. Pour eux, ces demandes se justifiaient si l'on explorait les raisons qui les motivaient, pour peu que l'on axe l'entretien sur la dimension psychosociale et le contexte de vie du patient. Ils estimaient que des éléments contextuels psychosociaux, humains ou environnementaux, pouvaient apporter une réelle justification à certaines demandes. En parallèle, ils éprouvaient peu ou aucune difficulté à refuser une prescription si celle-ci leur paraissait injustifiable. La formulation de la demande semblait les influencer dans leur quête d'éléments de justification. Leur contexte personnel (manque de temps, état de forme) pouvait les amener à céder. Leur conception de leur métier, leur positionnement dans la relation de soin ainsi que leur degré d'empathie/sympathie envers leurs patients jouaient incontestablement dans le processus décisionnel. Par ailleurs, les MG mettaient en place des stratégies communes de refus : explication/argumentation, négociation (recherche de compromis, temporisation), réorientation (du patient ou du problème posé), recadrage et maintien ferme du refus avec techniques de découragement voire manipulation en dernier recours.

La définition retenue d'une demande non justifiée est la suivante : il s'agit d'une demande de prescription non conforme aux recommandations médicales en vigueur et/ou qui ne correspond pas à la manière du MG de pratiquer la médecine. Cela permet de prendre en compte la subjectivité du praticien et la nécessité de personnaliser le projet de soin selon chaque patient. Il est donc possible qu'une même demande puisse être qualifiée différemment d'un MG à l'autre, selon ses référentiels et son expérience, mais cela peut également être le cas pour un même MG, selon ses contraintes et le contexte immédiat de sa consultation. Il serait intéressant de s'interroger sur l'adaptation et l'adaptabilité des recommandations officielles, souvent considérées comme un idéal normatif alors qu'elles devraient être un guide, un repère pour la pratique⁽³¹⁾. S'agit-il des prescriptions des MG qui ne sont pas conformes aux recommandations, ou des recommandations qui ne sont pas conformes aux prescriptions des MG, comme s'interroge l'équipe du CNRS⁽³¹⁾?

Selon une étude du Centre de sociologie et de démographie médicales⁽³²⁾, plus de la moitié des MG estiment être en difficulté avec les exigences de leurs patients. Ce chiffre semble plus élevé chez les spécialistes en soins secondaires. Dans notre travail (bien que non quantitatif), les MG disent au contraire qu'il leur est peu difficile d'opposer leur refus aux exigences totalement injustifiées. Cela s'explique probablement par le fait que les définitions diffèrent. Nos MG ne jugeaient une demande injustifiée qu'après avoir approfondi et exploré les

raisons motivant le patient. Ainsi, il reste peu de demandes réellement non justifiées, celles-ci devenant bien plus faciles à refuser, car ils étaient convaincus de l'indication du refus. Cependant, cette exploration du contexte nécessite une disponibilité intellectuelle et matérielle qui fait parfois défaut au MG, pour peu que ce patient arrive en fin de journée en pleine épidémie de grippe !

Concernant les demandes justifiables par le contexte psychosocial du patient, on voit que les impressions, les représentations du MG sont un facteur déterminant de la prescription. Dans le cas d'un arrêt de travail, c'est la « légitimité ressentie » de la demande⁽³³⁾ qui poussera à la prescription. Parfois même, les représentations du MG génèrent un décalage : il y a malentendu entre attentes supposées par le MG et attentes réelles du patient. Dans l'article « Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? »⁽³⁴⁾ les MG prescrivent des antibiotiques parce qu'ils surestiment la demande des patients. De même, il peut y avoir inadéquation entre la pression des patients et la pression ressentie par les MG. L'article « Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care »⁽³⁵⁾ 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 inutiles.

3. Exploration des éléments de justification

Les principaux éléments de justification des demandes des patients étaient la peur et le contexte de vie, modifiant le vécu du symptôme et majorant la souffrance. Les MG prenaient en compte la globalité de l'histoire de vie, personnelle et familiale du patient, son environnement professionnel et ses représentations.

Lorsque la demande n'était pas justifiée, mais que les MG n'y étaient pas formellement opposés, les principaux éléments qui amenaient à accepter étaient (i) la négociation, dans le but d'établir un compromis, (ii) la volonté de protéger la relation de soin et/ou de faire plaisir au patient, (iii) la protection psychosociale du patient, (iv) la réassurance du patient, (v) le principe de précaution (crainte de méconnaître une pathologie grave, peur d'une complication) et (vi) la dangerosité biomédicale d'un refus. En parallèle, beaucoup cédaient lorsque la négociation échouait, pour se débarrasser d'un patient ou d'un problème. Le contexte du MG, classé comme un élément pondérateur puisqu'il pouvait à la fois orienter vers l'acceptation ou vers le refus, était évoqué presque à l'unanimité. Deux MG avaient une opinion différente. L'un estimait qu'il était nécessaire de refuser pour poser des limites, l'autre expliquait avoir une organisation de son travail lui permettant de faire revenir ses patients et de prendre le temps qu'il fallait pour expliciter les demandes.

Ces résultats rejoignent en partie ceux de l'étude « Les recommandations à l'aune de la pratique : les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein »⁽³¹⁾ où l'angoisse des patientes était le motif principal de demandes de mammographies trop précoces ou trop rapprochées par rapport aux recommandations de dépistage. Les MG y expliquaient qu'il était de leur devoir de répondre à l'inquiétude de leurs patientes. Ils évoquaient également le principe de précaution. Mais beaucoup ajoutaient que s'ils refusaient, un autre médecin ferait cette prescription de toute façon, ce qui n'a été amené que par 2 MG dans notre travail. Cela s'explique par le contexte particulier du cancer du sein, qui n'est pas anodin puisque ce sont souvent les femmes elles-mêmes qui sont à l'origine du diagnostic de leur cancer. De plus, dans un autre contexte, l'argument « un autre le fera » pourrait s'apparenter à du clientélisme, position très peu retrouvée dans nos entretiens, probablement à cause de la faible démographie médicale de nos deux départements.

Dans l'article de S. Kumar⁽³⁴⁾, les 4 raisons principales étaient (i) le principe de précaution, justifié par l'importance des symptômes et par le contexte personnel du patient, (ii) le contexte du MG, notamment le facteur temps (surmenage, retard) amenant parfois à la prescription de facilité, (iii) la protection de la relation médecin-patient, et (iv) la « satisfaction générale » du MG. Les trois premières raisons sont également celles que nous avons retrouvées. Les auteurs insistaient sur le fait que le maintien de la relation médecin-patient n'était pas la raison principale, ce que nous retrouvons également. Quant à la notion de « satisfaction générale » explicitée dans l'article comme celle d'un MG à l'aise avec ses prescriptions, ayant l'impression d'avoir déjà réduit considérablement le recours aux antibiotiques, elle n'a pas été exprimée en tant que telle dans nos entretiens, mais se retrouve au travers de notions telles que le sentiment de bien faire son travail, le sérieux et la responsabilité des prescriptions. Cependant, nos MG étaient plus nombreux à aborder le sujet dans l'autre sens, en exprimant plutôt leur insatisfaction liée au fait de céder (mécontentement, frustration, culpabilité).

Cette « satisfaction générale » pourrait également évoquer une banalisation de la prescription, avancée par plusieurs MG dans nos entretiens. Banalisation liée au coût de la prescription, jugé minime, ou à son absence apparente de conséquences délétères sur la santé du patient. Plusieurs MG expliquaient qu'ils se déculpabilisaient ainsi. Mais considéraient-ils réellement cela comme un élément banal ou bien était-ce leur façon de détourner, de masquer leur échec ? Le Dr 4m s'approchait de cette explication, disant qu'il cherchait toujours un côté positif aux prescriptions qu'on lui demandait, pour se préserver et garder « *l'esprit tranquille !* ». Un article de la revue MINERVA sur la prescription d'antibiotiques en cas d'infection aigüe respiratoire chez les enfants⁽³⁶⁾ fait ressortir l'idée que, devant l'incertitude du diagnostic, les MG considèrent que la prescription inutile d'antibiotiques ne constitue pas une erreur professionnelle et que leur intégrité

professionnelle peut être gravement menacée s'ils passent à côté d'une infection sévère. On peut penser que dans certaines situations, ils préfèrent privilégier le principe de précaution, peut-être au détriment d'une pratique plus efficiente.

4. Protection du patient et de la relation

A propos de la protection de la relation de soin, le besoin de « faire plaisir » a été fréquemment évoqué, rejoignant cette idée, mais interrogeant également sur une participation narcissique : s'agissait-il réellement de faire plaisir au patient, ou au MG ? Questionnés sur ce point, ils étaient malheureusement assez imprécis dans leur réponse, malgré notre insistance. On pourrait y opposer cette phrase du Dr E. Galam : « *Etre médecin n'est pas synonyme de gentillesse. Nous ne sommes pas tenus de rendre service systématiquement* »⁽³⁷⁾. La difficulté du refus et le fait que les situations de refus soient mal vécues pourraient rejoindre cette envie de faire plaisir, venant se mélanger à la volonté de protection du patient. De plus, on suppose une possible identification du MG face à un patient en situation de souffrance. On pourrait également s'interroger sur la naissance de la vocation des médecins et des professionnels de santé en général. Le choix d'un métier de soin s'expliquant parfois par une histoire personnelle, une attention particulière aux besoins d'autrui induisant un phénomène de parentification, le « *caregiving compulsif* »⁽³⁸⁾.

La peur de détériorer la relation de soin et la perte de temps occasionnée par un refus sont les deux éléments d'acceptation retrouvés dans plusieurs études^(12,16,39) montrant qu'une partie des arrêts de travaux prescrits malgré l'absence de signes cliniques sont justifiés par la volonté du MG de protéger la relation thérapeutique, ou bien par la peur du conflit.

Dans l'étude PAAIR⁽¹²⁾, la qualité de la relation médecin-patient influençait la décision de prescription. Cependant, l'analyse des données ne pouvait pas permettre de prévoir la décision médicale en fonction de la relation médecin-malade, cette variable ne pouvant pas être utilisée à but prédictif. Ainsi, l'ancienneté de la relation n'était pas plus associée à une prescription plus ou moins fréquente qu'une relation conflictuelle ou occasionnelle. Deux phénomènes opposés se retrouvaient : dans certaines situations, le MG ne voulait pas altérer la relation de soin pour la simple question d'une prescription d'antibiotique et cédait. Dans d'autres situations, la bonne qualité de la relation et la confiance installée permettaient au MG de convaincre son patient de l'inutilité de la prescription. Ces résultats correspondent à notre travail.

5. Construction de la relation de soin

Il a été démontré qu'une bonne communication est un outil clinique, une compétence médicale de base permettant d'obtenir une meilleure qualité de santé du patient, un meilleur taux de satisfaction du patient comme du médecin, sans alourdir la durée de consultation^(2,7).

L'ancienneté de la relation de soin permet une meilleure connaissance du patient (conditions familiales, professionnelles, croyances, histoire de vie) et cette compréhension enrichit l'interaction thérapeutique⁽²⁾. L'ACP est une démarche s'intéressant prioritairement au ressenti et au vécu du patient, sans négliger pour autant « l'agenda du médecin »^(9,10), position adoptée par beaucoup des MG interrogés dans notre travail. La pratique de ces MG jongle ainsi entre une médecine factuelle, l'EBM, sur laquelle se basent les recommandations, et une approche beaucoup plus contextuelle, transdisciplinaire, bio-psycho-sociale⁽⁴⁰⁾ centrée sur la rencontre médecin-patient et sur l'autonomie du patient.

Il paraît cependant utile que le MG puisse passer d'une position à l'autre selon les circonstances cliniques. Tantôt expert en charge, décideur et directeur, lors d'une situation aiguë et grave ; tantôt partenaire ou facilitateur, dans le suivi de maladie chronique⁽⁴¹⁾.

Nos MG se défendaient d'adopter une attitude paternaliste dans leur façon de mener leurs consultations. Pourtant, la pratique qu'il décrivaient pouvait s'en rapprocher, mais d'une façon plus humaniste, plus proche de « l'encadrement bienveillant » décrit en 2012 qui relance le débat sur le besoin de certains patients d'une guidance, sans s'opposer au principe d'autonomie^(42,43).

6. Conséquences d'une mise à distance difficile

A propos de l'importance de la relation médecin-patient dans la décision de prescription, la question de soigner ses proches soulève beaucoup d'interrogations. Étonnamment, ce sujet a été peu abordé durant nos entretiens. Le guide d'entretien n'évoquait pas cette question et très peu de MG en ont parlé spontanément. Pourtant, cet élément semble primordial : trop connaître son patient peut faire céder à certaines demandes (« Pourquoi les patients changent de médecin traitant : Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-et-Loire »⁽⁴⁴⁾ A. Feuillet). S'occuper de ses amis, sa famille, s'identifier à ses patients ou sympathiser : ces éléments d'acceptation étaient attendus et logiques. Mais la perte de neutralité dans la relation empêche le MG d'agir en toute impartialité. Il ne s'agit plus d'une relation médecin-patient, mais d'un lien d'affectivité, qui risque de faire obstacle au bon déroulement des soins. Qu'il s'agisse d'une sous-estimation de la gravité des

symptômes ou, au contraire d'une prise en charge paraclinique trop active. Selon la thèse de P. Dagnicourt « Soigner ses proches, une attitude à raisonner »⁽⁴⁵⁾, soigner ses proches peut d'une part conduire à des soins insuffisants ou inadaptés, et d'autre part, peut avoir un effet délétère sur la relation affective. En effet, les MG qu'elle interrogeait expliquaient avoir facilement peur de passer à côté d'une pathologie grave. Ils étaient beaucoup plus contaminés par l'inquiétude de leurs proches. Mais globalement, hormis les situations d'inquiétude, ils prescrivaient moins d'exams complémentaires, adoptant une attitude plus attentiste.

7. Limites de la subjectivité du praticien

La problématique des arrêts de travail a très souvent été abordée dans nos entretiens, demande la plus difficile à refuser pour la majorité des MG. Qu'il s'agisse de douleurs physiques, souffrance au travail ou « raisons familiales », il y a peu d'outils d'aide à la prescription d'un arrêt de travail et le MG peut être en difficulté pour évaluer son indication et sa durée. Mais cette absence de recommandation lui laisse un espace de liberté primordial. Cette notion était d'ailleurs retrouvée chez l'un des MG qui a approfondi ce sujet. Selon l'ANAES⁽⁴⁶⁾ « La décision de prescrire un arrêt de travail est soumise à un processus d'évaluation complexe de l'aptitude au travail, des bénéfices et des risques liés à l'arrêt du travail. Le repos doit être envisagé et prescrit comme une mesure thérapeutique car le maintien au travail peut être responsable de l'aggravation de l'état du patient ». L'article 8 du Code de Déontologie Médicale affirme la liberté de prescription du MG selon ce qu'il estime le plus approprié⁽⁴⁷⁾. Citons la bloggeuse Jaddo qui aborde régulièrement cette question dans ses billets : « Quelle légitimité j'ai, moi, moi-être-humain avec mes propres limites, ma propre histoire, mes propres forces et mes propres failles, à décider de ce qui est ou pas une situation de travail intolérable ? »⁽⁴⁸⁾.

8. Influence des expériences antérieures

Le vécu d'une expérience antérieure avait une grande influence sur la décision du MG, pouvant aussi bien l'amener à accepter qu'à refuser. Celui-ci pouvait se méfier, se fermer s'il lui était arrivé par le passé d'être trompé par un patient. Mais s'il était passé à côté d'un diagnostic grave, il avait tendance à accepter par « principe de précaution » les fois suivantes. On peut tout de même se demander si les MG ne sont pas davantage dans la volonté de rendre service à leurs patients que dans la peur de se faire manipuler. Si quelques uns ont abordé leur crainte d'une tromperie de la part de leur patient, beaucoup ont expliqué qu'ils n'avaient pas de moyen de s'assurer de la réalité des propos de leur patient, et qu'ils n'en avaient pas la

volonté. Leur rôle étant de croire leur patient dans l'expression de ses souffrances. (« *Il faut croire les patients* » Drs 1s, 2m, 4s, 9m).

9. Empathie et représentations sociales du médecin

L'arrêt pour souffrance au travail, rapporté par plusieurs MG, a été étudié dans la thèse de M.Balzani⁽³³⁾, qui explorait les représentations des MG sur la prescription d'arrêts de travail. Concernant la sphère professionnelle, les participants n'évoquaient aucune difficulté à prescrire un arrêt dans les situations de « *harcèlement professionnel* » ou de « *conditions de travail extrêmement pénibles* ». Les professions soumises à l'autorité de la hiérarchie ou avec une pénibilité physique étaient jugées potentiellement délétères pour l'individu. Dans notre travail, quelques MG évoquaient de la même façon les professions ouvrières (domaine de l'agriculture ou du bâtiment) et les milieux modestes, patientèle envers qui ils éprouvaient une « *attirance* », une « *empathie* » (Dr 1m). Beaucoup ont évoqué leur conception d'une mission de protection du patient. Cette notion trouvait son fondement dans les représentations et l'histoire personnelle du médecin. Le Dr 1m s'identifiait à ses patients de milieu modeste. Le Dr 4s utilisait la notion de « *charité chrétienne* » pour justifier ses prescriptions. L'origine sociale de ces deux MG avait une influence manifeste sur leur attitude envers ces patients. De manière générale, les représentations des MG à propos des patients avaient une incidence sur leur implication et leur réponse médicale. Beaucoup ont évoqué les « *psy* », mais ce terme avait une signification qui variait selon le MG. De même, ils étaient beaucoup à évoquer les situations sociales précaires. On peut penser que ces catégories de patients faisaient l'unanimité parce qu'elles amenaient les MG à éprouver de l'empathie. Citons à ce propos un extrait du guide de ressource ministériel canadien sur la communication⁽⁷⁾ : « *L'empathie consiste en l'appréciation, la compréhension et l'acceptation de l'état émotif d'autrui. Dans le cadre de la relation patient-médecin, l'empathie facilite le partage de l'information au sujet de la maladie en cause. Le médecin qui fait preuve d'empathie réussira à évaluer correctement l'état émotif du patient. Il lui fera sentir qu'il est réellement à l'écoute, que les émotions qu'il ressent sont tout à fait acceptables et qu'il est sensible à sa situation* ».

10. Élaboration de la décision : balance bénéfiques/risques

Plusieurs MG acceptaient une demande après évaluation du rapport bénéfice/risque, afin d'éviter un impact néfaste sur la santé du patient (ou d'aggraver la situation médicale/psychique du patient). Cette volonté

de ne pas nuire au patient évoque le premier des quatre principes fondamentaux d'Hippocrate, « *primum non nocere* », élément capital de l'exercice médical. Selon la revue Prescrire⁽⁴⁹⁾, pour estimer au plus juste la balance bénéfique/risque d'une intervention chez chaque patient, il est nécessaire d'avoir connaissance de la situation du patient, de son cadre de vie. Le contexte personnel du patient doit être intégré à l'élaboration de la décision biomédicale. Il faut également une confrontation entre l'évaluation subjective de chaque MG et la balance bénéfices/risques : « *Il s'agit alors de prendre une décision pour une personne précise et avec elle, en tenant compte, non seulement des données de l'évaluation des interventions médicales au niveau collectif, mais aussi des caractéristiques de la personne et du contexte, notamment médico-social. En se méfiant de l'interprétation subjective que peut faire le soignant des données de l'évaluation, mais aussi des besoins et des objectifs du patient* »

11. Contraintes d'organisation et d'accès aux soins

Indépendamment des éléments subjectifs tels que : les représentations du médecin, la qualité de communication et de relation du duo médecin-patient ou la formulation de la demande, il existe une réalité objective d'ordre organisationnelle liée aux contraintes d'accès aux soins. Ainsi, on peut penser que si les MG acceptent des dépannages d'ordonnances pour des pathologies bénignes et réservent plutôt les consultations pour les « *cas plus graves* » (Dr 7s), cela puisse être en lien avec leur manque de temps et de disponibilité. Ceci semble d'autant plus vrai dans les secteurs à faible démographie médicale. En 2015, il a été recensé 100,7 MG pour 100 000 habitants dans le département de la Sarthe et 129,9 en Maine et Loire pour une moyenne nationale à 133 MG pour 100 000 habitants⁽⁵⁰⁾. Cela laisse penser que les MG délivreraient plus facilement des ordonnances sans consultation lorsque l'accès aux soins primaires serait « limité » (délais de rendez-vous trop longs, agendas débordés). Ces délivrances d'ordonnances sans consultation ont été évoquées dans quelques entretiens mais dans chaque cas, il s'agissait de traitements déjà pris et tolérés par le patient, où le MG estimait prendre peu de risques. D'ailleurs, les notions de conflit d'intérêt et de clientélisme se retrouvaient dans très peu d'entretiens. Il est probable que cela ait été vrai il y a quelques dizaines d'années, mais la démographie médicale actuelle de ces départements n'entraîne plus de concurrence médicale. La pénurie de MG sur ces 2 départements est même devenue un élément influençant le refus : « *Il y a une époque, il y a 20 ans, de ne pas céder ça voulait dire ne pas avoir de client, c'était un peu l'époque où il y avait beaucoup de médecins, où il y avait un peu de concurrence [...] Maintenant le problème ne se pose même plus* » (Dr 2s).

12. Éléments liés à la position du médecin dans la négociation

12.1. Conflits

Certains MG pouvaient céder à des demandes suite à un échec de négociation, lorsqu'il y avait une impasse dans la discussion avec le patient. Cela s'expliquait souvent par le fait qu'ils ne voulaient pas entrer en conflit avec leur patient (notamment lorsque celui-ci faisait preuve d'agressivité). D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le refus de délivrance d'un certificat ou d'une ordonnance est une des causes principale de conflit⁽⁵¹⁾. Il est d'ailleurs recommandé aux MG de se récuser dans les cas extrêmes de mésententes, comme l'indique l'article 47 du Code de Déontologie⁽⁴⁷⁾, ce qui permet de désamorcer le conflit avant que les désaccords sur une prise en charge diagnostique ou thérapeutique n'aboutissent à la rupture de la relation. Face à l'agressivité, les réponses de nos MG s'opposaient, selon qu'ils acceptaient le conflit ou non. Certains fuyaient. D'autres répondaient par une opposition d'autant plus autoritaire que la demande était agressive.

12.2. Incompétence

Face à certaines situations complexes, certains MG, notamment les plus jeunes, déstabilisés dans leur prise en charge, parlaient de leur sentiment d'incompétence. Selon De Visscher⁽⁵²⁾, la compétence se traduit par « *les jugements que les gens portent sur leurs capacités à organiser et à exécuter les actions requises pour atteindre un type de performance donnée* », c'est-à-dire qu'elle est fonction des croyances acquises au cours de la vie et de l'histoire de l'individu. Un échec peut venir bousculer ce sentiment de compétence : on peut faire le parallèle avec le sentiment d'échec que vivent les MG quand ils cèdent aux patients. Ce sentiment de compétence est intimement lié aux expériences cliniques antérieures, ce que souligne l'article de la revue MINERVA⁽⁵³⁾, expliquant que lorsque les MG ont déjà été confrontés à des cas graves, notamment à l'hôpital, ils se sentent plus compétents pour distinguer une banale infection d'une affection plus sévère.

12.3. Punition

Quant à la volonté de punir, elle n'a été évoquée que de manière anecdotique dans notre travail. Cela est probablement lié au fait que les MG veulent avant tout protéger leur patient et ne sont pas dans une dynamique de nuisance ou de punition qui irait à l'encontre des principes fondamentaux de la médecine (moralité, probité, dévouement)⁽⁴⁷⁾.

13. Éléments pondérateurs

Les éléments pondérateurs entraient dans trois catégories distinctes, que l'on peut faire correspondre à trois niveaux de « filtre » de la demande :

- Premier niveau : la forme, les premières minutes de consultation (formulation de la demande, présentation du patient). Ces éléments influençaient le MG dans sa recherche de justification, modifiant donc le déroulé de la consultation. Il pouvait ainsi refuser une demande si la formulation ne lui convenait pas, mais l'aurait acceptée si la forme avait été meilleure. La qualité de la relation entre le MG et son patient agissait également à ce niveau.

Certains MG racontaient avoir cédé à des demandes, mis devant le fait accompli par leur patient. Dans la thèse de M. Balzani⁽³³⁾ qui explorait les représentations des MG sur la prescription d'arrêts de travail, ceux-ci rapportaient prescrire des arrêts de travail demandés sur le fait accompli dans le but ne pas pénaliser le patient face à son employeur. La volonté de protéger le patient semblait primer sur la formulation de sa demande parfois maladroite, puisque tous les MG ayant été confrontés à des demandes sur le fait accompli ont justifié leur acceptation par la nécessité de ne pas pénaliser le patient, du moins dans le cas des arrêts de travail.

- Deuxième niveau : le fond, le sens de la demande, donc la qualité de la communication. Le résultat de la négociation était influencé par l'intensité des arguments du patient. Il s'agit en fait de l'enjeu classique d'une situation de communication globale inhérente et omniprésente dans le cadre de la consultation.

- Troisième niveau : le profil du MG (contexte personnel). Selon l'organisation du MG, selon le temps ou son état de forme, il s'attardait ou non à faire expliciter une demande. De même, selon son contexte, il prenait la peine d'expliquer son refus, ou bien acceptait par facilité.

Quant aux représentations du MG, on s'aperçoit qu'elles agissaient aux trois niveaux de filtre.

14. Contexte personnel du médecin

Dans l'étude de S. Kumar⁽³⁴⁾, certains MG reconnaissaient changer leur mode de prescription d'une journée à l'autre (« switch »), en fonction du contexte: surmenage, stress... Ils prescrivaient parfois des

antibiotiques par facilité, sans tenir compte des symptômes ou des recommandations, quand ils manquaient de temps pour dialoguer avec un patient.

Les trois médecins qui ont abordé leur lassitude étaient de profil similaire, à quelques années de la retraite, impliqués et attachés à leur patients mais tenant un discours désabusé et parfois cynique, en danger d'épuisement professionnel. Leur discours laissait penser qu'ils cédaient plus facilement qu'ils ne l'auraient fait plusieurs années auparavant. Cela semblait concerner tous les types de demandes (arrêts de travail, médicaments non substituables, certificats, adresse à un spécialiste...). Dans une étude menée auprès de 52 MG salariés dans le sud-ouest de la France en 2004⁽⁵⁴⁾, 69% des MG citaient l'exigence des patients (surinformation, demandes abusives, consumérisme) comme une des causes de burn-out. Parmi eux 42% 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^(54,55).

Il est possible que la Médecine Générale soit plus exposée au risque de burn-out du fait de toutes les contraintes inhérentes au métier : en effet, l'exercice y est principalement libéral (ambulatoire, isolé) avec des contraintes de gestion administrative (comptabilité, secrétariat) et de rentabilité. Le MG est l'interlocuteur de première ligne dans le schéma d'accès aux soins avec souvent peu d'outils d'aide diagnostique à sa disposition, ce qui engendre un stress supplémentaire.

15. Stratégies de réponse

La démarche commune à tous les MG suivait plusieurs étapes.

Tous cherchaient à explorer le sens de la requête, creusaient le contexte de la demande pour y trouver des éléments de justification. Une fois leur décision prise, ils cherchaient à convaincre leur patient de l'absence de justification de la demande, en expliquant et argumentant. De la même façon que ceux interrogés dans l'étude PAAIR⁽¹²⁾, ils organisaient leur consultation à partir des craintes et des représentations de leurs malades, basculant dès les premières minutes de l'échange dans une démarche de négociation. Durant cette phase de négociation, ils pouvaient accepter un compromis avec leur patient. Comme dans l'étude PAAIR, beaucoup proposaient une alternative thérapeutique, temporaisaient, en proposant par exemple une seconde consultation en cas de persistance des symptômes, ou bien acceptaient mais en demandant au patient de différer de quelques jours la prise des traitements, ce qui témoigne d'une prise de risque partagée dans le cadre d'une relation qui doit être équilibrée.

Si cela ne fonctionnait pas, certains réorientaient leur patient vers un autre professionnel et « bottaient en touche ». Il y avait dans leurs propos une certaine ambiguïté : s'agissait-il de vouloir se débarrasser d'un patient qui ne leur convenait pas, ou bien du problème qu'il présentait, de la demande qu'il faisait ? Peut-être, et cela rejoindrait le biais de désirabilité sociale, que certains n'osaient pas nous confier vouloir se débarrasser de leur patient.

Selon l'étude du CNRS⁽³¹⁾ les MG avaient recours aux spécialistes pour convaincre leur patient, soit de la gravité de la pathologie, soit à l'inverse pour le rassurer. L'adresse au spécialiste permettait de soutenir le MG et de renforcer la confiance du patient. Plusieurs nous ont décrit leur confrère spécialiste comme un allié pour confirmer le refus d'une prescription ou d'une prise en charge.

La dernière étape était le maintien du refus, le recadrage du patient, parfois avec humour (humour souvent agressif dans les exemples donnés). Certains pouvaient recourir à des techniques de découragement voire manipulation, ce qui peut déroger à l'éthique médicale et au serment d'Hippocrate. Les stratégies variaient selon les MG. Certains, voulant responsabiliser leur patient, cherchaient à les culpabiliser. D'autres adoptaient une attitude très moralisatrice face aux demandes de leurs patients, rejoignant parfois le modèle paternaliste des décennies précédentes. Notons que ces MG avaient des âges différents.

Dans l'étude PAAIR⁽¹²⁾, la stratégie proposée recoupe exactement l'attitude de nos MG : la décision de ne pas prescrire est prise très tôt dans la consultation, et les explications détaillées sur l'histoire de la maladie, les effets attendus des traitements etc. prennent une place centrale dans la consultation. Cette étude a d'ailleurs permis de mettre en évidence que l'information donnée sur l'inefficacité des antibiotiques en cas d'infection virale, l'explication des symptômes, l'écoute compréhensive, l'examen clinique commenté ainsi que l'usage d'examens paracliniques permettaient significativement de réduire le nombre de prescriptions non conformes. Ces différents éléments stratégiques de réponse pour appuyer le refus ont également été retrouvés dans notre travail, évoqués par une large majorité des MG interrogés. Dans l'étude de J-Y Trépos⁽⁵⁶⁾, les MG expliquaient qu'il avaient souvent recours aux recommandations médicales pour argumenter un refus auprès de leur patient. Cela était malheureusement lié à d'éventuelles négociations âpres avec le patient, en particulier pour éviter la réalisation d'examens complémentaires itératifs.

16. Image professionnelle, prise de pouvoir et pouvoir partagé

Les MG utilisaient des termes très forts pour décrire certaines négociations difficiles et beaucoup décrivaient les situations où ils avaient dû céder comme des échecs, se remettant en question, ressentant alors le sentiment d'incompétence et l'atteinte de l'estime de soi professionnelle abordés un peu plus haut dans cette discussion. Les mêmes termes étaient retrouvés dans les entretiens collectifs de l'étude PAAIR⁽¹²⁾. La notion de pouvoir médical revenait très souvent, comme dans nos entretiens. Beaucoup évoquaient leurs représentations sur le rôle du MG (métier sérieux, responsabilité et pouvoir professionnel, autorité, modèle). Certains s'interrogeaient sur leur attitude parfois paternaliste, ou bien remettaient en question le réel détenteur du pouvoir de la prescription : « *Comme si la relation thérapeutique, c'était un combat entre deux pouvoirs...* » (Dr 2m). Cette relation de pouvoir / contre-pouvoir a été étudiée en 2007⁽⁵⁷⁾ lors de consultations de patients hypertendus en Médecine Générale. L'analyse du déroulement des consultations faisait clairement apparaître la prégnance de la négociation et des compromis qui s'établissent entre le médecin et son patient, l'affrontement entre deux rationalités parfois très différentes. Cela expliquait l'inadéquation entre les recommandations officielles sur le contrôle des chiffres tensionnels et la réalité, les MG adaptant leurs prescriptions au contexte et aux priorités de leur patient. Notre objectif devrait être d'aboutir à un dialogue partagé autour du projet de soins, incluant le patient dans la prise de décision. La confiance dans un patient acteur de sa santé nécessite donc de partager le pouvoir décisionnel. On pourrait reprendre l'expression québécoise « *négozier l'agenda* » en référence à Stewart et Levenstein^(9,10), signifiant « laisser au patient une liberté de parole et de décision de la prise en charge médicale ».

17. Apprendre à dire « non »

Plusieurs MG ont évoqué leur difficulté à dire non. Refuser la demande d'un patient n'était pas toujours aisé et cela pouvait être mal vécu. Comme vu précédemment, ceci s'explique sans doute beaucoup par la volonté de protéger et de faire plaisir. Mais ce ne sont pas les seules raisons. En effet, dire non impose d'affirmer un refus, de se montrer sûr de soi, ce qui est loin d'être évident car il n'existe pas de certitude absolue en Médecine. La notion de vérité relative dans le temps, abordée par plusieurs MG, était clairement un élément déstabilisateur dans le processus décisionnel : comment expliquer à un patient que ce qui était vrai (recommandations officielles, « gold standard ») il y a 10 ou 20 ans ne le serait plus aujourd'hui?

Dire non n'est pas si évident quand la relation est biaisée, déséquilibrée. La dernière idée que beaucoup de MG ont abordée était celle-ci : dire non est difficile et s'apprend. On regrette que les étudiants en médecine ne soient pas formés à la communication et n'apprennent par à dire non. « *Pendant toute ma formation, j'ai surtout appris à dire OUI à tout sans réfléchir, et même parfois à dire OUI aux choses les plus absurdes* » : le billet du blog d'Armance⁽⁵⁸⁾ est un témoignage amusant mais réel de l'absence de formation au « non » dans le cursus médical. Oser dire « non » avec sérénité, pour reprendre le titre de l'article du Dr E. Galam⁽³⁷⁾, nécessite une réflexion sur sa pratique personnelle, ce que l'on est prêt à accepter, et les limites que l'on s'est données, pour ne pas tomber dans « *l'exasperation, l'agressivité, voire le burn out* ».

L'initiation aux groupes Balint, qui se pratique dans plusieurs facultés de Médecine, ainsi que les séances d'échanges de pratiques, apparaissent essentielles pour apprendre à se questionner sur les enjeux de la relation de soin et la nature des difficultés rencontrées au cours de notre pratique. M. Balint⁽⁵⁹⁾ soutient que l'écoute et la prise en compte des problématiques du patient sont des éléments majeurs permettant ensuite de proposer une prise en charge adaptée sans pour autant tout accepter. Cela pourrait rejoindre l'idée exprimée par une majorité de nos MG : l'importance de mettre en place un cadre éducatif, fixer des limites pour faire accepter le non, le refus, tout en maintenant la communication et restant bienveillant.

18. Conclusion

Selon les MG, peu de demandes restaient injustifiées si l'on explorait le contexte bio-psychosocial du patient. Les raisons de l'acceptation de ces demandes étaient variées, dépendant à la fois :

- d'éléments subjectifs, tels que la qualité de la relation et de la communication médecin-patient, l'interprétation faite de la demande et les représentations du MG et du patient,
- mais aussi d'éléments plus concrets comme les conditions d'exercice du MG (manque de temps, lassitude, état de forme) et, plus largement, les contraintes d'accès au soins spécifiques aux deux départements.

Les résultats obtenus correspondent en grande partie à la bibliographie, cependant certains éléments diffèrent. Nos MG exprimaient un sentiment d'échec voir de culpabilité lorsqu'ils cédaient à aux demandes leur paraissant injustifiées. Les notions de conflit d'intérêt et de clientélisme ont été évoquées de manière anecdotique, sans doute en lien étroit avec la faible démographie médicale des deux départements. Le contexte personnel du MG (contexte immédiat de consultation, conditions d'exercice) influençait majoritairement le

déroulé de la consultation et la prescription finale, de même que la formulation de la demande. Certains MG ont évoqué que, malgré leur difficulté à dire « non », le refus pouvait être bénéfique dans le renforcement de la relation de soin et de confiance. Le fait ne pas accéder à toutes les demandes permettait à la fois de fixer un cadre au patient et de préserver le MG d'une éventuelle image de prestataire de service, de garder sa crédibilité. La qualité de la relation médecin-patient et le besoin de la préserver ont un impact important sur la décision médicale.

Ainsi l'étau se resserre autour de la pratique des MG. D'un côté, les exigences d'objectifs de santé publique, d'économie de santé imposées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. De l'autre, les exigences, les sollicitations de patients toujours mieux informés et en quête d'autonomie, dans une relation médecin-patient qui se veut plus équilibrée. L'importance du « non » dans cette dualité n'est plus à prouver et permet d'une part une certaine maîtrise la « consommation médicale » et d'autre part une pratique professionnelle plus sereine. Beaucoup de MG ont regretté avoir été insuffisamment formés à la gestion des demandes abusives et aux techniques de communication durant leur cursus universitaire, d'où un vécu difficile de ces situations. Il serait intéressant de réaliser un travail quantitatif à plus grande échelle dans la perspective d'élaborer des outils d'aide /de formation sur cette problématique du « savoir dire non ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Cote L, Clavet D, St-Hilaire S, Vaillancourt C, Blondeau F, Martineau B. La relation médecin-patient en médecine familiale. *Can Fam Physician*. 1999 May;45:1250-4.
2. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ Can Med Assoc J*. 1995;152(9):1423.
3. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Polit*. 2003 Aug 1;n° 11(3):59-79.
4. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 Mar 4, 2002.
5. Sarrazin C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en Médecine Générale : Enquête auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. UFR Poitiers; 2012.
6. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques? L'exemple du diabète de type 2. *Sci Soc Santé*. 2006;24(2):75-103.
7. Santé Canada Publication. Outils de communication II : La communication efficace... à votre service. Canada; 1999. 27 p.
8. Belliot L. Emergence et évolution du concept de soins centrés sur le patient : enquête documentaire. UFR Nantes; 2015.
9. Stewart MA, Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986 Mar;3(1):24-30.
10. Stewart M, Brown J, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. *Fam Pract*. 1986 Jun;3(2):75-9.
11. Faure H, Mahy S, Soudry A, Duong M, Chavanet P, Piroth L. Déterminants de la prescription ou de la non-prescription d'antibiotiques en médecine générale. *Médecine Mal Infect*. 2009 Sep;39(9):714-21.
12. Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V, Cohen JM, Pouchain D. Prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires. PAAIR. Rapport scientifique. 2001 Oct p. 88p.
13. Haab F, Costa P, Colau J-C, Gérard A, Liard F, Bohbot J-M, et al. Les infections urinaires de la femme en Médecine Générale : résultats d'un observatoire réalisé auprès de 7916 patientes. *Presse Médicale*. 2006 Sep;35(9, Part 1):1235-40.
14. Cabana MD, Rand CS, Becher OJ, Rubin HR. Reasons for pediatrician nonadherence to asthma guidelines. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001 Sep;155(9):1057-62.
15. Jeannie Haggerty, Fred Tudiver, Judith Belle Brown, Carol Herbert, Antonio Ciampi, Remi Guibert. Patients' anxiety and expectations how they influence family physicians' decisions to order cancer screening tests. *Can Fam Physician*. 2005 Dec;51:1658-9.
16. Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Catania J, Lee K, et al. The impact of health information on the Internet on health care and the physician-patient relationship: national U.S. survey among 1.050 U.S. physicians. *J Med Internet Res*. 2003 Sep;5(3):e17.
17. Donohue JM, Berndt ER, Rosenthal M, Epstein AM, Frank RG. Effects of pharmaceutical promotion on adherence to the treatment guidelines for depression. *Med Care*. 2004 Dec;42(12):1176-85.

18. Mintzes B, Barer ML, Kravitz RL, Bassett K, Lexchin J, Kazanjian A, et al. How does direct-to-consumer advertising (DTCA) affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA. *Can Med Assoc J.* 2003;169(5):405-12.
19. Kravitz RL, Epstein RM, Feldman MD, Franz CE, Azari R, Wilkes MS, et al. Influence of patients' requests for direct-to-consumer advertised antidepressants: a randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 2005 Apr 27;293(16):1995-2002.
20. CNOM, IPSOS. Les conséquences des usages d'Internet sur les relations patients-médecins [Internet] avril 2010 [consulté le 3 février 2016] p17. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sondage%20internet%20CNOM%202010_0.pdf
21. Ahmad F, Hudak PL, Bercovitz K, Hollenberg E, Levinson W. Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information? *J Med Internet Res.* 2006 Sep 29;8(3):e22.
22. Bichile L, Akerkar S. Doctor patient relationship: Changing dynamics in the information age. 2004 Jun;50(2):120-2.
23. Kim J, Kim S. Physicians' perception of the effects of Internet health information on the doctor-patient relationship. *Inform Health Soc Care.* 2009 Sep;34(3):136-48.
24. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship. *Patient Educ Couns.* 2006 Oct;63(1-2):24-8.
25. Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Lee K. Direct-to-consumer advertising: physicians' views of its effects on quality of care and the doctor-patient relationship. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16(6):513-24.
26. Gourmelen J, Chastang J-F, Lanoë J-L, Ozguler A, Leclerc A. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64ans. Données issues de l'Enquête Décennale Santé. [Internet]. INSERM; 2007 [consulté le 29 sept 2015]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/jvs_2007/posters%20invs/P13.pdf
27. Collectif SFMG. Dictionnaire des Résultats de Consultation [Internet]. [Consulté le 12 mars 2015]. Disponible sur : www.sfm.org/demarche_medicale/demarche_diagnostique/dictionnaire_des_resultats_de_consultation
28. Collectif Bibliomed. Lombalgie aiguë : l'imagerie est-elle nécessaire d'emblée? sept 2009;(553). [Internet] [Consulté le 15 décembre 2013] Disponible sur: http://www.unaformec.org/publications/bibliomed/553_Lombalgie_et_imagerie.pdf
29. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *The Lancet.* 2009 Feb;373(9662):463-72.
30. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual.* 2006;26(2):1-18.
31. Centre de sociologie CNRS-FNSP 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. Poitou-Charentes; 2001.
32. CSDM (Centre de sociologie et de démographie médicales), Bui D-H-D, Lévy D, Teitelbaum J, Allemand H. Les médecins libéraux en France : opinions à propos de leur exercice professionnel (hiver 2007 - printemps 2008). *Cah Sociol Démographie Médicales.* 2009 Mar;49(1):109.
33. Balzani-Snaider M, Bercier S. Exploration des représentations des médecins généralistes face à la prescription des arrêts de travail par la méthode des focus groupes : UFR Paris-Est Créteil; 2012.
34. Kumar S, Little P, Britten N. Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study. *BMJ.* 2003 Jan 18;326(7381):138.

35. 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.
36. Cabral C, Lucas P, Ingram J. Quelles sont les raisons de consulter le MG et de prescrire si souvent des antibiotiques en cas d'infection aiguë des voies respiratoires chez l'enfant? *Minerva*. 2016 Mar;15(2):31-4.
37. Galam E, Dumas F-R. Oser dire « non » avec sérénité. In: *La Revue du praticien Médecine générale*. 2007 novembre. Tome 21 n°788/789. 1079-1080.
38. Lamour M, Gabel M. Enfants en danger, professionnels en souffrance. *ERES*. 2011. (La vie de l'enfant).
39. Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson DK. How primary health care physicians make sick listing decisions: The impact of medical factors and functioning. *BMC Fam Pract*. 2008;9(3):1-9.
40. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
41. Lussier M-T, Richard C. En l'absence de panacée universelle, répertoire des relations médecin-patient. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. 2008 Aug;54:1996-9.
42. Loignon C, Boudreault-Fournier A. Du paternalisme à l'encadrement bienveillant. *Can Fam Physician*. 2012 Nov;58(11):e618-9.
43. Loignon C, Boudreault-Fournier A. La flexibilité des médecins offrant des soins de première ligne aux personnes en situation de pauvreté : la compétence sociale revisitée. *Healthc POLICY*. 2013;9:59-70.
44. Feuillet A. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-et-Loire. *UFR Tours*; 2013.
45. Dagnicourt P. Soigner ses proches : une attitude à raisonner? Réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative. *UFR Angers*; 2012.
46. ANAES. Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques [Internet]. 2004 Sep [consulté le 27 janvier 2016] p. 64. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000075.pdf>
47. Conseil de l'Ordre National des Médecins. Code de déontologie médicale [Internet]. 2012 [consulté le 20 décembre 2015]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
48. Jaddo. Lézard [Internet]. Juste après dresseuse d'ours. 2008 [consulté le 20 mars 2016]. Disponible sur: www.jaddo.fr/2008/05/06/lezard/
49. *La Revue Prescrire*. Déterminer la balance bénéfices- risques d'une intervention : pour chaque patient. *Rev Prescrire*. 2014 May;34(367):381-5.
50. Conseil de l'Ordre National des Médecins. Démographie médicale interactive [Internet]. demographie.medecin.fr/demographie. 2016 [consulté le 20 décembre 2015]. Disponible sur: <http://demographie.medecin.fr/demographie>
51. Conseil de l'Ordre National des Médecins. Prévention des conflits [Internet]. 2012 [consulté le 20 décembre 2015]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/fiche_prevention_des_conflits.pdf
52. De Visscher H. Le sentiment d'incompétence [Internet]. Centre de Dynamique des Groupes et d'Analyse Institutionnelle; 2012 [consulté le 8 janvier 2015]. 39 p. Disponible sur : http://media.wix.com/ugd//08846d_ae1b03c37ae1aaaad4dc61d13c2e5571.pdf



53. De Meyere M. Une prescription inappropriée d'antibiotique, mais un gain de temps? Une illusion supplémentaire qui s'envole.... *Minerva*. 2006 mai;5(5):65.
54. Ballester S, Macovei D, Puel C, Soulat M. Causes & Conséquences de l'épuisement professionnel perçues par les médecins salariés hors structures de soins, vécu professionnel & prévention du Burnout via l'échelle Maslach Burnout Inventory : Approche préliminaire; 2012 CHU Toulouse
55. France Evain, Joelle Mekoa, Hiba Khiari, Jessica Vincent. La souffrance des médecins au travail. Le burnout [Internet]. Faculté de Médecine de Genève; 2011 [consulté le 8 janvier 2016] p. 1-19. Disponible sur : http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2010_2011/travaux/11_r_burnout.pdf
56. Trépos J-Y, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 2008 Jul;56(4):S221-9.
57. Rolland C, Lang T. La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville. St-Denis INPES Coll Éval En Prév En Éducation Pour Santé [Internet]. 2007 [consulté le 8 janvier 2015]; Disponible sur : http://relay-front.inpes.customers.artful.net/evaluation/pdf/evaluation-sante_2008_10.pdf
58. Ni oui ni non, bien au contraire [Internet]. *Armance.overblog.com*. Consulté le 20 mars 2016. Disponible sur : <http://armance.overblog.com/2016/01/ni-oui-ni-non-bien-au-contre.html>
59. Bégot M. Perception de la formation à la relation médecin-patient à travers la pratique de groupes Balint chez les Internes de Médecine Générale de la région Centre. UFR Tours; 2012

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	10
RESUME.....	2
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	5
RÉSULTATS	7
1. Récolte des données.....	7
2. Idées fortes	7
3. Éléments d'acceptation	8
3.1. Éléments liés au patient et son contexte	8
3.2. Éléments liés à l'interaction médecin/patient	9
3.3. Éléments liés à la position du médecin dans la négociation	9
4. Éléments pondérateurs	11
4.1. Influence de la communication.....	11
4.2. Impact de la relation médecin-patient.....	12
4.3. Contexte personnel du médecin	12
5. Éléments de refus	14
6. Stratégies de refus	15
DISCUSSION ET CONCLUSION	18
1. Biais, limites et critiques de la méthode	18
2. Idées fortes	19
3. Exploration des éléments de justification	20
4. Protection du patient et de la relation.....	22
5. Construction de la relation de soin.....	23
6. Conséquences d'une mise à distance difficile	23
7. Limites de la subjectivité du praticien.....	24
8. Influence des expériences antérieures	24
9. Empathie et représentations sociales du médecin	25
10. Elaboration de la décision : balance bénéfiques/risques	25
11. Contraintes d'organisation et d'accès aux soins	26
12. Éléments liés à la position du médecin dans la négociation.....	27
12.1. Conflits.....	27
12.2. Incompétence	27
12.3. Puniton	27
13. Éléments pondérateurs	28
14. Contexte personnel du médecin	28
15. Stratégies de réponse.....	29
16. Image professionnelle, prise de pouvoir et pouvoir partagé	31
17. Apprendre à dire « non »	31
18. Conclusion	32
BIBLIOGRAPHIE	34
TABLE DES MATIERES	38
ANNEXES.....	I
1. Guide d'entretien.....	II
2. Entretien avec le Dr 6s	III
3. Entretien avec le Dr 1m	XIX

ANNEXES

Les annexes comportent le guide d'entretien ainsi que deux entretiens, à titre d'illustration, ceux des Drs 6s et 1m. Les 19 entretiens sont disponibles sur clés USB et sur la plateforme en ligne DUNE.

1. Guide d'entretien

Merci d'avoir accepté cet entretien. Comme convenu, cela devrait durer 45min à 1heure. Nous allons commencer, je démarre l'enregistrement, je vous rappelle que tout notre entretien sera intégralement enregistré et retranscrit anonymement : êtes-vous bien d'accord avec cela ? Vous aurez la possibilité de lire la retranscription si vous le souhaitez. Les données ne seront utilisées que dans le cadre de notre thèse.

Je vous rappelle le thème de notre recherche : Nous travaillons sur les déterminants de la prescription en Médecine Générale et nous nous intéressons plus particulièrement à l'influence que peut avoir le patient sur son médecin. Il s'agit de comprendre les raisons qui pourraient amener un médecin à prescrire hors du cadre de ses pratiques habituelles, sur la demande de son patient.

1. Nous allons commencer par une situation très concrète que vous avez déjà rencontrée : Racontez-moi une consultation où un patient vous a fait une demande que vous ne trouviez pas médicalement justifiée, et que, finalement, vous vous êtes retrouvé à prescrire...

(proposer lombalgie si pas d'idée)

- *type de demande(s)*
- *description du patient*
 - *catégorie socioprofessionnelle*
 - *comportement*
 - *antécédents médicaux*
 - *antécédents relationnels avec ce patient*
 - *durée du suivi -nouveau patient ?*
- *ses arguments : comment votre patient justifiait sa demande ?*
- *quel crédit avez-vous apporté à ses justifications ?*
- *contexte, conditions d'exercice :*
 - *quelle heure, quel jour de la semaine*
 - *planning chargé ?*
 - *humeur du médecin*
 - *comment se sont déroulées les consultations précédentes ?*
- *au final, qu'avez-vous répondu à ce patient ?*
- *qu'est-ce qui a fait que vous avez cédé ? (ou refusé de céder)*
- *combien de temps a duré cette consultation ?*

2. Quels types de demande de vos patients, sont pour vous, les plus difficiles à refuser ? Vous imposent une prescription non conforme à votre pratique habituelle ?

- *en quoi cela vous met-il dans une situation difficile ?*
- *selon réponses : y a-t-il un « profil » de patient qui vous met en difficulté de refuser ?*

« type de demande » = l'orienter sur les deux interprétations possibles : le type de prescription souhaitée, ou la façon dont est faite la demande

3. Qu'est-ce qui, dans la consultation, va (ou peut) vous faire céder, et accepter la demande de votre patient ?

4. Quel est votre ressenti lorsque vous cédez à une demande que vous jugée injustifiée, inappropriée ?

5. Que faites-vous pour refuser ? Quelles sont vos stratégies pour dire non ? (reprendre les stratégies évoquées par les médecins dans les 2 questions précédents)

Fin de l'entretien :

Auriez-vous d'autres choses à ajouter ? Auriez-vous quelque chose à dire en conclusion ?

Merci d'avoir participé. Seriez-vous d'accord pour que je vous recontacte, si jamais j'avais besoin de vous faire expliciter certains passages dont l'interprétation me semblerait confuse ?

2. Entretien avec le Dr 6s

Femme de 42 ans, maître de stage, installée depuis 10 ans en zone rurale sarthoise dans une maison pluri professionnelle de 5 médecins généralistes, plusieurs infirmières et sages-femmes.

Entretien de 46 minutes

Int : Déjà, merci d'avoir accepté l'entretien, alors je ne sais plus ce que je vous avais dit par téléphone, que c'était un sujet qu'on travaille à deux internes, sur les déterminantes de la prescription en Médecine Générale.

Dr 6s : Oui c'est ça.

Int : Et notamment ce qui peut pousser les médecins généralistes à accepter des demandes qui leurs paraissent non justifiées à la base, à la demande de leur patient. Donc euh... Si vous citez des noms de patients ou autre ça sera tout anonymisé, donc ne vous inquiétez pas pour ça, il n'y a pas de soucis.

Dr 6s : Oui, d'accord.

Int : Et puis si vous souhaitez une copie de l'entretien il n'y a aucun problème, ou une copie de la thèse, je sais qu'il y a des médecins qui m'ont déjà demandé, éventuellement, il n'y a pas de problème.

Dr 6s : Oui ! Oui, vu le sujet oui...

Int : Donc voilà, alors déjà pour commencer, est-ce que vous auriez une situation d'une consultation ou de plusieurs consultations avec un patient qui vous a fait une demande comme ça, que vous jugiez non justifiée, et vous avez cédé, et pourquoi vous aviez cédé, un petit peu les circonstances de... de cette consultation.

Dr 6s : Euh.... *(long silence)*

Int : Je vous laisse un peu de temps pour réfléchir, hein !

Dr 6s : Ce matin avec mon interne, là, un patient qui voulait un antibiotique, pour lequel on a fini par euh... céder, en faisant une prescription différée qu'il va peut-être prendre d'emblée mais en faisant une prescription différée, qui... mais qui est pénible, d'abord c'était à treize heures (*rire*), donc on commençait à avoir faim l'une

comme l'autre et puis c'est un patient qui est pénible, y a toujours des trucs dans tous les sens et puis euh, puis bah de temps en temps on lâche sur un truc et puis, on essaie de tenir bon sur certaines choses et puis bah parfois on lâche sur d'autres quoi. Je pense que c'est ça, je pense que c'est compliqué de tenir sur tout et de négocier sur tout, donc bah voilà de temps en temps euh... (*silence*)

Int : Vous lâchez sur un petit truc...

Dr 6s : Ouais... (*silence*)

Int : Dans quel but ?

Dr 6s : Bah euh, dans le but euh... c'est comme avec les enfants on ne peut pas se battre sur tout (*éclat de rire*), vous n'avez pas d'enfant ? Vous ne savez pas ce que c'est encore !?

Int : Non, pas encore.

Dr 6s : (*Soupire*) Oui, moi j'ai l'impression de ça oui. Et puis c'est vrai que quand on a une heure de retard et qu'on est fatigué on... parce que quand on dit non ça prend plus de temps que quand on dit oui, dire oui et faire une signature en bas de l'ordo... de la prescription c'est pas... fin' voilà ça prend pas de temps hein. D'ailleurs les patients le disent, ils disent « Bah docteur, c'est juste un petit papier, j'ai même pas besoin de vous voir ! », non bien sûr (*ironie*) et... Donc ça c'est quelque chose sur lequel je lâche peu, je dis « peu » parce que... parce que ça doit bien m'arriver de lâcher de temps en temps, mais c'est de faire des prescriptions sans voir les patients ; mais après euh... Les hypnotiques par exemple, alors ça... (*silence*)

Int : Oui, quel genre de souci vous avez avec ça ?

Dr 6s : Eh, c'est hyper compliqué, c'est euh... 'fin les gens qui prennent des hypnotiques depuis 20 ou 30 ans, ouais, faut pas... alors faut les revoir tous les mois et puis il faut tenir bon et puis bah sauf qu'il y en certains c'est impossible quoi, c'est juste impossible, alors on les envoie voir un spé pour la mémoire, pour euh... On nous dit « Mais euh... nettoyez son ordonnance, supprimez... - Bah venez donc ! Venez donc le faire, on verra après comment vous... » (*rire*). Enfin voilà, on arrive à baisser, on arrive à... on arrive à faire passer des choses mais pas tout quoi et en tout cas pas tout en même temps. Je pense qu'on ne peut pas euh... On ne peut pas tout demander au patient non plus en même temps (*silence*). La médecine évolue aussi donc je pense que quand on... y a des vérités aujourd'hui qui ne sont pas celles d'il y a 10 ans et qui ne seront sûrement pas celles de dans 10 ans et euh... Bah du coup on peut pas non plus tout d'un coup dire « Ah bah non ce que je

vous ai mis c'était pas bien », enfin on peut mais on peut pas tout, 'fin ouais je trouve c'est compliqué quoi, c'est compliqué.

Int : Vous avez l'impression que les patients font un peu pression par rapport à ça ?

Dr 6s: Bah après oui, je pense qu'il y a des patients qui font pression, qui... Oui ça c'est sûr, après euh (*silence*) je pense que... (*silence*) je pense qu'ils font pression, 'fin je pense que petit à petit nos patients ils nous connaissent, donc ils savent qu'on va pas lâcher sur certaines choses et qu'il y a certaines choses sur lesquelles c'est pas la peine qu'ils reviennent parce que de toute façon on lâchera pas, euh mais c'est sûrement pas la même chose d'un médecin à l'autre. Donc après je pense que ça dépend de notre exercice, ça dépend de nos patients, de comment on les a éduqués, de... 'fin euh, par exemple les consultations sans ordonnance, 'fin les ordonnances sans consultation plutôt, il y a des médecins à qui ça ne pose pas de problème, y en a d'autres à qui ça pose souci, 'fin voilà, je pense que ça c'est un exemple, après euh... (*silence*) Moi je fais pas mal de gynéco et de pédiatrie, je ne prescrirai pas une pilule oestro-progestative à une patiente qui a plus de 35ans et qui fume ou qui a plus de 40ans, enfin voilà, je vais me battre là-dessus, du coup j'vais pas lâcher, par contre c'est vrai que euh... hum... J'ai des collègues sur le cabinet, hommes, qui font moins de gynéco donc ils ne vont pas se battre là-dessus, par contre sur, qu'est-ce qu'on va dire euh, une ordonnance de kiné, bah les deux collègues hommes ils font beaucoup d'ostéo et beaucoup d'ostéo-articulaire, ils vont... Ils vont pas lâcher là-dessus alors que moi de temps en temps, 'fin voilà, « Bon bah ouais, vous allez, ça serait bien ouais, effectivement on va faire un peu de kiné », et 'fin, bon... (*silence*)

Int : Y a des choses avec lesquelles vous êtes plus ou moins à l'aise...

Dr 6s : Oui, voilà, c'est ça, je pense qu'effectivement on... (*long silence*)

Int : En gros plus vous maîtrisez le sujet, entre guillemets, et moins vous lâchez prise si je comprends bien ce que vous me dites ?

Dr 6s : Ah oui ! Je pense qu'effectivement, oui, oui parce je pense que sur le plan... quand on est sûr de nous c'est facile de tenir bon. Quand c'est un peu... le problème c'est qu'en médecine tout n'est pas tout blanc ou tout noir quoi (*silence*) donc c'est vrai que... (*long silence*) hum... Mouais c'est pas toujours simple ces histoires de prescription, après je pense que oui, ça dépend des patients, s'il y a des patients avec lesquels, pffff tout est compliqué à négocier quoi.

Int : Oui. Est ce que justement il y a des types de patients avec qui vous trouvez que c'est plus difficile d'avancer, plus difficile de dire non ?

Dr 6s : (*soupire*) Bah oui quand tout est compliqué, des fois on se demande même pourquoi ils viennent nous voir ceux-là...

Int : Ouais, est-ce qu'il y a des profils types? De... 'fin de patients qui vous posent plus problème, à qui vous allez davantage céder ?

Dr 6s : (*silence*)

Int : Ou des situations de patients ?

Dr 6s : Je pense des patients âgés, là c'est sur les hypnotiques, sur les hypnotiques ça va être, des patients âgés qui prennent leur hypnotique depuis longtemps et pour lesquels on a l'impression qu'ils sont imperméables (*silence*). J'ai en tête un patient qui prend un hypnotique qui enfin, il est mignon comme tout hein ! Tant qu'on change rien il est mignon comme tout pas de problème mais alors, enfin et je me souviens (*marmonne*) il avait besoin de passer une fibro, il avait des douleurs, machin, 'fin sauf que là il faut que j'tienne bon parce qu'il faut qu'il passe sa fibro, ça faisait déjà 2 ou 3 fois qu'on mettait des IPP et qu'on... enfin il me dit « Bah non, vous allez me donner quelque chose et ça va aller mieux », bah oui une fois, deux fois, puis la troisième fois faut faire une fibro, faut faire une fibro donc on négocie, et puis on se prend la tête pendant une demie heure parce que c'est ça (*rire*) en disant « Bah non, je vous en remettrai pas et il faut que vous alliez passer votre fibro » et ce que j'avais bien fait, 'fin voilà j'avais bien fait de le faire. Alors après, ce même patient, mais enfin voilà, je sais qu'avec lui, dès qu'il va y avoir un truc, c'est même un truc que je dis à mes internes « Tant que tout va bien, tout va bien, s'il y a un truc tu m'appelle » (*rire*), parce que si, 'fin... et son hypnotique c'est innégociable (*insiste sur le mot*) c'est... et d'ailleurs je ne lui demande même plus de le voir tous les mois parce que de toute façon la discussion est stérile, elle se fait que dans un sens. Donc à un moment donné... Alors après je pourrais aussi euh... Je pourrais aussi, sauf que comme on a quand même un syndrome de sevrage important, si je lui arrête du jour au lendemain et je lui dis « Je vous en redonne plus », euh, ça va pas le faire non plus quoi, il a quatre vingt, il doit avoir quatre vingt six ou sept ans et si je lui met que la moitié d'une boîte en lui disant « Bah vous allez en prendre la moitié » ça va pas marcher non plus parce que de toute façon au bout de quinze jours il va revenir en disant « J'en ai plus » quoi ; ou il va aller faire le foin à la pharmacie en disant... donc bon voilà, il a son ordonnance tous les mois pour aller chercher son *hypnotique* (*parle tout bas sur la fin*) Donc je sais que c'est pas bien, je sais que c'est pas bon pour sa mémoire mais il s'en fout parce que de toute façon il a perdu sa femme et euh, 'fin voilà, voilà. (*silence*). Mais euh, ouais la confrontation elle est... Alors après dans les patients jeunes euh... (*silence*) est-ce qu'il y a un profil type de patient jeune... euh...

Int : Ou ça peut être des situations, c'est pas forcément les patients directement, ça peut être lié à leur situation...

Dr 6s : (*long silence*) J'ai pas trop d'exemples qui me viennent sur des exemples de situation...

Int : Où vous avez été amenée à céder parce que vous sentiez que vous aviez pas le choix ou... ?

Dr 6s : Bah je pense qu'on a toujours le choix mais euh... Après je pense qu'il y a certaines fois, on est aussi dans le besoin de maintenir l'alliance thérapeutique, avec notre patient, alors effectivement, on peut dire non, mais si on dit non et puis que de toute façon il va voir ailleurs et puis que du coup, enfin ça n'a aucun intérêt quoi. Donc du coup parfois euh... On négocie par étape, on a la chance en médecine générale de voir et de revoir et de re revoir les patients et le fait de dire et de redire et de re redire euh... Bah ça finit par... Alors parfois au dépend, au détriment du patient ; j'ai le souvenir d'une petite mamie, comme quoi c'est souvent les personnes âgées quand même, « Non non docteur... » alors c'était quoi l'histoire je m'en rappelle plus... Elle avait, oui c'est ça, elle avait, euh c'est pareil je la suivais tous les trois mois pour son hypertension, son antihypertenseur, un jour j'arrive pour le renouvellement, elle avait, elle était en arythmie, mais pas rapide « Bon va falloir aller voir le cardiologue – Mais pas question docteur, tout va bien ». J'ai pas pu l'envoyer. Je lui ai expliqué par contre, je lui dit « Bah écoutez, si vous voulez pas », alors même mettre en place un traitement c'était pareil, un traitement nouveau, c'était pas question, même en lui expliquant le risque d'AVC, machin, tout ça, rien à faire, rien de rien ! J'ai dit « Ecoutez, vous savez votre cœur il risque de se... de se mettre à être plus rapide » tout ça, j'ai dicté « Si jamais il y a un souci, que vous vous mettez à être essoufflée, que vous... ça se met à être rapide, vous m'appellez ». Dix jours après elle m'appelle « Docteur, faut venir me voir » ; la valise elle était prête quoi, enfin là du coup elle a dit « Bah, vous me l'aviez dit ». Donc le fait de dire et de redire et de... enfin voilà ça fini par rentrer mais euh... oui voilà quoi. Faut que ça vienne d'eux à un moment donné je pense aussi, je pense que la... le résultat de la consultation il est... c'est une relation donc y a ce qui dépend de nous et puis il y a ce qui dépend du patient et ce qui dépend de la relation et je pense que c'est pas bien non plus de casser la relation. Alors après faut faire attention à ce que les compromis soient toujours quand même plutôt de notre côté que du leur parce que sinon on perd vite euh... mais ouais. De même que quand que quand j'ai une demande de radio, une demande de... C'est l'ostéo qui envoie et qui dit « Faudrait faire la radio », machin, « bah ouais d'accord mais 'fin faudrait peut être que je vous vois » parce qu'en plus dans ces cas-là ils aimeraient bien qu'on les voit pas, donc ça, je les revois systématiquement et puis euh d'essayer de négocier... 'fin de reprendre la main quoi, de dire « Bah attendez, qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce que ? » enfin, bon....

Int : C'est quelque chose qui vous gêne un peu les demandes faites par un tiers ?

Dr 6s : Bah oui, ça on n'aime pas trop, ça je pense que c'est un l'ego du médecin (*rire*), enfin je suppose que le médecin est un peu... on n'aime pas hein ! (*silence*)

Int : Et en général vous... vous cédez, enfin voilà, je parle toujours quand vous jugez que ce n'est pas justifié mais que c'est quand même demandé par...

Dr 6s : Je pense que c'est variable, ça dépend. Si je pense vraiment que c'est pas justifié, ça m'arrive de dire non, «Ecoutez je pense que... » et ça arrive aussi que du coup les patients me suivent mais parfois euh... bah ça arrive que je prescrive. Alors après est-ce que... Ouais quand je pense que c'est pas justifié, quand je pense que ça aurait pu attendre que, enfin (*silence*). Je pense que c'est vraiment le résultat de la discussion avec le patient dans ces cas-là. Et mes patients ils... 'fin, je pense que maintenant ils savent que je vais discuter le bout de gras quoi, donc euh (*silence*).

Int : Donc peut être qu'ils demandent moins ?

Dr 6s : Oui, ça c'est possible aussi. Du coup oui... (*silence*). Faudrait que je compare avec mes collègues et qu'on voit comment....

Int : Je voulais revenir juste, vous avez dit quelque chose d'intéressant au début, c'était un petit peu sur l'état de forme, la fatigue, ça joue ça sur votre décision, en quoi, ça peut faire que vous cédez plus facilement, l'état de forme ? Le moment de la journée ?

Dr 6s : Oui, oh oui ça je pense. Bah je pense qu'à 13h-13h30, qu'on a pas encore mangé et que... oui je pense qu'on a pas la même capacité de négociation et de résistance que quand c'est le matin à 9h et que c'est la première consultation quoi, oui, clairement. De même que le soir en fin de consultation c'est pareil (*silence*). En même temps, normalement ce type de... enfin en tout cas sur les suivis et sur les demandes d'exams et sur les... c'est jamais des consultations de fin de... Je me bataille avec mes secrétaires pour que ce soit pas des consultations de fin de consultation justement. 'Fin de consultation ce sont les urgences du jour, enfin voilà, les fièvres, les... En même temps on a besoin d'être... d'être bien carré aussi, mais c'est pas pareil d'être bien carré dans notre examen, dans notre tête, que d'être en capacité de négocier, enfin ça demande pas la même énergie, je crois que, 'fin oui, je l'ai pas dit tout à l'heure mais 'fin voilà, il faut être en forme quand on sait qu'on va avoir un patient pénible avec lequel il va falloir négocier, il faut être en forme quoi et euh....

Int : Donc vous vous organisez pour les mettre à des moments adaptés.

Dr 6s : Oui, le problème c'est que... Oui oui bah oui quand c'est ceux qui... bah ouais. Hum. (*silence*)

Int : D'accord, est-ce qu'il y a d'autres profils de patient qui vous posent souci ? On a parlé des personnes âgées avec notamment les situations "accro aux hypnotiques"...

Dr 6s : Après je pense qu'il y a aussi tout une catégorie de gens plus jeunes qui travaillent et qui veulent être guéris tout de suite, qui veulent... enfin voilà, auxquels il va falloir expliquer que non on ne va pas mettre d'antibiotique pour une grippe parce que ça sert à rien et que peut-être il va falloir qu'ils reviennent dans cinq jours parce que peut être ça va s'être surinfecté, donc effectivement ces gens-là ils vont nous prendre un petit peu de temps mais....

Int : Et ça ils comprennent ?

Dr 6s : Bah je trouve que finalement euh... Les campagnes de pub sur « les antibiotiques, c'est pas automatique », je pense que les gens ça les a marqués, donc ça ils ont retenu quand même, ça nous aide bien (*silence*). Après y en a certains « Oui, mais vous savez bien Docteur, euh moi je suis fragile, ça va pas aller, je vais être obligé de revenir vous voir ». Ah si ! J'ai vu une petite ma... Bah encore une petite mamie (*rire*), comme quoi, je crois que ceux-là ils m'embêtent pas mal, je crois qu'en fait les jeunes j'arrive mieux à les gérer! Petite mamie, bronchite virale, classique, rien de... début pseudo-grippal, elle voulait un truc pour la toux, forcément elle a toussé pendant quinze jours, trois semaines, donc près de trois semaines, on l'a vue trois fois ! Je dis "on" parce qu'un coup c'était moi, un coup c'était l'interne (*soupire*). Donc la quatrième fois elle vient pour je sais plus quoi, son genou, et finalement ça allait bien mieux et elle avait pas eu ses antibiotiques. Ah bah c'était... il a fallu tenir bon et ça n'a pas été simple hein. Je pense que du coup la prochaine fois ça sera plus facile avec elle. Mais je pense que sur les trois consultations, euh... il a fallu vraiment ouais voilà, c'est ça, se dire « On tient bon quoi -Non pas d'antibiotique parce que y a pas besoin », en plus elle n'avait pas de fièvre, pas d'auscultation, enfin bref, elle avait vraiment zéro euh... zéro raison quoi, d'avoir des antibiotiques. Alors c'est ça, après c'est les situations aussi un peu ambiguës, où on n'est sûr... euh... (*silence*). En médecine générale on est quand même pas de probabiliste et bah c'est ce que je disais, oui voilà, c'est pas tout blanc, tout noir, c'est... bah ouais c'est peut être ça et puis ça va peut être passer sans mais peut être qu'il faudra, 'fin... Et ça je trouve que les gens ils... enfin voilà c'est pas toujours évident de... (*silence*)

Int : Savoir donner toutes les possibilités.

Dr 6s : Ouais. Expliquer le cheminement, le déroulement (*silence*). Expliquer, expliquer, réexpliquer et réexpliquer quoi. Je pense que c'est capital, c'est capital ; mais après c'est vrai que ça nécessite d'être en forme (*silence puis parle tout bas*). On ne l'est pas toujours (*rire*). On ne l'est pas toujours...

Int : D'accord. Est-ce qu'il y a des types de demandes, de vos patients, enfin lesquelles demandes sont les plus difficiles à refuser, alors c'est toutes prescriptions confondues hein... c'est exhaustif hein...

Dr 6s : (*silence*) Faut que... Lesquelles sont le plus difficiles ?

Int : Là où vous avez vraiment du mal à refuser.

Dr 6s : (*silence*). Ah bah les hypnotiques j'en ai parlé sur ceux qui en prennent depuis 20 ou 30 ans, là. Les semelles, alors là les semelles c'est la bouteille à l'encre là, les semelles, « le podologue il a dit qu'il fallait des semelles » ouais, euh... hum, ça c'est compliqué, je pense que c'est aussi parce que je ne suis pas assez formée là-dessus et que... Donc du coup, bah comme y en a certains qui sont améliorés par, et puis d'autres non et que comme, 'fin, voilà quoi donc on fait un examen, on essaie de voir, on se dit « Ouais, si ça doit être justifié » et puis des fois on se dit « Oh, ça va pas donner... » donc ça je pense que... Ça, après euh les antibiotiques je crois pas que ça soit le plus compliqué finalement (*chuchote*) les semelles, c'est euh... Le kiné, le kiné parce que finalement refuser pour dire, une fois qu'on a examiné les gens, bah finalement « Oui, vous allez voir le kiné », bon eh bien... Après les médicaments, pffff, est-ce qu'il y a des choses sur lesquelles, non... (*silence*). Sur les médicaments, je ne sais pas s'il y a des choses euh... (*silence*) les sirops pour la toux comme c'est plus remboursé euh, du coup on est un peu plus tranquille.

Int : Hum.

Dr 6s : Les prescriptions de bon de transport, je trouve que c'est pas encore si euh... j'en ai moins quand même mais euh, temps en temps... Y en a une, là, qui m'a fait une demande de -ça c'est le genre de truc que j'aime pas, ça- les bons de transport pour des patients qui sont suivis par un spécialiste, ils disent « Si, si faut demander à votre médecin traitant, il va vous le faire le bon de transport » je dis c'est bon quoi, soit ils le font soit... Ça je... Ça j'apprécie pas et je trouve qu'en plus c'est compliqué de le refuser parce que si on le refuse c'est au détriment du patient, qui va appeler la secrétaire du spécialiste 15 fois pour que finalement on lui dise alors qu'en fait c'est justifié et que... mais euh, bon flûte on en a assez comme ça à gérer quoi, ils pourraient... bon.

Int : C'est peut être plus un problème de médecin à médecin au final.

Dr 6s : Oui, oui mais c'est pour ça que du coup dans ces cas-là on est un peu embêté parce qu'on va pas pénaliser le patient, oui mais le patient, c'est quand même le patient qui nous fait la demande.

Int : Oui.

Dr 6s : Ils appellent au secrétariat en disant « Bah il me faudrait un bon de transport parce que je vais voir le Dr Machin » et bah d'accord, hum, bon ça euh... (*silence*) Après euh... qu'est-ce qu'il y a comme demandes qui sont compliquées à refuser ? (*silence*) Les arrêts de travail, bon forcément, des fois on est pas toujours d'accord avec les patients (*silence*). Je trouve que... Ameli, là, nous aide bien, voilà, une gastro c'est 3 jours, une grippe 1 semaine, 'fin voilà, y a des...

Int : Ouais ils indiquent les durées

Dr 6s : Oui, voilà, ça permet de dire « Bah non vous voyez une gastro c'est 3 jours, je vais pas vous mettre 8 jours c'est pas possible »...

Int : Est-ce qu'il y a des arrêts de travail que vous avez du mal à refuser ?

Dr 6s : (*silence*)

Int : Même si vous savez que c'est pas forcément très justifié sur le plan médical.

Dr 6s : Hum. (*silence*) Oui c'est vrai que, c'est vrai que y en a certains je pense que c'est un peu abusé quoi. Des gens qui viennent sur la journée qui ne sont pas allés au travail parce qu'ils ont 38°, un rhume et puis qui toussent un peu, à leur place, nous on est au boulot quoi. Bon, après la pression au travail fait qu'on est compréhensif et puis du coup on va mettre la journée ou on va mettre 2 jours, bon (*silence*). Je pense aussi qu'on est en médecine générale, les déterminants de la... Un patient qui va bien dans sa tête, qu'a 38°, un rhume et de la toux il va pas venir nous voir ; un patient qui ne va pas bien soit sur le plan familial, soit sur le plan du travail s'il a 38°, de la toux et un rhume il va venir nous voir. Alors après effectivement peut-être que sur l'arrêt de travail il ne faudrait pas mettre « Rhino-pharyngite » mais qu'il faudrait mettre « Anxiété » euh... (*silence*)

Int : Je vois...

Dr 6s : Voilà quoi. Je pense que... Alors après est-ce que c'est un arrêt non justifié ? Je ne suis pas sûre. Je... Après je pense que c'est probablement important de dire aux gens, après euh... c'est pas toujours si évident

que ça, il y a des fois où c'est... Mais de dire effectivement « Vous allez pas bien et il faut qu'on prenne en compte ce mal-être et euh, mais c'est pas votre rhino-pharyngite qui... » en plus on les fait avancer mais... J'ai le souvenir d'une dame, ça, ça m'a frappée, c'était au début où j'étais installée, ça devait faire trois ans que j'étais installée, elle avait 45 ans, elle vient me voir pour des lombalgies, une dame que je voyais pour... je ne sais plus pourquoi je la voyais, je la voyais tous les 6 mois pour euh... elle devait avoir à l'époque un traitement pour le cholestérol, ce qu'elle aurait plus aujourd'hui mais bon elle avait ça et euh... Donc elle vient me voir pour son dos, je l'examine et puis j'avais pas grand chose, un peu tendue mais voilà, je ne lui propose pas d'arrêt de travail et donc la dame me dit « Je ne peux pas aller au travail » je dis « Bah là... » enfin elle devait réussir à toucher par... enfin clairement elle avait besoin de kiné, pour son dos, mais voilà quoi, elle avait pas besoin de... Y avait des contractures, y avait... voilà, besoin de relaxation, elle avait besoin de... Et donc nous voilà parties à négocier sur cet arrêt et elle est complètement partie en live « Oui ! Je vous demande jamais rien ! Là je vais pas bien, je peux pas aller au travail – Attendez votre dos il va bien et 'fin voilà je veux bien vous mettre en arrêt de travail mais il faut que je comprenne, là, y a un truc qui va pas », et en fait elle s'est effondrée, 'fin voilà y avait de la pression au travail, y avait... enfin ça n'allait pas du tout quoi ! Et du coup le fait de... Donc effectivement je l'ai arrêtée, pas pour son dos mais parce qu'elle n'allait pas bien, je l'ai arrêtée, je me souviens plus si à l'époque si je l'ai arrêté 1 semaine ou 2 semaines, elle a changé de médecin (*rire*) mais je l'ai recroisée euh... peut être 1 an après et elle est venue me voir en me disant « Vous savez docteur, c'était drôlement bien la discussion qu'on a eue parce que depuis j'ai changé de travail et je vais beaucoup mieux », ça m'a quand même scotchée parce que je me suis dis « Là quand même ! » parce qu'on s'était vraiment pris... enfin voilà, ça avait été violent comme consultation, la preuve c'est qu'elle a changé de médecin derrière euh... Je l'avais arrêtée parce qu'elle n'allait pas bien, en même temps finalement ça lui a servi, ça lui a rendu service. Alors après ce que je dis pour les rhino-pharyngites, en même temps, malgré ça je l'applique pas.

Int : C'est-à dire ?

Dr 6s : Bah c'est ce que je viens d'expliquer pour le dos où là, la patiente c'était vraiment très clair quoi. Alors après effectivement le patient qui vient qui a 38° de fièvre et qui tousse, qu'a juste une rhino-pharyngite et qui pourrait aller au boulot, peut-être qu'il... Alors, pourtant j'ai tendance à creuser quand même, je suis pas du genre à pas causer mais peut être qu'il faudrait l'interroger plus sur finalement pourquoi il vient, pourquoi ça ne va pas et du coup pourquoi il a besoin d'un arrêt de travail quoi, pour les faire avancer.

Int : Hum hum.

Dr 6s : Mais bon (*silence*). Comme quoi même en ayant conscience de tout ça, c'est loin d'être si facile que ça, mais après c'est toujours pareil quoi, c'est... c'est bien plus pratique, bien plus rapide de mettre « rhino-pharyngite » et puis de faire un arrêt de 2 jours que de prendre le temps de discuter. Bon en même temps j'ai

des consultations de 20 minutes (*rire*), je suis fréquemment en retard en fin de consultation (*silence*). Ouais, c'est pas simple....

Int : Hum. Qu'est ce qui va vous faire voilà, qu'est ce qui peut faire pencher la balance dans une consultation, qu'est-ce qui peut vous faire céder ?

Dr 6s : Hum... Alors des fois je me dis je pense qu'on est un peu tordu, mais c'est la façon de demander (*rire*)...

Int : Oui c'est intéressant ça.

Dr 6s : Je pense que, je pense que c'est comme pour les enfants, 'fin, je passe mes journées, enfin pas mes journées mais je répète à mes enfants, je leur dis « c'est important de savoir demander » (*rire*) et en même temps, un patient qui arrive avec sa petite liste de course qui dit « Bah voilà, il me faudrait... il me faut, il me faut du Doliprane, du Toplexil, du machin chose... et du... » Voilà, en général on n'est pas très content quoi, on commence par se mettre dans le fond du fauteuil (*fait le mouvement en même temps*) et puis on se dit « Bon, voilà, par quoi on commence?! On va remettre les choses... ». J'ai une collègue qui racontait qu'elle avait pris l'ordonnancier et puis qu'elle l'avait mis devant le patient avec le stylo (*rire*) et que le patient s'était retrouvé un peu... voilà ; après si euh... Donc on aime pas, on n'aime pas qu'on nous... et bah ça je pense que, c'est pour ça je dis des fois que ça c'est un peu notre ego de médecin, on n'aime pas qu'on nous dise ce qu'il faut qu'on fasse, ça je pense que le médecin il aime pas ça, après euh, je pense qu'il faut qu'on prenne un peu sur nous aussi et que voilà... mais après le patient euh... en même temps, un patient qui me demande rien, je vais quasi systématiquement lui demander à la fin de la consultation s'il a du Doliprane chez lui quoi, surtout en période de grippe, histoire que le week-end quand y a de la fièvre, il courre pas après la boîte de Doliprane qu'il a pas, quoi. Pour les enfants, comme pour les adultes, enfin c'est trop ridicule quoi. Donc c'est vrai que je vais facilement rajouter une boîte de Doliprane, alors que s'il me le demande je vais grogner ! (*rire*) Bon...

Int : C'est comme ça..

Dr 6s : Et voilà ! Je pense que le médecin a besoin de rester à... Après je pense qu'on a besoin aussi euh... de rester maître un peu de la consultation et de nos prescriptions, je pense que c'est... La Sécu nous demande ça aussi donc voilà, après tout, on ne fait que ce qu'on nous demande hein (*silence*). Après on été habitué aux grands pontes qui nous disent que « Il faut faire ci, il faut faire ça » et... (*silence*)

Int : En pratique...

Dr 6s : En pratique voilà. En pratique, ça m'étonne quand je dis ça cette histoire d'ego et de... parce que je m'en rends compte dans les consultations, je m'en rends compte avec certains patients et en même temps j'ai vraiment l'impression de lutter contre ça quoi et de plus être dans la recherche du partenariat avec les patients et du fait qu'ils soient partie prenante dans les décisions et dans les euh... dans les... Je suis pas du genre à dire au patient, fin voilà « Il faut que vous preniez ça ou il faut que vous fassiez ça parce que ça va être ça le mieux pour vous », non, je vais plutôt être à discuter, à expliquer et à... Bon, mais de temps en temps ça doit ressortir de temps en temps je pense.

Int : Hum. C'est quoi votre ressenti quand vous cédez à une demande qui n'est pas justifiée ? Qu'est ce que vous vous dites ? Vous cédez à une demande et qu'est ce qui se passe ?

Dr 6s : Ah bah c'est frustrant. C'est... (*silence*) Céder à une d... à une demande à laquelle on ne souhaitait pas céder c'est euh... C'est un échec, c'est être vaincu, 'fin j'exagère un peu mais oui c'est euh (*silence*). Oui bah quelque part, on a baissé les bras quoi... On a baissé les bras. Et puis la Sécu va venir nous voir en nous disant (*prend une petite voix aiguë méprisante*) « C'est pas bien, c'est pas bien, vous avez mis 5 jours alors que 3 jours ça lui aurait suffi comme arrêt de travail ». Je pense que c'est un peu... Parce qu'en soi, est-ce que c'est dramatique ? Est-ce que... Enfin si parce que ça fait des dépenses supplémentaires surtout si c'est pas justifié mais... (*silence*) Mais en même temps le patient qui va pas bien, par rapport à l'histoire de l'arrêt de travail là, y aurait moins de pression dans la société, euh, on aurait peut être moins besoin aussi de... de se batailler... pour que les gens aillent mieux hein (*silence*)....

Int : Donc tout ne dépend pas du médecin.

Dr 6s : Non, je pense que tout ne dépend pas du médecin. Surtout qu'on se bataille de la même façon dans l'autre sens, parce que là c'est qu'elles sont les prescriptions que l'on fait qui ne sont pas justifiées, encore que il faudrait savoir ce que c'est qu'une prescription pas justifiée euh... Mais après, si on... Je ne sais pas ça serait intéressant sur une journée de travail de se dire, combien de temps on passe à refuser une prescription et combien de temps on passe à négocier une prescription qui est importante et qui ne va pas être suivie par le patient. Ça c'est encore une autre...

Int : Ca pourrait être un autre sujet !

Dr 6s : Ouais c'est ça ! (*rire*) C'est pas le sujet mais en temps euh, c'est... On passe notre temps à négocier, alors c'est sûr qu'imposer c'est plus simple.

Int : Vous avez l'impression de passer votre temps à négocier ?

Dr 6s : Ah oui ! Ah oui, moi j'ai vraiment l'impression de passer de mon temps à négocier ouais. Oui parce qu'à partir du moment où bah, oui, enfin en plus j'ai vraiment l'impression qu'on sort du... je pense que ça c'est plutôt une bonne chose mais, on sort quand même un peu du médecin qui sait tout et qui a tout vu et qui a tout, 'fin de la médecine, je ne sais pas comment dire moi mais euh... patriarcale, où le médecin il sait tout, il a tout vu et de toute façon c'est forcément lui qui a la bonne réponse. Ah... Puisqu'on sait que la médecine évolue, que ce qui était vrai y a 10 ans ne l'est plus, que pour notre patient, qu'est-ce qui est bon ? Est-ce qu'on le sait ? 'Fin si y a des choses qu'on sait quand même faut pas exagérer mais je veux dire, surtout en médecine générale, euh... on passe notre temps à dire aux internes, voilà les déterminants y a nous, y a le médecin et puis y a l'environnement, 'fin y a nous, y a le patient et puis y a l'environnement, y a quand même des tas de choses sur lesquelles on a pas de... C'est un tout quoi ! Et on... bon... (*silence*)

Int : Hum hum

Dr 6s : Après les résistances bactériologiques font que les antibiotiques il faut limiter et que voilà. Bon après y a des choses qu'on sait qui sont voilà...

Int : C'est aussi des arguments que vous pouvez avancer au patient.

Dr 6s : Oui voilà, c'est ça ! Je pense que ce sont des arguments qu'ils entendent mais euh... mais oui, c'est... moi j'ai vraiment l'impression oui. Vous trouvez pas vous qu'on passe notre vie à négocier ?

Int : Des fois si...

Dr 6s : Hein ! C'est quand même... Après voilà, c'est la relation aussi, c'est... On est dans la mise en place du partenariat médecin-patient (*silence*).

Int : Hum. J'ai une dernière question : qu'est ce que vous faites pour refuser, cette fois-ci ? Vos stratégies pour dire non, pour refuser une demande... ?

Dr 6s : Alors, je suis allée dans un séminaire, là on disait, voilà « Comment dire non ? » et à un moment donné il faut dire « Non » sans se justifier et sans voilà, dire non. Bon après je trouve que c'est pas si simple que ça et on est vite tenté de se justifier et de... de dire..

(répond au téléphone une petite minute) Excusez-moi...

Int : Nans nan vous inquiétez pas, on va terminer... Donc on était sur les stratégies pour dire non, vous parliez d'un séminaire et vous disiez finalement que c'était pas si carré...

Dr 6s : Et bah que du coup, voilà, un moment donné c'est important de dire non sans aller se justifier, si on pense qu'il faut dire non, faut dire non... euh... Mais après je trouve qu'on est vite tenté de se justifier, d'expliquer pourquoi on dit non et de... voilà, en se disant que ça va mieux passer mais après... Mais après je pense que c'est la volonté de sauvegarde de la relation, on n'a pas envie de pas faire plaisir à notre patient quoi, je pense qu'on... même si c'est pour son bien, lui dire non, c'est quelque part... je pense que c'est un petit peu comme le patient quand il nous dit « Bah non Docteur j'ai pas pris votre traitement quoi », 'fin... bon. Après euh (*silence*), c'est toujours pareil je pense que quand c'est carré dans sa tête et puis quand c'est pour des choses très précises c'est bah non quoi. « Non je peux pas – Non j'ai pas le droit - » Euh « Non...- Non moi je fais pas – Non... ». Après classiquement quand on dit non il faut pouvoir donner une... enfin ça dépend sur quoi ça, mais donner une piste, donner un... (*silence*). On a du mal à dire non, c'est compliqué, ça se saurait sinon hein ! (*rire*)

Int : Oui...

Dr 6s : Ça se saurait... (*silence*)

Int : D'accord. Est-ce que vous avez des choses à ajouter sur le sujet ? Des remarques à faire ?

Dr 6s : Je pense que c'est passionnant, c'est bien qu'il y ait une thèse sur le sujet ! Je pense que c'est bien .

Int : Ouais, on a pris le temps avant de le trouver !

Dr 6s : Oui... Mais c'est bien parce que... Et je pense que c'est particulièrement épuisant pour le médecin généraliste et surtout pour le médecin généraliste par rapport aux spécialistes qui se retranchent derrière, euh, ce « Vous verrez ça avec votre médecin traitant », 'fin voilà, soit c'est « Vous verrez ça avec le médecin traitant » si ça lui convient pas ou qu'il a pas envie ou que voilà ; soit quand c'est dans sa spécialité c'est lui qui

a la vérité point barre quoi, alors qu'en médecine générale, on est pas là-dedans parce que forcément on euh... même si c'est on est spécialiste en médecine générale on... On n'est pas étiqueté comme tel hein donc voilà, on n'est QUE généraliste et... ils nous épuisent. Et je pense que ça serait pas mal... ça serait pas mal que les spécialistes nous soutiennent plus et cherchent à comprendre... Si seulement ils pouvaient lire cette thèse et chercher à comprendre pourquoi le médecin généraliste a prescrit tel ou tel truc et que c'est pas comme ça juste pour faire différemment des recommandations, mais qu'il doit y avoir une raison et bien ça serait un grand pas, s'ils arrivaient à... (*silence*). Ou la Sécu hein, sur les arrêts de travail c'est ce que je disais tout à l'heure hein, s'ils arrivaient à faire le pourcentage d'arrêts de travail dans telle entreprise qui soit différent dans telle autre, enfin voilà ça aurait peut être un sens hein, pourquoi est-ce qu'il y a des entreprises où on est obligé d'arrêter les gens régulièrement parce que ça va pas, parce qu'ils ont un rhume et parce que... Voilà c'est quand même... C'est facile de dire « Parce que c'est le médecin qui donne des arrêts de travail et qui sait pas dire non », faut arrêter hein. Effectivement faut être en forme, faut négocier, il faut... Mais quand même, mais quand même quoi, c'est trop facile. Qu'ils viennent, qu'ils viennent travailler avec nous et puis ils verront.

Int : On s'arrête là ?

Dr 6s : Ouais...

Int : Est ce que je pourrais vous recontacter éventuellement si j'ai des questions en retapant en l'entretien, s'il y a des petites choses qui me paraissent un peu floues... ?

Dr 6s : Oui. Je pense que y a une chose que j'ai pas dite et à laquelle je pense, je pense qu'il y a le lien avec le patient aussi, que le spécialiste n'a pas qui modifie aussi notre capacité à dire non. Je veux dire un patient qu'on connaît bien, qu'on croise à la sortie de l'école parce qu'il va chercher ses enfants et nous aussi, on n'a pas la même euh... objectivité, enfin je sais pas si c'est... enfin si c'est ça, ouais, que quand on connaît pas quoi. Je pense que ça c'est aussi un autre élément à prendre en compte.

Int : Hum hum.

Dr 6s : Mais ce qui peut s'expliquer aussi pour un médecin... enfin voilà quand ça fait 30 ans qu'on suit un patient, c'est pas comme quand ça fait 2 ans qu'on le suit quoi. Je pense que ça crée un lien qui est au-delà de... du simple lien médecin-patient et c'est quand même un lien particulier le lien médecin-patient. Dans toutes les épreuves douloureuses et dans toutes les épreuves euh... (*silence*) heureuses, enfin heureuses un peu moins mais en tout cas dans toutes les épreuves douloureuses le médecin il est là souvent quand même. Du coup...euh...

Int : Le médecin de famille.

Dr 6s : Ouais, voilà c'est ça, c'est super mais c'est... c'est le revers de la médaille ! (*rire*)

Int : Si on veut...

Dr 6s : Voilà voilà !

Int : Merci, je vais pas vous retarder parce que je pense que votre interne elle a besoin de vous .

Dr 6s : Ouais je vais aller voir... ouais exactement.

Int : Merci.

3. Entretien avec le Dr 1m

Dr 1m, homme de 55ans, maitre de stage, exerce en cabinet de groupe en milieu rural (5 généralistes). L'entretien a duré 40min.

Int : Merci d'avoir accepté cet entretien ; comme on a dit ça devrait durer environ 45min, tout va être enregistré puis retranscrit, anonymement ; si vous le souhaitez vous pourrez relire à la fin la retranscription, et le travail ne sera utilisé évidemment que pour notre thèse.

Le thème de notre recherche : on travaille sur les déterminants de la prescription médicale en Médecine Générale et on s'intéresse à l'influence que peut avoir le patient sur son médecin. Il s'agit de comprendre les raisons qui vont pouvoir amener un médecin à prescrire hors du cadre de ses pratiques habituelles – on parle des pratiques habituelles, pas des recommandations des sociétés savantes – à la demande de son patient.

Pour commencer, on va parler d'une situation très concrète que vous avez probablement rencontrée : un patient lombalgique qui vient vous voir en consultation, qui revient vous voir, parce qu'il a toujours mal, et il vous réclame des examens complémentaires et/ou un arrêt de travail, alors que vous, vous estimiez qu'il n'y avait pas besoin de bilan et que vous pensiez qu'il était capable de reprendre le travail. Est-ce que vous avez en tête une consultation comme ça que vous pourriez me raconter?

Dr 1m : Alors j'ai pas de situation sur un arrêt de travail mais j'ai une dame qui est venue me voir hier, une dame de plus de 70 ans, euh... qui... avait d'abord été explorée par les pneumologues pour une dyspnée qui s'avère être une dyspnée *sine materia* et, euh... à qui on avait fait un bilan d'ostéoporose dans le cadre de lombalgies classiques. Le bilan a été fait par les rhumatologues hospitaliers, qui a montré une petite... une ostéoporose tout à fait banale, euh... nécessitant un petit peu de... de l'activité, bien sûr, telle qu'on la préconise, également des petites doses de vitamine D, et une perfusion d'acclasta, en choix avec des bisphosphonates per os. L'hôpital demande une radio, dont je demande à voir les résultats et euh... je... n'ayant pas les résultats je refais faire une radio, qui montre une radio bien abimée quand même et euh... et pour laquelle je préconise à ma patiente de la kiné, euh... de la kiné et euh... du paracétamol, en lui contre-indiquant les AINS, en raison de son asthme d'une part, et puis de son hypertension. Et alors elle est revenue plusieurs fois à la charge pour me demander des anti inflammatoires, 1 fois, 2 fois, 3 fois, que j'ai refusés... Et alors je vois hier sur mon bureau « faire une lettre pour Mme Untel qui veut voir son rhumatologue ». Et donc, euh... Au vu de ses radios je lui avais bien dit, compte tenu de la scoliose lombaire, euh... des pincements etc. euh... qu'il fallait se contenter de nos traitements... Mais là, la douleur était tellement invalidante euh... qu'elle m'a donc euh... que je lui ai fait donc une autre radio, euh non, euh... une lettre, contre ma, sur ma, contre ma... contre mon avis quoi, tu vois, pour le rhumatologue, parce qu'elle demandait une infiltration. Voilà comment ça s'est passé. Donc, j'ai pas la situation sur l'arrêt de travail, mais faudrait qu'on en trouve une autre, par exemple, euh... voilà ce que je peux te dire sur une lombalgie qui me, qui me revient, tu vois, cas concret. Donc, une consultation forcée en rhumatologie pour une infiltration.

Int : Alors que vous, vous estimiez que...

Dr 1m : Non, que sa douleur, euh... Elle arrive en criant, en disant « j'ai une douleur intolérable » mais bon elle est capable de bouger, de faire ci, de faire ça, donc y a une majoration fonctionnelle, une espèce de focalisation sur cette douleur qui... qui me paraît relever d'autres, d'autres causes qu'elle a pas explicitées. Alors certes elle est veuve, son mari est mort d'un cancer du colon il y a quelques années, euh... Voilà je... je sais que cette dame est quand même en souffrance, mais euh... je comprends pas cette... cette fixation, cette fixation sur ses lombalgies en disant « Je veux plus souffrir » ; alors comme je lui ai dit cette dame elle a 73 ans, elle a le droit de souffrir comme tout le monde, de vivre avec sa douleur, de continuer à faire de la gym et de... et de l'aquagym – elle fait de l'aquagym en plus, donc voilà y a une espèce de discordance entre une demande d'être calmée alors qu'elle a une vie qui me paraît complètement normale.

Int : Elle justifiait sa demande par la douleur ?

Dr 1m : La douleur, oui.

Int : Et il y avait d'autres motifs, elle justifiait autrement ?

Dr 1m : Non, non, que la douleur, que la douleur. Voilà. Donc voilà un petit peu comment j'ai fait, mais enfin j'ai un petit peu euh... un petit peu cédé à ses injonctions parce que je savais pas comment m'en défaire, elle était au secrétariat ici, tu vois, et puis je l'ai fait venir et puis je lui ai fait cette lettre et pis voilà.

Int : C'était pas une consultation, elle est venue d'elle-même, avec...

Dr 1m : Après de multiples consultations où j'ai résisté.

Int : D'accord.

Dr 1m : Elle est venue 3, 4, elle est venue 3-4 fois. Je lui ai dit « Bah non Mme c'est kiné, c'est activité physique, c'est paracétamol 4g par jour. Puisque c'est très bien 4g par jour, on n'a pas besoin de mettre des anti-inflammatoires chez une asthmatique, qui en plus va nous faire un... un ulcère de l'estomac ou une colite aux anti- inflammatoires, ou quelque chose comme ça.

Int : Donc quand vous avez fait la lettre c'était...

Dr 1m : Là dans le bureau. Je l'ai fait venir parce qu'elle faisait un peu le bazar dans l'entrée.

Int : D'accord, elle était agressive ?

Dr 1m : Non, non, mais d'une... Ca devient agressif dans la mesure où c'est une insistance permanente, quoi donc, euh... Bon... euh... Elle voulait sa lettre, elle a eu sa lettre quoi. Et je n'ai même pas compris quand elle a laissé le mot hier matin. J'ai même pas compris pourquoi elle voulait une lettre, si elle voulait un deuxième avis. Bon alors qu'on avait fait tous les examens. Voilà.

Int : Et c'était quel jour de la sem... quel moment du... est-ce que votre planning était chargé ?

Dr 1m : Ah oui oui, oui.

Int : Vous étiez de quelle humeur ?

Dr 1m : En fait la lettre a été demandée avant-hier soir. Je l'ai laissée sur mon bureau hier de manière un peu perplexe parce que je savais pas, y'avait marqué « Faire lettre pour rhumato ». Et puis hier elle m'a expliqué un petit peu ce qu'elle voulait, quoi. Donc je l'ai fait entre deux portes. Hein... Euh... pour... pour arrêter ce rythme, ce cycle infernal de demandes etc. Hein, pour demander l'avis du rhumatologue qui est le Dr X je crois. Et puis, et puis voilà. Puis pour avoir... pour être soulagé de ces consultations itératives quoi. Où elle attend pas, quoi.

Int : C'est ça qui a fait que vous avez cédé, c'est vraiment... la lassitude ?

Dr 1m : La lassitude et puis... et puis je me suis dit « Bah ma foi si on lui fait une infiltration, c'est peut-être pas une chose tout bête, euh... Elle aura une infiltration, qui sera efficace ou de manière psychologique ou de manière réelle. Euh... bon, voilà, on aura fait le tour de la question et peut-être qu'après elle sera un petit peu plus mûre pour entendre... que voilà, qu'elle a 73 ans, qu'elle a une grosse scoliose lombaire et puis, voilà quoi. Et puis que bah, ça va rentrer dans l'ordre, et ça va passer, comme y a eu une période d'examens où elle a demandé plein d'examens pneumologiques qui en fait n'ont rien montré. Qu'une espèce d'hyperventilation avec une toux. Et ça on le savait d'abord, je le savais déjà, je lui avais déjà dit mais bon il a fallu qu'elle passe par tout le circuit pneumologique avec des examens pour moi longs et coûteux. Elle m'a même demandé un 100% pour ça, que j'ai refusé parce que je lui ai dit « Vous n'avez rien aux poumons ». Voilà, donc tu vois c'est

une dame, je pense qu'il faut, qu'elle part sur un truc alors elle veut avoir tous les examens de la terre, et puis après bah quand elle a eu tous ses examens, bah hop! Elle est enfin rassurée, pis sereine, pis bah... En espérant que ça se déplace pas dans trois mois sur des céphalées, quoi, où faudra refaire toute une... Hein, bon hein voilà...

Int : D'accord... Vous aviez quoi comme antécédents relationnels avec cette patiente ?

Dr 1m : Alors c'est une dame qui est venue me voir... en 2002 après le départ du Dr Y... Antécédents relationnels, c'est... c'est assez courtois, c'est courtoisie, mais toujours dans la demande. Toujours dans la demande, sur sa toux, sur plein de choses, sur plein de choses donc... sur plein de choses qui... qui nous arrivent tous les jours. Alors les antécédents, alors est-ce qu'il y a pas quelque chose de revendicatif parce que son mari est mort ? Ou d'incompréhension, d'elle, parce que son mari avait des troubles digestifs coliques pour lesquels j'avais demandé une coloscopie mais lui disait que non. Donc il a fini par faire un cancer du colon étendu aux différents viscères et il est mort dans des souffrances assez... assez... atroces, au CPP. Donc c'est vrai qu'après on en a reparlé, elle me disait « Est-ce que ça a été pris trop tard ? » Je lui disais « Oui ça a été pris trop tard »... Alors elle s'est dit « Est-ce que le médecin a bien, a suffisamment insisté ? Est-ce qu'il a pas suffisamment été persuasif vis-à-vis de son mari pour qu'il fasse une coloscopie alors qu'il lui avait demandé ? » Y a peut-être ça, y a peut-être un petit peu de ressenti négatif vis-à-vis de ça, je pense qu'il y a peut-être des choses comme ça, quoi. « Mon mari est mort... » c'était bien, c'était un couple où lui c'était l'homme équilibré et tout. Elle c'était, c'était la femme un petit peu... qui avait besoin d'être structurée donc elle a perdu sa structure, cette relation structurante je pense. Elle a perdu un mari, elle a perdu une belle qualité de vie parce qu'ils avaient un camping car et ils se promenaient partout. Donc à la suite du décès de son mari, bah elle a vendu sa maison, elle a repris une autre petite maison qu'elle a achetée ou en location dans le village. Y a eu tout un tas de choses qui font que, y a peut-être cette chose-là qu'est pas encore percée. Bon, je pense que... y a ça sûrement, tu vois. Bon, déjà le deuil de son ancien toubib qu'elle avait depuis toujours, en décembre 2002. Ensuite elle a essayé le successeur, ça lui a pas plu elle est venue là, tu vois. Donc y a eu tout un tas d'évènements difficiles qui peuvent... dire bon bah voilà mon mari n'est plus là, il faut que je fasse la pelouse, j'ai mal au dos. Enfin bon, peut-être des choses comme ça qui ressortent. Je pense qu'il y a peut-être des choses à creuser de ce côté-là, à mon avis. (*Long silence*)

Int : Quel est le type de demandes, de la part de vos patients, que vous avez le plus de mal à refuser ? Qui vont, presque à tous les coups, vous imposer une prescription qui sera pas celle que vous auriez voulue ?

Dr 1m : (*Long silence...*) En toute logique, je devrais refuser la kiné, mais j'en mets beaucoup parce que j'y crois beaucoup. Mais ça je devrais refuser parce que normalement dans les lombalgies on met pas de kiné. Euh... Alors les demandes de scanner, moi. Ca, quand quelqu'un a des céphalées en casque manifestement psychogènes et me demande un scanner, moi j'essaie de refuser des scanners en veux-tu en voilà. Donc le

scanner j'en fais peu, ou j'en fais quand c'est vraiment motivé, par exemple rechercher des signes d'atrophie de l'hippocampe ou de la zone frontale dans les bilans de démence, j'en fais, mais j'en fais très peu. Je refuse le scanner dans la lombalgie, mais ça m'est demandé. « Je veux tout de suite le scanner ». Donc ça, le scanner et l'IRM, quand ils ne sont pas justifiés, je bloque.

Int : Vous arrivez facilement à les refuser.

Dr 1m : Bah, j'essaie, j'essaie. La sensibilité de dire « Tu veux un scanner ? Je te fais un scanner » bah non. « Non, vous n'aurez pas de scanner, parce que vous avez une lombalgie, parce qu'il n'y a pas de signe de radiculalgie, parce que le scanner va rechercher quoi ? Un canal lombaire étroit ? Vous n'en avez pas, vous n'avez pas le signe du caddie etc. Donc pas de scanner. Avez-vous une sciatique ? Regardez il n'y a pas de sciatique donc pas de scanner ». Donc, une lombalgie, égal : ou rien, ou une radio, mais pas le scanner. Euh... donc tous les scanners tu vois même pour une radiculalgie, une névralgie cervico-brachiale frustrée, quand on me demande un scanner, je dis « Non, non, on ne fera pas de scanner, au maximum une radio, on verra les trous de conjugaison, et on s'arrêtera là ». Euh... Qu'est-ce qu'on me demande, par exemple... On ne m'a jamais demandé de scanner corps entier, mais ça viendra peut-être. Et là, non. « Pour voir, parce que je veux être sûr, on sait jamais ce qui peut arriver » Ca, ça, je refuserais. Qu'est-ce que j'ai encore refusé ? Euh... C'est surtout ça, tous les scanners, tous les examens qui vont ne déboucher sur rien. Ca, c'est dans l'imagerie. Alors dans les prises de sang, qu'est-ce que je refuse ? Je refuse pas grand-chose, j'essaie de différer des fois quand y a eu un an ou deux, bah je dis « Ecoutez, non, c'était bien, on pourrait peut-être attendre 6 mois de plus, regardez c'est bien » - « Oui mais j'ai droit à la prise de sang » - « Mais non vous n'avez pas droit, Mr/Mme, on fait la prise de sang si elle est justifiée, hein, on a droit à combien, bah on a droit à tout et à rien, y a pas besoin de faire des prises de sang tous les 6 mois pour un cholestérol ou pour une numération ou pour n'importe quoi. On fait des examens de dépistage de temps en temps parce qu'on sait très bien qu'avec les années, notre organisme change, qu'on peut avoir des anomalies qui apparaissent, sur le profil cytolipidique ou la fonction rénale par exemple, qui nous aident à bien équilibrer nos doses thérapeutiques » Mais bon c'est là-dessus, quoi j'essaie de pas être systématique, « Il me la faut etc. » Donc, euh, bah y a les scanners, les prises de sang, euh, je sais pas si tu vois d'autres choses ? (*Silence.*)

Int : Par exemple est-ce que vous avez des difficultés à refuser, par exemple un arrêt de travail ?

Dr 1m : Alors les arrêts de travail, euh... (*Silence*)... J'avoue ici on n'a pas vraiment de... Ah si, là je, oui là j'ai des difficultés pour une patiente bien particulière qui a une tendinite d'Achille qui me paraît purement psychogène, et qui arrive avec des cannes anglaises, mais je sais qu'elle va se promener le week-end, tu vois. Là, je lui mets un arrêt, en sachant que... euh... En sachant pas quoi faire. En sachant que j'attends un IRM qui va avoir lieu fin juin et ma grande crainte c'est que l'IRM montre une espèce d'anomalie et qu'on aboutisse sur un peignage du tendon qui va chroniciser une situation d'origine psychogène, et qu'on va avoir une personne

qui ne marche plus. Faut voir que cette personne est en conflit avec son employeur. Son mari, qui a aussi le même employeur, tire aussi au maximum les arrêts, pour des histoires de tendinites etc. Donc on a une espèce de... de... de stimulation négative dans le couple, avec une revendication par rapport à l'employeur, ce qui fait que là, je... Je devrais refuser, mais j'ai peur que... que si je refuse on va aller vers des, des choses... on va aller au clash, elle va se brusquer, elle va s'enfermer dans sa pathologie. Donc j'attends l'IRM pour la faire reprendre. Tu vois, ça c'est un exemple, je prolonge un arrêt en sachant que vraiment, elle pourrait reprendre, parce qu'elle a une tendinopathie d'origine à mon avis psychogène. Voilà, là, je devrais refuser, mais... Je pense que le refus fera plus de mal que de bien, dans la mesure où elle va s'ancrer dans cette névrose revendicative et va s'enkyster autour de ça, et finira par avoir son... Je préfère l'arrêter pour qu'on reste dans le médical... Que d'aller plus tard dans une (*marmonne*)... Donc là c'est difficile, mais bon je me dis que... J'explique ma défaillance d'autorité, en me disant que...

(Interruption par l'entrée d'un collègue dans la pièce...)

Moi je... je mets les arrêts qu'il faut, en général. Tu vois une angine, bah c'est 3 ou 5 jours, ça dépend un petit peu du travail de la personne. Euh... j'ai peu de personnes qui redemandent des arrêts injustifiés, vraiment. En expliquant bien, hein... Ou alors, ou alors, bah... T'as la personne, tiens on va parler des professeurs ! Y a des choses qui me révoltent, une personne par exemple, de 58 ans, qui a enfin un problème organique, qui est prof de sport tout près d'ici à Telleville, à qui on vient de découvrir une rupture du supra-épineux droit... Bon, alors, elle souffre le martyr, mais bon, la date opératoire, bien sûr même si elle souffre, a été fixée au 8 septembre. Jour de la rentrée, quoi. Donc ça c'est des choses contre lesquelles on peut rien. Donc elle va se faire opérer, elle va avoir mal, et au lieu d'être arrêtée comme tout le monde 6 semaines, bah elle va être arrêtée toute l'année, quoi. Donc ça c'est des choses, on se bat plus, c'est des personnes qu'on connaît depuis 30 ans, qui ont toujours été comme ça, qui ont parfois travaillé dans une année peut-être 5 ou 6 jours, et encore avec mille misères, quoi. Qui pourrait être à la retraite, mais qui n'est pas à la retraite, parce qu'elle gagne plus cher, et parce qu'elle peut s'arrêter... Donc y a des choses là qui m'affligent et qui me... Et là, je, pfff... les bras m'en tombent, je fais les arrêts de guerre lasse mais je sais que ça fait partie du système. Là, je me bats même plus, là. C'est une personne. Tu vois je sais que là, la peine est perdue... Le combat est inutile.

Int : Si je reprends ce que vous dites, c'est pas tant le type de demande que le profil de patients qui vous pose des difficultés.

Dr 1m : Oui, là j'ai 2 profils difficiles, oui. Mais les demandes d'arrêt injustifié, euh, nan, à part ces 2 types de profils-là, non.

Int : Alors est-ce que vous pourriez me décrire justement un ou des profils de patient, on va dire un peu large, si c'est leur personnalité, leur catégorie socioprofessionnelle, je sais pas, un profil de patient qui fait que, quand il vient dans votre bureau, vous vous dites « ça va pas le faire je vais céder à ses demandes » ?

Dr 1m : Ouais. Alors y a déjà le profil de cette personne, prof de gym de 56-57 ans, qui a fait un travail de prof de gym dans un petit collège de campagne, aucune insécurité, aucune raison d'être en burn-out, etc. Donc ça c'est un premier profil. Profil, bah c'est souvent un métier avec un rapport à l'autre, où ils se décrivent plutôt en burn-out, où là donc, l'arrêt fait partie des compléments de vacances, etc... Alors là le prof de gym, ça c'est terrible. J'en ai 2 comme ça. Une autre qui est à la retraite maintenant, qui m'a dit l'autre jour « Vous vous rendez compte Dr 1m, c'est intolérable, je suis à la retraite et j'ai l'impression d'être inutile à la société ! » Alors j'avais envie de lui dire « Mais ma pauvre amie tu es inutile à la société depuis toujours »... Bon alors, y a le prof de gym. Prof de gym dans des campagnes où tout va bien, alors ça c'est... Bon, d'autres profils, d'autres personnes... Là, ça me pousse pas, mais t'as quand même des gens en situation de conflit avec leur employeur avec des pressions terribles, que je suis obligé d'arrêter. Donc ça, c'est pas une obligation, c'est vraiment... ça fait partie du soin, l'arrêt. Les gens limite burn-out, il faut les extraire du milieu, entreprendre des entretiens, plus ou moins avec un traitement médicamenteux, un avis psy ou un avis du médecin du travail etc. Alors ça c'est des choses... c'est des choses, euh... c'est des choses assez longues. Alors j'ai aussi un lombalgique chronique que je traîne, comme ça, qui a un dos en parfait état, qui s'est... qui lui s'arrête aussi. Alors il est infirmier à, euh... l'Union Régionale des Mines de l'Ouest. Tu sais que la société minière avait un système de Sécu indépendant, tu sais. Donc lui il est encore dans une structure où ils font des soins primaires, c'est très intéressant. Mais rituellement, j'ai droit à peu près euh... à l'arrêt pour sa lombalgie chronique. Donc la lombalgie chronique, là j'y coupe pas, hein, donc ça en fait partie. Donc il a, on a tout essayé, hein, on a fait... il a fait la psychothérapie, il a été à l'école du dos de l'hôpital, il a fait tout, il a vu tous les spécialistes de Nantes, d'Angers, tous les ostéopathes, tous les magnétiseurs, tous les machins trucs. Avec un succès relatif mais bon, le corollaire c'est qu'il a arrêté tous ses médicaments antidépresseurs. C'était pas plus mal mais bon, la lombalgie a un retentissement important sur sa vie dans la mesure où, bah, il passe tous ses weekends au lit, ça retentit sur sa vie de couple, et euh... de temps en temps, bah il s'arrête, tu vois, 1 semaine, 2 semaines. Il arrive même maintenant à me demander des arrêts par téléphone, tu vois. Donc le lombalgique chronique c'est ça, tu vois. Voilà, donc euh... euh... (*marmonne*) lombalgie, burn out, prof de sport...) Donc voilà j'ai pas d'autre idée comme ça, mais ça va me revenir après. Je te dis, j'ai rien préparé, je connaissais pas tes questions... (*silence*) Quoi d'autre encore... Pose-moi des questions, parce que... (*silence*) Alors les prolongations, euh, souvent, euh... dans le domaine des accidents de travail, souvent aller, pour être sûr qu'ils soient bien remis et que ça rechute pas trop on met 1 semaine ou 2 de plus, souvent, hein. Moi, moi j'hésite pas. Alors là, là c'est moi qui le dis. Tu sais, oh, quand ils demandent, moi je refuse pas, là. Surtout quand... quand y a une impaction. Par exemple tu vois là j'ai une dame qui a eu un accident du travail mais c'était un accident de voiture, elle a été percutée de manière euh... alors y a tout un ressenti d'injustice etc. Donc d'abord « J'ai été victime de l'accident du travail, j'ai eu le coup du lapin, ma fille est tombée dans les pommes, j'ai failli perdre ma fille... » Euh après, « J'ai plus de bagnole, l'assurance, on avait pris une assurance de merde donc on n'est pas remboursé de la voiture... » Donc tout un contexte de dédramatisation à faire autour de ça. Donc tu vois, là c'est d'abord un arrêt de travail, elle est toujours en arrêt de travail mais il faut... il faut, il faut qu'il y ait une espèce de digestion de tout ça. Parce que là c'est... on pourrait appeler ça un syndrome post-traumatique, un petit peu comme les gens qui ont eu des blasts ou des choses comme ça. Je pense que là, là c'est des arrêts un petit peu longs. Mais là j'y vais de bon cœur, si je peux dire, même si on n'est pas dans la thérapeutique... Voilà... Hmm... Qu'est-ce qu'il y a d'autre ?... Oui, alors j'ai beaucoup de gens aussi qui en ont marre parce qu'ils

bossent depuis dix-huit ans, ou seize ans qui se disent « Bah dis donc, la retraite c'était prévu à 58, maintenant c'est 60, puis on nous dit 62 », donc beaucoup de gens que... que j'arrête de temps en temps parce qu'ils sont au bout du rouleau, usés psychologiquement et physiquement. Par exemple des femmes de ménage, tu vois. Donc y a des arrêts que je fais, je prolonge et... et parfois c'est en attendant la retraite, tu vois. Et là je, je pourrais les refuser mais je pense que humainement c'est pas vraiment la bonne chose parce que si je les arrête pas quinze jours maintenant, bah on aura un arrêt de 3 mois à 6 mois. Donc c'est un peu une stratégie de... Je refuse pas, pour gagner quand même, quoi. Pour euh... pour qu'au bout du compte on ait moins d'arrêts dans l'année.

Int : D'accord. (*Silence long*). Qu'est-ce qui, dans la consultation, va vous faire céder, va vous faire accepter la demande du patient ? Si je reprends ce que vous me disiez, vous me parliez des demandes itératives, le moment où vous dites « aller stop on arrête, je cède parce que sinon ça va continuer » Qu'est-ce qui va faire pencher la balance ?

Dr 1m : C'est qu'ils m'épuisent ! C'est un petit peu de guerre lasse, quoi ! Je cède parce que... C'est facile de céder tout le temps, hein, de répondre à tout. Mais d'argumenter sur des choses, euh... scientifiques même, et quand on voit qu'on a beau répéter la même chose ça fait rien, bah on dit aller, bon... Donc c'est vraiment l'épuisement, quoi. C'est quand ils m'ont usé jusqu'à la corde que je cède, tu vois. Hein. Alors c'est facile, bon, tu fais ton arrêt, tu discutes pas, tu fais ton arrêt, et ta consultation au lieu de durer 30 minutes, elle dure 5 minutes. C'est des choses comme ça, quoi... Tellement usé que je cale, quoi. C'est vraiment une usure, euh... du corps à corps, quoi.

Int : Pour gagner du temps ?

Dr 1m : Pour avoir la paix ! Pour plus revoir les gens, quoi ! Pour dire, bah ça va bien, ils ont rien compris, quoi ! Et puis... et puis euh... C'est une espèce de... c'est une baisse de... c'est... ça se traduit par une espèce de culpabilité et de déception. C'est pour avoir la paix, quoi. Hein, quand tu... Quand tu t'es battu plusieurs... à plusieurs consults... C'est, c'est vraiment pour qu'ils me foutent la paix, quoi, effectivement ! C'est... on en arrive là, quoi. Pour pas les envoyer dehors, quoi. (*Silence*) Alors ça traduit un petit peu une... une usure professionnelle au long terme. Je me dis « Bah eh, c'est bon aller, je veux plus me battre avec ce type ou cette bonne femme qui... qui comprennent rien et puis voilà, on va leur mettre leur arrêt, j'aurai la paix, eux aussi et puis, et puis ouf » Un petit peu. C'est... J'ouvre les fenêtres, quoi !

Int : Et comment vous le vivez ?

Dr 1m : Pour moi ? Mal. (*Silence*). Mal, je trouve que je fais mal mon boulot mais bon... Ah, j'en ressors avec une... une impression... peut-être pas de nudité mais de... de me dire « Bah merde t'as pas fait ton boulot » mais bon... Qu'est-ce que tu veux, ça fait tellement d'années et tellement de temps que, bah... Bref je le vis mal, quoi. J'ai l'impression du travail mal fait. (*Silence*) De pas avoir fait mon boulot... (*Silence*) Mais bon... (*Silence*) C'est ça, voilà... Moi je le vis très mal... Enfin, très mal... Oui, enfin... Oui, oui, mal, oui. Oui, oui... Ouais... (*Silence*)

Int : Avant qu'on soit interrompus, vous parliez de manque d'autorité pendant la consultation, est-ce que vous pourriez m'en dire plus ?

Dr 1m : Moi je crois que j'ai un manque d'autorité, oui. De toutes façons, oui. Je dis plus souvent « oui » que « non ». Et, euh... c'est facile de dire oui. Pour que je dise... J'ai... Où je dis oui, bah c'est... Pour dire non, bah c'est ou je balance un arrêt ou alors je les engueule carrément et je les fous dehors, quoi. Donc, euh... y a quelque chose en moi qu'il faudrait que je travaille davantage. C'est... tu vois, entre le « oui tout le temps » et le « non » parfois avec colère, faudrait travailler entre les deux, quoi. C'est ça qui me manque, tu vois. Enfin... c'est ça, c'est... Hein, voilà. Donc y a quelque chose chez moi qui... qui va pas de ce côté-là. Voilà. (*Silence*) Ca, ça me... Pffffffffffff... Ouais, ça me... J'ai l'impression d'en faire beaucoup, ça me... je sais pas... Peut-être aussi le fait d'en faire de trop pour les patients, d'être trop à leur écoute et puis d'être trop investi... Voilà... Donc, s'investir beaucoup, puis un moment, bah... (*Silence*) Ne plus savoir trop dire non... Ca, c'est... c'est le gros problème de la Médecine Générale en général... Savoir dire non et donner des limites, tu vois... Ca, c'est... oui, oui... Culpabilité, euh, oui, oui.. « Non, c'est fini, j'arrête, on arrête là »... Clôturer les consultations... Tout ça c'est important... Enfin, c'est ce que je ressens, moi. Je sais pas comment c'est ressenti par les patients. Mais je... Je me sens un petit peu débordé, je me laisse... je me laisserais facilement débordé, tu vois. (*Silence*) Donc, à la fois dans le temps et puis aussi par des demandes intempestives, hein. Voilà, des demandes, euh... Mais... hein, voilà, quoi... Manque d'autorité, ouais...

Int : Si je reprends ce que vous m'avez dit, pour refuser, vous expliquez beaucoup, vous justifiez tout, vous faites référence aux recommandations... Vous essayez de différer la demande... Est-ce qu'il y a d'autres stratégies que vous avez mises en place ?

Dr 1m : ... Alors parfois les stratégies sur la Santé Publique, en disant « Bah eh, ton arrêt ça vaudrait... » - Euh, « Votre arrêt va coûter... » - pour le refus d'arrêt de travail par exemple... « Les arrêts injustifiés coûtent énormément. Y a une notion d'argent public, vous savez. Donc moi je vis grâce à l'argent public, vous vivez de vos cotisations, des miennes, et donc nous aussi on a un devoir vis-à-vis de la société, en s'arrêtant pas tous les 4 matins, en faisant bien notre travail, euh... Voilà, en ayant euh... Une question d'éthique, une question de civisme vis-à-vis de... » Voilà, ça c'est des stratégies que j'applique aussi pour les génériques, en disant « Voilà je compare sur Internet les prix, regardez, là vous avez un générique, qui coûtera moins cher que ça. -Ah ouais

ouais ouais –Et donc, au bout du compte ça fera beaucoup d'économies. On pourrait effectivement éviter à la Sécu de... de, de ne pas tomber dans le rouge, de... de continuer à exister, à soigner tout le monde de la même manière, riches comme pauvres, donc euh... C'est une question, la Sécurité Sociale, c'est euh... Elle a pas de valeur, mais elle a un coût. Hein, donc, le coût, le coût ça permet... C'est un autre argument, aussi.

Int : D'accord...

Dr 1m : Donc voilà... Euh... Avec ça, bah tu vois, je... D'autres stratégies, ça va peut-être me revenir, je te dirai... mais là, euh... Le côté Santé publique, un petit peu le côté, l'esprit collectif, hein... Voilà, quoi... (*Long silence*)

Int : Est-ce que vous auriez d'autres choses à ajouter ?

Dr 1m : Hummm... Bah écoute, là, euh... (*soupire*) (*long silence*) Alors y a aussi les notions amicales, aussi. Je pensais à ça. Ne pas être ami avec ses patients. Ca te permet en plus de refuser. Quand t'es ami, tu plonges. Tu vois, l'autre jour, j'ai une petite jeune je crois qui m'a, que, c'est (*marmonne*) une fille d'ami, une amie donc, qui me demande des ordonnances, comme ça, à droite et à gauche. Pour ci, pour ça, pour un peu de... un peu de Zelitrex pour les boutons de fièvre, quoi. Alors que bon, je crois que c'est, faut avoir plus de, tu sais le Zelitrex comprimé faut avoir plus de cinq récurrences pour le bouton de fièvre, donc tu vois ça, ça m'est, bon, voilà. Donc surtout, ne pas soigner ni sa famille ni ses amis. Ca, c'est ce que je voulais rajouter aussi. J'y avais pensé un petit peu avant, quoi. Où là, t'es, t'es complètement absorbé, euh... Enfin t'es complètement, t'as même plus ta distance, tu vois. Déjà du bureau et puis ta position de médecin. « Tiens fais-moi donc une ordonnance de ceci, de cela, parce que toc ! » Alors ça, faut pas rentrer là-dedans, à mon avis. Hein. Les amis, la famille, pfft, ils ont un médecin traitant. Qui n'est... A mon avis c'est ça. Je voulais parler de ça aussi. Voilà... Voilà ce que... Je crois que c'est tout... (*silence*) Puis autrement, bah...

Int : Est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous viennent...

Dr 1m : Non

Int : ... à l'esprit ?

Dr 1m : (*pianote sur son ordinateur*) Là je reprends mes dossiers, comme ça... (*Long silence... marmonne*) J'avoue que j'ai quand même une empathie pour les, les gens de... Les ouvriers, les gens qui ont une... une... qui viennent d'un milieu modeste. Puisque j'ai des racines modestes et... j'avoue que j'ai tendance à bien

comprendre tout ce qui est maladies professionnelles. Toutes les, toutes les... comment s'appelle, toutes les... TMS, c'est ça, les TMS liés à des gestes répétitifs soit dans la vigne, dans les usines. Ca c'est des choses pour lesquelles je... je prescris plus facilement d'arrêts que pour... Enfin j'en prescris, euh, assez facilement parce que j'ai tendance à les comprendre. Humainement d'abord et puis parce que j'ai peur que ça s'aggrave. Euh, donc les TMS, c'est quelque chose qui m'attire... Enfin qui m'attire, que... les arrêts pour ça, je... Je suis un petit peu dans cette logique, euh... (*silence*) Bah je... Je suis indigné par certaines conditions de travail, hein, même si la région est belle, les travailleurs de vignes en bavent un peu, ils sont exposés à des toxiques. Donc, c'est des gens que j'hésite pas à arrêter. Là, je... Un gars qui vient me voir pour une angine, euh... qui travaille dans les vignes dans des conditions... Au lieu de lui mettre 3 jours je vais lui mettre carrément une semaine, tu vois. Hein, c'est plutôt moi qui, qui force, hein. Des choses comme ça, tu vois. Puis ça dépend un petit peu de moi, de ma... de, de... de mon atavisme, enfin de... de mes... mes ascendants, hein, mes racines, tu vois.

Int : C'est des patients auxquels vous vous identifiez ?

Dr 1m : Je pense, oui. Des gens, des gens plutôt pauvres, plutôt simples, plutôt... Plutôt qu'ont pas eu beaucoup de chance. Ca c'est des gens auxquels je m'identifie, tu vois. Alors parfois y en a qui sont gratinés, quand même. Mais euh... quand même, j'ai, je pense avoir une attirance... enfin, une attirance, plutôt une empathie, peut-être un petit peu plus prononcée que d'autres médecins ou... Ou pas plus j'en sais rien. Mais si, sûrement plus, pour ce type d'individus, tu vois. (*Silence*) J'aime pas les propos méprisants sur les gens parce qu'ils ont pas de culture, ou parce que y a pas ceci, pas cela... Ca c'est une chose qui me révolte... Voilà, c'est, tout, enfin c'est hors sujet.

Int : Non, pas tant que ça, c'est pas hors sujet, c'est...

Dr 1m : C'est des choses qui me tiennent à cœur... Aspirer un petit peu à ce que les gens montent en... en éducation, en... en santé, parce que, je m'aperçois que, on sait très bien que la santé des cadres, les cadres vivent beaucoup plus vieux que les ouvriers... Y a beaucoup de choses qui me... qui m'atterrent un petit peu, quoi... Parce qu'ils sont pas portés, les gens qui font des boulots qu'ils devraient pas faire, hein, avec tout ce qu'on voit, les pesticides et qu'ont pas de masques... Nan, là... On apprend beaucoup des gens simples, beaucoup de gens qui nous apprennent énormément de choses... Par... Voilà... (*Silence*) Bah tu... Hmm... (*Silence*)

Int : Est-ce que vous voudriez dire quelque chose en conclusion de cet entretien ?

Dr 1m : Bah c'est un entretien qui m'a permis de me poser des questions que... de faire ressortir des choses que... Qui étaient là et puis que j'avais, je n'avais pas dites. Donc ça c'est... c'est un entretien un petit peu

impromptu comme ça, j'avais rien préparé donc je... Je trouve que, bah... euh... Voilà, on se laisse aller, et c'est... Ca pourrait être un petit peu inquiétant au départ parce que je me disais « Qu'est-ce que je vais pouvoir raconter un petit peu à Elsa ? » mais le fait, un que ça soit toi, en qui j'ai toute ma confiance, que j'aime beaucoup, ça a vaincu, ça a vaincu d'abord cette... cette résistance ; et puis ça permet de verbaliser des choses. Tu vois comme ça, c'est très bien, ça me permettra sûrement de... bah de, de travailler... mes faiblesses, voilà ! J'espère ! Voilà !

Déterminants de consultation amenant le Médecin Généraliste à céder à des demandes de prescriptions injustifiées et stratégies de refus.

RÉSUMÉ

Introduction. La médecine collaborative centrée sur le patient nécessite une personnalisation des soins, pouvant induire des prescriptions non conformes à la pratique habituelle du médecin généraliste (MG) et s'écartant des recommandations officielles. Ce travail cherche à comprendre quels éléments amènent les MG à modifier leur pratique sous l'influence des patients et quelles stratégies leur permettent d'éviter des prescriptions jugées injustifiées.

Matériel et Méthode. L'étude était qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés auprès de MG Sarthois et Angevins. Interrogés sur des situations vécues où un patient faisait une demande jugée injustifiée, les MG parlaient de leur ressenti, des déterminants influençant leur décision et de leurs stratégies de réponse. L'analyse s'est faite au fil de l'eau, selon la méthode inductive, avec double codage.

Résultats. De février 2014 à juillet 2015, 19 MG ont été interrogés, 11 femmes et 8 hommes, de 29 à 67 ans, exerçant en milieu urbain, semi-rural ou rural, seuls ou en groupe. Selon la majorité, il existait peu de demandes réellement injustifiées si l'on creusait les éléments contextuels biopsychosociaux. La formulation de la demande influençait leur recherche. Parfois ils cédaient pour négocier, conserver la relation de soin, protéger ou rassurer le patient, ou par principe de précaution. Leur contexte personnel (manque de temps, état de forme) les amenait à céder. Les stratégies de refus utilisaient : explication, négociation, réorientation, recadrage puis maintien ferme du refus avec techniques de découragement. En l'absence de justification et d'intérêt secondaire pour le MG, refuser n'était pas difficile.

Conclusion. Ces résultats correspondent aux données bibliographiques, qu'il s'agisse des principaux éléments de justification, des éléments incitant les MG à céder, ou des stratégies de réponse. Cependant les MG sont insuffisamment formés à la gestion des demandes abusives et aux techniques de communication durant leur cursus universitaire, d'où un vécu difficile de ces situations.

Mots-clés : médecin généraliste ; déterminant de prescription ; demande injustifiée ; relation médecin-patient ; refus

Reasons why a general practitioner could be brought to accept unjustified prescriptions and techniques of refusal.

ABSTRACT

Introduction. Collaborative medicine focused around the patient incites a personalized care, but this could induce inappropriate prescriptions in terms of medical practice or guidelines. The aim of this study is to determine which elements could bring a general practitioner (GP) to modify his medical judgement under the influence of his patient and which strategies GP's should use to deny inappropriate patient requests.

Material and Method. The study was qualitative, conducting individual interviews with GP's from Sarthe and the Maine-et-Loire area. Questioned about real-life situations where a patient made a request considered unjustified, the GP's spoke about their feelings, about the factors that may have influenced their decision and of their strategies of answer. The analysis was conducted step by step according to the inductive method, with double coding.

Results. From February 2014 to July 2015, 19 GP's were interviewed, 11 women and 8 men, from 29 to 67 years old, located in urban, semi-rural or rural areas, some working individually others in a group practice. The majority of GP's agreed that there were very few "real" inappropriate requests, if biopsychosocial contextual elements were. The manner in which a request was made did influence the GP's approach. Sometimes, they gave in to negotiate, to preserve the doctor-patient relationship, to protect or reassure patients or sometimes by simple precaution. Personal factors such as lack of time, stress, tiredness, etc. could also result in obtaining a positive request. Various strategies in cases of refusal were used: explanation, negotiation, reorientation, setting a new frame then continued refusal with discouragement techniques. The GP's found refusing was not very difficult, as in most cases, the reasons given were without justification and often without medical advantages for the GP.

Conclusion. These results correspond to bibliographical data, stating the principle elements inciting GP's to "give in", as well as elements of justification or strategies of answer. GP's however are insufficiently formed to deal with such situations and the techniques of communication during their university program do not prepare them for these type of difficult real-life situations.

Key words: General Practitioner, determinants of consultation, inappropriate request, doctor-patient relationship, refusal.

