

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS VII
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Margaux MANCIET

Née le 19 Février 1988 à Paris XIVème

Présentée et soutenue publiquement le 15 juin 2016

LES DIFFICULTÉS DES INTERNES À DIRE « NON » À LEURS PATIENTS
Étude qualitative auprès des internes de médecine générale de Paris VII

Président de thèse : **Professeur Ricardo CARBAJAL**
Directeur de thèse : **Professeur Jean LAFORTUNE**
Membres du jury : **Docteur André SOARES**
Docteur Hana AZERRAF
Docteur Nathalie DE SUREMAIN
Docteur Déborah BRIGOT

DES de Médecine Générale

I. REMERCIEMENTS

Au président du jury :

Un grand merci au **Professeur Ricardo CARBAJAL (PU-PH, chef de service des urgences de l'hôpital Trousseau)**. Vous m'avez permis de m'épanouir pendant six mois aux urgences pédiatriques de Trousseau. C'est un honneur de vous avoir comme président de jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.

Au directeur de thèse :

Merci énormément au **Professeur Jean LAFORTUNE (Directeur adjoint du département d'enseignement général et de recherche de médecine générale à Paris VI)**. Tu m'as soutenu lors de mon choix à l'internat, m'as suivi durant tout mon internat, as cru en moi pour mon projet de thèse et dissipé mes doutes lors de la rédaction. Ton accompagnement dans ce travail a été précieux. Un grand merci pour tout ce que tu as fait pour moi, je n'oublierai jamais.

Aux membres du jury pour avoir accepté de faire partie de ce jour exceptionnel pour moi :

- **Docteur Hana AZERRAF (maître de stage des universités)** : Vous avez été un mentor. Ces six mois passés dans votre cabinet m'ont permis de comprendre ce qu'était la vraie médecine de ville. J'y ai passé de très bons moments et j'espère sincèrement devenir comme vous plus tard.

- **Docteur Nathalie DE SUREMAIN (praticien hospitalier aux urgences de l'hôpital Trousseau)** : Quelle chance d'avoir une « marraine » pareille ! Il y a certaines personnes dans la vie que l'on rencontre et qui nous marquent à jamais. Tu en fais partie. Je n'oublierai jamais tout ce que tu m'as apporté et le petit « Guillain-Barré » restera pour toujours gravé en moi.

- **Docteur Déborah BRIGOT (chef de clinique des universités aux urgences de l'hôpital Trousseau)** : Que de bons moments passés ensemble même à sept heures du matin... C'était un réel plaisir de travailler à tes cotés et j'espère poursuivre cette amitié en dehors de l'hôpital.

- **Docteur André SOARES (maître de conférences associé des universités de médecine générale à Paris VI)** : Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail et du temps que vous m'accordez. Soyez assuré de mon profond respect.

Aux internes ayant participé aux entretiens semi-dirigés :

Sans vous ma thèse n'aurait pas vu le jour ! Je suis sincèrement reconnaissante du temps que vous m'avez accordé et la sincérité de vos propos. Par le biais de cette thèse, j'espère que maintenant vous aurez plus de facilités à exprimer votre refus...

Aux personnes m'ayant aidé dans la thèse :

A **Josette** : Un immense merci pour tout. Cette thèse n'aurait jamais eu cette qualité sans ton coup de maître.

A **Antoine et Emily** : Vous êtes des amours de m'avoir aidé et je suis admirative de cet accord si parfait qui vous unit. Longue vie à vous !

A toutes ces personnes qui m'entourent et qui font ce que je suis actuellement :

A **mes parents** : Un énorme merci à vous d'avoir toujours cru en moi. De m'avoir soutenu lors des moments difficiles et de m'avoir toujours encouragé dans cette voie. Je suis honorée d'avoir une famille aussi exceptionnelle qu'est la nôtre.

A **ma sœur et sa jolie famille** : J'ai énormément de chance d'avoir une sœur et un beau-frère aussi parfaits. Vos enfants sont adorables et leur joie de vivre fait chaud au cœur. Je les adore et j'espère continuer à danser avec eux encore longtemps.

A ma mamie Suzon : Je ne pouvais espérer plus merveilleux qu'une grand-mère comme toi.

Merci pour ton encouragement sans faille et pour le socle d'amour qui nous lie.

A mes « préférées » (Céline, Luciki, Pakito, Pannetoché, Dejésus, Florinette, Cecile) : Merci énormément pour tout ce que vous m'avez apporté depuis 10 ans. Comment aurais-je pu tenir sans vous durant toutes ces années ? Une sincère et profonde amitié est née, pourvu que ça dure quel que soit les chemins que chacune de nous prendra pour la suite.

A Chloé, Lola et Pierre : Que ferais-je sans vous ? Votre soutien est sans relâche et je suis très heureuse de vous avoir à mes côtés.

Aux copains d'Espagne (Béné, Loris, Céline, Pierrot, Laura, Matthieu, Mégane, Braz, Elo, Béni, Loïc) : On ne se connaît pas depuis très longtemps mais j'espère que cette amitié est le début d'une longue et belle histoire.

A Tahiti : Ce voyage m'a permis de faire de très belles rencontres, qui je l'espère resteront pour toujours gravées dans ma mémoire, juste à côté des « cocottes en papier ».

II. LISTE DES ABRÉVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

ALD : Affection Longue Durée

CMU : Couverture Maladie Universelle

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECG : Electrocardiogramme

ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de la Santé

HCAAM : Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LEEM : Les Entreprises du Médicament

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

SASPAS : Stages Ambulatoires en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SDF : Sans Domicile Fixe

III. TABLE DES MATIÈRES

I.	REMERCIEMENTS.....	1
II.	LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	4
III.	TABLE DES MATIÈRES	5
IV.	INTRODUCTION.....	9
1.	Contexte.....	10
1.	1- Dépenses de santé et dette publique.....	10
1.	2- Rôle du médicament et de la prescription	11
1.	2-1- Poids des firmes pharmaceutiques	11
1.	2-2- Le médicament comme reconnaissance de la maladie	11
1.	3- Prescription à la française.....	12
1.	3-1- Les français, plus gros prescripteurs de médicaments	12
1.	3-2- Prise en charge médicale différente	13
1.	4- Caractéristiques influençant la prescription.....	13
1.	4-1- Influence du patient	14
1.	4-2- Influence du médecin.....	14
1.	4-3- Influence pharmacologique	14
1.	5- Pression de prescription et non-prescription	14
1.	5-1- Pression de prescription.....	15
1.	5- 2- Caractéristiques de cette pression.....	16
1.	5-3- Essor de la non-prescription	16
1.	6- Relation médecin-patient	17
1.	6-1- Modèle paternaliste	17
1.	6- 2- Modèle autonome.....	18
1.	6-3- Un patient instruit et une relation médecin-patient modifiée	18
1.	6-4- Patient internaute	19
1.	7- Attentes exprimées des patients	20
1.	7-1-Différents types d'attente selon Britten	20
1.	7-2- Décalage entre les attentes du patient et celui du médecin	20
1.	7-3- Surestimation des attentes par le médecin	21
1.	7-4- Attente réelle des patients envers leurs médecins	21
1.	7-5- Accomplissement des attentes et satisfaction du patient.....	22
1.	8- Demandes injustifiées.....	23
1.	8-1- Taux élevé de demandes abusives.....	23
1.	8-2- Antibiotiques	23

1.	8-3- Arrêts de travail.....	24
1.	9- Gestion des relations conflictuelles médecin-patient.....	25
1.	9-1- Relation conflictuelle.....	25
1.	9-2- Les difficultés de dire « non »	25
1.	9-3- Des patients fidèles malgré des relations conflictuelles.....	26
1.	10- Judiciarisation	26
1.	10-1- La médecine basée sur des données statistiques et scientifiques	26
1.	10-2- Apparition des plaintes judiciaires	27
1.	10-3- Essor de la médecine défensive	28
1.	11- Burn-out.....	28
1.	11-1- Patients difficiles	28
1.	11-2- Causes de l'épuisement professionnel.....	29
2.	Question de recherche	29
3.	Hypothèses de recherche	29
4.	Objectifs de l'étude.....	30
V.	MATÉRIEL ET MÉTHODE	31
1.	Recherche bibliographique.....	31
2.	Choix de la méthode.....	31
3.	Guide d'entretien.....	32
4.	Méthode de retranscription et d'analyse.....	35
4.	1- Retranscription en verbatim.....	35
4.	2- Analyse en thématique	36
VI.	RÉSULTATS.....	37
1.	Quelles sont les demandes où vous avez été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?.....	37
2.	Pourquoi les refusez-vous ?.....	42
3.	Dans quel intérêt pensez-vous agir ?	43
4.	Quels sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?	47
5.	Quelles situations sont les plus difficiles ?	49
6.	Pour quel type de patient est-ce plus difficile de dire « non » ?	51
7.	Vous sentez-vous coupable de refuser ?.....	54
8.	Êtes-vous déjà entré en conflit avec un patient ?	55
9.	Avez-vous déjà changé d'avis ?	57
10.	Que ressentez-vous quand vous dites « non » ?.....	60
11.	Avantages et inconvénients du « non »	63
11.	1- Quels sont les avantages à dire « non » ?	63
11.	2- Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ?	66

11.	3- Quels sont les inconvénients à dire « non » ?	69
11.	4- Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?.....	71
12.	Quelles méthodes utilisez-vous pour faire accepter le refus sereinement ?.....	73
13.	Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?	77
14.	Avez-vous demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?	80
15.	La formation actuelle vous a-t-elle aidé pour dire « non » ?	82
16.	Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?.....	85
17.	Est-ce difficile de dire « non » ?	88
18.	Est-ce plus facile de dire « non » après avoir fait des remplacements ?	89
19.	En tant que remplaçant, est-ce plus difficile de dire « non » par rapport au médecin que l'on remplace ?.....	90
20.	Résumé des résultats.....	91
VII.	DISCUSSION	99
1.	Limites de l'étude	99
1.	1- Limites de la recherche qualitative.....	99
1.	2- Biais de recueil	100
1.	3- Biais de l'entretien semi-dirigé	100
1.	4- Biais du modérateur	101
1.	5- Biais de rédaction	101
2.	Forces de l'étude	102
2.	1- Choix d'une étude qualitative.....	102
2.	2- Choix des internes.....	102
3.	Difficultés pour dire « non ».....	103
4.	Le patient face au refus du médecin	104
5.	Patients difficiles.....	105
6.	Un outil majeur : la communication.....	106
7.	Moyens utilisés pour dire « non »	107
7.	1- Types de comportement selon Galam.....	108
7.	2- Disque rayé progressif de Dupagne.....	109
7.	3- Méthode JEEPP	109
7.	4- Supervision individuelle	110
7.	5- Approche négociée	110
7.	6- D'autres méthodes comportementalistes.....	111
8.	Formations pour apprendre à dire « non »	113
9.	Thèse du Dr Juillard	113
VIII.	CONCLUSION	115
IX.	ANNEXES.....	117
1.	Questionnaire	117

2.	Verbatim	118
2.	1- Entretien 1	118
2.	2- Entretien 2	124
2.	3- Entretien 3	129
2.	4- Entretien 4	133
2.	5- Entretien 5	136
2.	6- Entretien 6	141
2.	7- Entretien 7	145
2.	8- Entretien 8	148
2.	9- Entretien 9	153
2.	10- Entretien 10	157
2.	11- Entretien 11	163
2.	12- Entretien 12	167
2.	13- Entretien 13	171
2.	14- Entretien 14	175
2.	15- Entretien 15	179
2.	16- Entretien 16	182
2.	17- Entretien 17	185
2.	18- Entretien 18	188
2.	19- Entretien 19	191
X.	BIBLIOGRAPHIE	196
XI.	SERMENT D'HIPPOCRATE	202
XII.	RÉSUMÉ EN ANGLAIS.....	204
XIII.	PERMIS D'IMPRIMER	205

IV. INTRODUCTION

« Non, monsieur vous n'aurez pas d'antibiotique pour un rhume ».

« Non, vous n'aurez pas 3 jours d'arrêt de travail pour une rhinopharyngite ».

« Non je ne vous ferai pas de scanner pour votre entorse du pouce ».

« Madame, je ne peux pas vous faire un arrêt de travail datant d'avant-hier ».

« Non, je ne rédigerai pas un certificat médical pour votre voisin ».

Ou alors ...

« Ok pour cette fois mais la prochaine fois je ne vous ferai pas de bon de transport ».

« Bon, je vous re prescris l'Imovane® mais après c'est fini ! ».

Quand j'ai choisi de faire médecine générale, c'était pour assouvir une passion. Celle de soigner des gens et les voir évoluer au fil du temps. Je souhaitais avoir une relation toute particulière et privilégiée avec le patient. Je voulais le connaître vraiment, le voir grandir et pouvoir répondre à toutes ses attentes.

Ma surprise fut grande quand je découvris que l'on ne pouvait pas toujours répondre à leurs demandes. Je ne m'attendais pas à devoir affronter la déception, la frustration et la colère de certains face au refus.

À mes débuts en tant qu'interne, je ressentais de la culpabilité à leur refuser. J'étais parfois honteuse de ne pas pouvoir assouvir leurs besoins. Je ne m'étais tout simplement pas préparée à devoir autant dire « non » aux patients. Je ne savais pas comment réagir pour faire accepter le refus sereinement sans entraver la relation médecin-patient.

L'objectif de ma thèse a donc été d'étudier un aspect de la relation médecin-malade : celui du refus à la demande d'un patient.

Par ce travail, j'ai décidé d'interroger les internes de médecine générale de Paris VII dans une étude qualitative pour étudier leur difficulté, leur ressenti et leur comportement face à ces situations de refus.

1. Contexte

À travers cette thèse j'ai voulu comprendre initialement pourquoi les patients étaient sans cesse dans la demande de telle ou telle chose en venant nous voir au cabinet.

Qu'est ce qui fait qu'en France nous sommes les premiers pourvoyeurs de prescriptions ?

1. 1- Dépenses de santé et dette publique

Depuis 2005^[1], la France est le premier pays consommateur de médicaments en Europe, ce qui représente un enjeu pour la santé publique et pour la pérennité du système de soins.

En 2004, la vente de médicament était la plus élevée avec 284 €/habitant/an devant le Royaume-Uni avec 200 €/habitant/an.

En 2014, la consommation de soins et de biens médicaux s'élevait à 190,6 milliards d'euros, soit près de 2 900 €/habitant^[2]. Elle est en constante augmentation car elle était de 178,4 milliards d'euros en 2011.

La France est l'un des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et où le reste à charge des ménages est le plus limité.

1. 2- Rôle du médicament et de la prescription

Le médicament a un rôle à part entière dans les consultations françaises. Il a un pouvoir bien plus grand qu'on ne l'imagine.

1. 2-1- Poids des firmes pharmaceutiques

Selon la sociologue Vega^[3], Le médicament a un rôle central et symbolique dans la relation médecin-patient. La prescription a un double repère :

- celui du rituel concluant une consultation ;
- celui d'obtenir le traitement pour soulager et parvenir à la guérison.

Les patients n'ont donc pas peur de prendre des médicaments et il existe une représentation optimiste de ses actions et de ses effets. La population n'a pas conscience de l'impact des firmes pharmaceutiques sur eux ni sur les médecins qui se sentent parfois obligés de prescrire.

Dans l'étude de Bell^[4], on découvre que les firmes pharmaceutiques encouragent les patients à se faire prescrire des médicaments diffusés à la publicité. 46 % des patients sont déçus quand ils n'ont pas eu le médicament souhaité. Ainsi, une quantité de patients réagirait mal si les prescripteurs refusaient de mettre le médicament vu dans les publicités. 15 % d'entre eux estiment même que la relation avec le médecin est cassée et terminée.

1. 2-2- Le médicament comme reconnaissance de la maladie

Dans la thèse de Flouret-Guyot en 2011^[5], celle-ci montre l'attente des patients en cas de pathologies bénignes. On y découvre que les patients attendent dans 70 % des cas des médicaments. Les principaux arguments pour réclamer les médicaments sont :

- la croyance en un pouvoir de guérison de ces traitements ;
- la confirmation de leur statut de malade ;

- le besoin de soulager des symptômes gênants ;
- l'obtention d'une ordonnance en contrepartie de la rémunération de la consultation.

Ainsi prescrire peut-être une façon de montrer aux patients sa sollicitude, son empathie, sa capacité à faire un diagnostic. Cela permet aussi de lui donner un traitement pour parvenir à le soigner.

La prescription permettrait en plus de valider la légitimité professionnelle du médecin.

1. 3- Prescription à la française

« L'équation consultation = ordonnance = médicaments est plus importante en France qu'ailleurs ^[6]. »

1. 3-1- Les français, plus gros prescripteurs de médicaments

Le ratio rapportant le nombre de consultations se finissant par une ordonnance sur le nombre total de consultations et le nombre de lignes de prescription est plus élevé en France qu'ailleurs.

Devant cette consommation si importante de médicaments, on peut se demander s'il n'y aurait pas un modèle français de prescription.

Dans une étude réalisée en 2008 pour Leem^[7], le Haut conseil de l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a montré que les médecins français ont tendance à prescrire plus de médicaments que les médecins des autres pays européens.

En 2004, une étude a été réalisée par Dress^[8] auprès de 922 généralistes français. On y apprend que 78 % des consultations donnent lieu à la prescription d'au moins un médicament. Environ 2,9 médicaments sont prescrits par consultation. Ces prescriptions concernent le plus souvent les maladies cardiovasculaires, neurologiques, digestives puis respiratoires.

En 2007, la tendance n'est pas non plus à la baisse avec 90 % des consultations françaises qui se terminent par une prescription. À contrario, en Hollande, seulement 43 % des consultations se terminent par une ordonnance.

1. 3-2- Prise en charge médicale différente

Cependant ces données sont à prendre avec précaution. En effet, le médecin français a encore peu de rôle en matière de prévention^[7], contrairement à son homologue anglo-saxon. En France, le médecin joue un rôle majeur dans le suivi des maladies chroniques, tandis qu'en Angleterre, celui-ci peut passer un accord avec une pharmacie pour que l'officine délivre directement les médicaments aux patients. Le patient n'ira donc pas consulter son praticien pour la délivrance des médicaments.

Tout cela se confirme par une étude française réalisée auprès de Labarthe^[9] qui montre que 27 % des consultations sont dédiées aux affections de longue durée (ALD), et 36 % aux affections aiguës entre autres.

Pour renforcer l'inégalité avec les autres pays, on constate qu'en France une très grande majorité des médicaments sont remboursés lorsqu'ils sont prescrits par le médecin, tandis qu'en Allemagne ou aux Pays-Bas cela reste exceptionnel. La prescription reste donc en France le mode d'accès privilégié au médicament si on veut obtenir son remboursement.

Toutefois, ces différences tendent à se réduire au fur et à mesure des années sous l'effet de l'homogénéisation des pratiques médicales soumises aux recommandations européennes.

1. 4- Caractéristiques influençant la prescription

La prescription médicamenteuse est la conclusion dans environ 78 % des consultations médicales. On est amené à être influencé par différents déterminants dans notre prescription.

La pertinence d'une prescription peut se mesurer en fonction du patient, du prescripteur et de l'aspect pharmacologique du médicament.

1. 4-1- Influence du patient

Les médecins généralistes prescrivent d'avantage de médicaments aux patients réguliers, et ceux dont le temps de consultation est plus long^[8]. Plusieurs études montrent même que le médecin pense que son patient est dans l'attente d'une prescription alors que le souhait de celui-ci est beaucoup plus incertain.

1. 4-2- Influence du médecin

Le caractère du médecin, sa personnalité, son vécu et son ressenti face à sa patientèle jouent un rôle énorme sur la prise en charge d'un praticien et la relation avec ses patients.

1. 4-3- Influence pharmacologique

Qu'on le veuille ou non, les relations sont établies dès les études médicales (internat) avec les firmes pharmaceutiques^[10]. Elles perdurent tout au long de l'exercice professionnel avec les formations médicales continues, la presse médicale, les essais cliniques, les recommandations, ainsi que la plupart des universitaires et des leaders d'opinion. On est donc influencé par les firmes pharmaceutiques. Elles évoluent dans un contexte d'économie de marché mondialisée où la concurrence et l'optimisation des profits sont des impératifs vitaux.

1. 5- Pression de prescription et non-prescription

Une enquête de 2012 auprès de 803 médecins a été réalisée au sujet de la réalisation des actes injustifiés^[11]. Elle constate qu'une relation proche avec les patients interagit de façon significative avec la prescription des actes médicaux.

L'ensemble du corps médical (spécialistes, généralistes, hospitaliers ou libéraux) estime que 20 % des actes et examens réalisés sont injustifiés. Mais alors ces demandes abusives sont-elles réalisées sous la pression du patient ?

1. 5-1- Pression de prescription

La pression de prescription se définit comme « toute demande venant interférer avec la stratégie diagnostique et/ou thérapeutique dédiée par le médecin^[12] ».

Les médecins peuvent ressentir une attente, voire une demande des médicaments qui les amène à modifier leurs comportements. La décision de prescrire un médicament va découler d'un savoir médical mais sera aussi fortement influencée par la relation médecin-malade^[13].

Les praticiens justifient même parfois leurs comportements thérapeutiques inappropriés par cette pression perçue. Ainsi une prescription sur cinq n'est strictement pas indiquée^[14].

46 % des médecins déclarent, selon l'étude IPSOS^[1], ressentir une pression de leurs patients contre 36 % en Allemagne et 20 % aux Pays-Bas. 10 % des médecins effectueraient même des prescriptions contre leur gré.

La thèse de Sarrazin^[15] en 2012 porte sur la gestion des relations conflictuelles entre médecin et patient. Celle-ci montre que la moitié des médecins ressentent une pression sur leurs prescriptions et leurs disponibilités. Les reproches des patients concernent le refus de prescription et le délai de prise en charge. Les patients induisent donc une pression sur les médecins de manière indépendante et influencent leur prise en charge^[16].

Ce sentiment de pression face aux praticiens autoalimente donc le système de surconsommation des médicaments.

1. 5- 2- Caractéristiques de cette pression

L'étude de Bradley^[17] a voulu caractériser les facteurs spécifiques du patient qui agissent sur la prescription. Il y avait : l'âge, l'origine ethnique, la classe sociale, le niveau d'étude, la connaissance du patient, le ressenti envers le patient, les problèmes de communication et le souhait de préserver la relation médecin-patient.

Selon une étude recueillant 599 patients, 23,7 % ont exercé une pression de prescription concernant : les médicaments (17 %), les actes de biologie (2,5 %), les arrêts de travail (2 %), l'imagerie (1 %), les certificats médicaux (1 %).

Les facteurs favorisant cette pression sont l'âge avancé et le sexe féminin.

1. 5-3- Essor de la non-prescription

La thèse de Charra^[18] en 2012, montre que certaines personnes peuvent être déçues, frustrées si le médecin n'a pas fait de prescription. Celles-ci n'ont pas l'impression d'avoir été prises en compte comme de véritables malades. Elles le vivent comme un sentiment d'abandon et d'impuissance face aux praticiens.

Les patients sont d'accord avec le code de déontologie pour modérer les dépenses de santé (génériques, limitation du nombre de prescriptions, etc...), mais ils ne veulent pas être négligés, délaissés au dépend de l'état^[19].

La non-prescription peut donc être perçue comme une volonté de réduire les dépenses de système de soins au détriment du patient.

Toutefois, dans l'étude IPSOS^[1], l'absence d'ordonnance n'apparaît pas comme motif de détérioration de la relation avec le patient. 86 % des patients déclarent même qu'ils auraient confiance dans un médecin qui ne leur prescrirait aucun médicament à la fin de la consultation.

Monsieur Stoessel^[20] confirme également cette tendance dans sa thèse qui porte sur les freins et réticences à la non-prescription en médecine générale. Celle-ci montre qu'aucun obstacle à la non-prescription médicamenteuse n'a été trouvé, médecins comme patients y sont favorables.

Le système français de « l'ordonnance-reine » paraît donc ouvert à de notables changements. La non-prescription devrait s'accroître au vu de l'essor des recommandations de bonnes pratiques et le renforcement de la politique actuelle qui prône le déremboursement des médicaments à service médical rendu.

Mais il existe plusieurs freins à la pratique de la non-prescription comme :

- la valeur symbolique de l'ordonnance ;
- la croyance dans le médicament ;
- les attentes de prescription du patient souvent surestimées par le médecin ;
- la crainte de ne pas satisfaire le patient.

Ainsi, pour parvenir à la non-prescription et qu'elle soit tolérée, il faut développer des capacités d'explications claires et de communication. Mais cela nécessite beaucoup de temps et d'énergie.

1. 6- Relation médecin-patient

Au fur et à mesure des années, la relation avec le patient a été totalement modifiée que ce soit la communication avec le malade, le niveau d'instruction du patient ou l'essor des médias.

1. 6-1- Modèle paternaliste

Initialement, nous nous trouvons dans un modèle paternaliste. Le patient était comme un enfant que le médecin soutenait, protégeait et qu'il déchargeait de toute responsabilité

médicale. Le patient était dans un état de faiblesse et d'ignorance médicale^[21]. Dans le paternalisme, il y avait une obligation morale à se substituer au patient pour faire son bien allant même jusqu'à la rétention d'informations.

La loi du 4 mars 2002 a permis d'émanciper les individus sur leur droit à la santé. On est passé d'un malade passif dans une relation de paternalisme médical à un patient davantage actif et co-gestionnaire de sa santé.

1. 6- 2- Modèle autonome

La Loi Kouchner a permis d'envisager un nouveau modèle : celui de l'autonomie^[22]. Ce principe d'autonomie inscrit la relation médecin-malade dans un rapport d'égalité. La consultation pourrait se résumer à une certaine prestation de services pour permettre aux patients de recueillir le maximum d'informations.

Dans la pratique anglo-saxonne, le médecin a l'obligation de toujours respecter la volonté du malade. Cette pratique trouve sa limite dans le fait qu'il se doit de protéger la vie même de l'individu. Ainsi le patient peut librement exprimer ses préférences singulières même si elles sont irrationnelles et dangereuses pour lui. Le médecin n'est alors qu'un prestataire de soins neutre et indifférent.

En France, nous ne sommes pas encore dans ce pur respect de l'autonomie. La relation thérapeutique se construit selon une troisième voie qu'on pourrait appeler « le paternalisme tempéré » selon Anne Fagot-Largeault.

1. 6-3- Un patient instruit et une relation médecin-patient modifiée

Au fur et à mesure des années, le patient s'est instruit et s'est intéressé à sa santé. Il a absorbé les informations provenant des médias ce qui a pu entraîner un malaise au sein du couple médecin- malade.

En effet, selon Ducloux^[23], les sondages montrent davantage le malaise des médecins que la perte de confiance des malades envers leurs cliniciens. 75 % des médecins estiment que les patients sont plus exigeants et 80 % estiment ressentir davantage de stress après les consultations devant un malade précis dans ses questions.

On voit ainsi apparaître une désacralisation des médecins face à des malades plus instruits donc plus exigeants.

1. 6-4- Patient internaute

Avec l'essor croissant d'internet depuis ces dernières années, 64 % des patients déclarent y avoir recours pour rechercher des informations en matière de santé^[24].

Selon l'Haute autorité de la santé (HAS) en 2007^[25], les thèmes de recherche les plus fréquents sont :

- une maladie ou situation clinique ;
- un traitement ;
- la nutrition et la forme physique ;
- les alternatives thérapeutiques ;

71 % des internautes consultent les sites pour avoir :

- une information sur une maladie ou un symptôme ;
- une information sur un médicament ;
- des conseils pratiques pour rester en bonne santé ;
- des témoignages d'autres patients ;
- des avis d'un médecin.

Pour les patients internautes, la consultation sur internet leur permet de mieux comprendre la maladie, le traitement et à un moindre degré les aide à mieux se prendre en charge.

Cela devrait donc améliorer la relation avec le médecin tout en augmentant le temps de consultation.

Pourtant, une minorité de médecin estime qu'ils se sentent concurrencés, voire remis en cause dans leur autorité, et prescrive sous pression du patient par le biais d'internet^[24].

1. 7- Attentes exprimées des patients

L'attente réelle du patient est souvent méconnue ou mal perçue pour le praticien.

1. 7-1-Différents types d'attente selon Britten

Les attentes des patients influencent la décision des médecins sur leurs prescriptions. Toutefois, selon Britten, il faut distinguer deux types d'attentes : l'attente idéale et l'attente prédite^[26].

Les attentes idéales représentent ce que le patient souhaite ou préfère comme prescription.

Les attentes prédites font référence à ce que le patient pense avoir comme prescription.

Au vu de tout cela, on peut se demander ce que veulent vraiment les patients. Le motif de consultation peut parfois masquer d'autres problèmes que le patient hésite à formuler^[27].

1. 7-2- Décalage entre les attentes du patient et celui du médecin

En 1991, un consensus canadien a montré que 45 % des inquiétudes des patients n'étaient pas prises en compte par leur généraliste et dans 50 % des cas, on voyait apparaître un désaccord sur le problème principal présenté.

L'étude IPSOS^[1] montre qu'il existe un décalage entre les attentes réelles du patient et celles supposées par le médecin. Par exemple, 58 % des médecins ressentent une attente de prescription pour un rhume contre 24 % pour les patients. 92 % des médecins se sentent

obligés de prescrire un traitement pour les troubles du sommeil contre une attente de 27 % pour les patients.

La pression est souvent mal jugée par les médecins. En effet, les patients ne sont pas aussi catégoriques quant à leurs prescriptions^[28].

Dans l'étude d'Esman and all^[29], en 2006, on constate que le désir des patients d'échanger autour de la prescription ne semble pas correspondre systématiquement à une attente particulière mais plutôt à un souhait de participation et d'appropriation de la relation thérapeutique.

1. 7-3- Surestimation des attentes par le médecin

Dans l'étude de Cockburn^[30], les médecins prescrivent en fonction de ce qu'ils croient être les attentes de leurs patients.

Les attentes des patients sur leur traitement sont en partie responsables des problèmes du coût financier comme nous l'explique Britten^[31] en 1995. Environ 5 % des consultations finissent par des traitements médicamenteux qui ne sont pas consommés. Cela suggère que le taux de prescription actuel excède l'attente des patients. De plus, les demandes venant des patients sont un des facteurs qui amènent le praticien à sur-prescrire.

Prendre en compte les attentes des patients, leurs idées et leurs préoccupations permettraient donc de diminuer la prescription médicamenteuse selon Matthys and all^[32].

1. 7-4- Attente réelle des patients envers leurs médecins

La thèse de Dedianne^[19] en 2001, consiste à explorer les attentes et perceptions des patients quant à la qualité de la relation médecin-malade.

Les attentes sur la communication sont l'écoute surtout au début de la consultation. Ce temps de parole est un moment privilégié où les patients veulent partager leurs problèmes, leurs souffrances.

Dans l'article de Lemasson^[33] en 2006, celui-ci explique que les plaintes des patients vis-à-vis de leurs médecins n'ont pas de rapport avec leurs compétences cliniques mais plutôt avec un défaut de communication.

Dans une autre étude, celle de Boivin^[34], le reproche principal est le manque d'attention de leur médecin. Les patients souhaitent une plus grande concentration au moment de la consultation. Ils ne cherchent pas de complicité mais un regard attentif et professionnel.

Ainsi les principales attentes des patients envers leur médecin sont les capacités d'écoute et de communication.

1. 7-5- Accomplissement des attentes et satisfaction du patient

L'étude d'Himmel^[35] a voulu savoir si l'accomplissement des attentes des patients était suivi d'une meilleure satisfaction. 82,6 % des patients qui attendent une prescription médicamenteuse en ont une. Cependant, il n'y a pas de différence de satisfaction lorsque l'on a répondu ou pas à leurs attentes.

Certains auteurs mettent également en évidence que la satisfaction du patient est indépendante de la réalisation d'une ordonnance médicamenteuse. L'important est que les suggestions soient entendues et que le médecin y réponde de façon efficiente.

Toutefois la satisfaction du malade est un facteur prédictif de la poursuite de la relation médecin-malade et de l'observance du traitement selon une étude faite par Dedienne^[36] en 2003.

1. 8- Demandes injustifiées

1. 8-1- Taux élevé de demandes abusives

Dans les demandes non fondées, « le patient court-circuite le diagnostic médical et demande un traitement à partir d'un autodiagnostic. Le médecin devient ainsi un auxiliaire de l'automédication ou un fournisseur. »

Selon Levasseur^[37], en 2003, les demandes non fondées correspondent à 7 % des actes effectués. Toutefois, la réponse du médecin y est favorable dans 75 % des cas à la campagne contre 55 % en ville. Elles proviennent 9 fois sur 10 de leur patientèle habituelle, et émanent dans 60 % des cas d'une femme. Ils acceptent pour bonne pratique commerciale (29 % cas) ou en raison de situations sociales complexes (25 % cas).

De plus dans une étude concernant 39 internes, Gallagher^[38] a voulu montrer la réponse des étudiants à une demande d'imagerie par résonance magnétique (IRM) coûteuse et inappropriée. 8 % ont accepté de faire l'examen après la première visite et 53 % s'en sont référés à un neurologue. Ainsi bien que les jeunes médecins pratiquent une médecine respectueuse des coûts, il est nécessaire d'avoir une communication adaptée et efficace.

1. 8-2- Antibiotiques

Pendant de nombreuses années, les médicaments et en particulier les antibiotiques ont connu un essor. Ceci a entraîné un mésusage, un phénomène de sélection des antibiotiques avec des résistances et d'importants effets secondaires.

Depuis 2002, une campagne de sensibilisation sur le bon usage des antibiotiques a permis de diminuer de 16 % la prescription de ces médicaments.

La caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) souhaite donc étendre cette démarche aux autres médicaments. Elle veut modifier le comportement des médecins et des patients face aux ordonnances et plus spécifiquement aux médicaments.

1. 8-3- Arrêts de travail

75 % des arrêts de travail sont effectués par les médecins généralistes. Pourtant la légitimité de ces arrêts est actuellement débattue.

Certaines situations semblent difficiles à gérer en cas d'insistance. On peut voir apparaître pour le médecin un sentiment de manipulation par les patients et une peur de compromettre la relation médecin-malade^[39].

En effet selon O'Brien^[40], en 2007, il existe un fort niveau d'anxiété par les patients avant une consultation mettant en jeu un arrêt de travail. Ce stress existe au vu de la peur du patient de ne pas l'obtenir. Celui-ci stresse soit parce que la demande n'est pas fondée, soit par peur de ne pas être reconnu comme malade par le clinicien.

La thèse de Broli^[41] en 2011 porte sur les enjeux et déterminants de la prescription des arrêts de travail. Elle montre que la majorité des arrêts de travail de courte durée (1 à 3 jours) est demandée par le patient dans 58,6 % des cas pour des pathologies psychiatriques. La prescription à l'initiative du médecin a lieu quant à elle pour des pathologies infectieuses ou rhumatologiques.

Il existe un conflit entre l'intérêt du patient et celui de la collectivité. Le médecin peut alors se sentir endosser le rôle de « gardien » du système de soins ou au contraire celui d'« avocat » du patient. Dans tous les cas, il n'est pas préparé pour endosser cette responsabilité.

Ainsi, pour les aider dans leurs décisions, la Haute autorité de la santé (HAS) a créé des référentiels concernant des durées d'arrêts de travail pour des pathologies types^[42].

1. 9- Gestion des relations conflictuelles médecin-patient

Pour parvenir à une parfaite entente entre les deux protagonistes, la relation médecin-malade ne doit pas être altérée par des désaccords^[36]. Mais en pratique, cette situation est parfois utopique et peut entraîner des conflits. Cette relation médecin-malade est le résultat d'un équilibre instable et peut générer le pire comme le meilleur^[43].

1. 9-1- Relation conflictuelle

Une thèse similaire à mon sujet a été réalisée en 2014 par Lotfi^[44]. Elle explore le vécu des médecins généralistes et remplaçants au sujet des refus opposés aux demandes des patients. La principale raison du refus est que les demandes paraissent injustifiées ou abusives.

Les décisions orientant le refus sont l'expérience du médecin prioritairement, la crainte de tromperie, la crainte de revoir le patient, un patient peu ou pas connu.

Selon Paulus and all^[45], certains éléments potentialisent l'effet du désaccord comme :

- l'idée préconçue de l'origine de leur plainte ;
- la supposition d'un médicament type le plus approprié ;
- l'attitude inappropriée du médecin en particulier dans le domaine émotionnel ce qui conduit le patient à omettre ses questions et son vécu.

1. 9-2- Les difficultés de dire « non »

Les difficultés à refuser les demandes abusives se retrouvent plus facilement chez :

- les médecins empathiques ;
- les patients toxicomanes ou agressifs ;
- lorsque le « non » est difficile à expliquer.

La répercussion sur la relation médecin-malade subit une forte dégradation^[44].

Les désaccords jouent un rôle crucial pour le praticien chez qui cela entraîne : insatisfaction personnelle, stress, tension, perte de confiance en soi et rupture dans la continuité du travail.

De plus, pour le patient cela entraîne l'envie de vouloir changer de médecin et un risque d'entrée dans le consumérisme médical.

Il existe beaucoup de confusion entre les termes désaccords et conflits^[46], le désaccord pouvant être le précurseur du conflit. Ainsi beaucoup de conflits non résolus ou résolus de manière insatisfaisante peuvent générer des problèmes continus pour le moral, au travail...

1. 9-3- Des patients fidèles malgré des relations conflictuelles

Dans une enquête menée en 2003^[34], 36 % des patients sont fidèles à leur médecins généralistes et n'ont pas changé depuis 20 ans. La cause principale de changement est le déménagement dans 73 % des cas. Ensuite viennent d'autres causes : manque d'attention et écoute insuffisante du médecin, désaccord sur la décision médicale.

1. 10- Judiciarisation

1. 10-1- La médecine basée sur des données statistiques et scientifiques

Dans la pratique, tout acte médical est le résultat d'une série de décisions fondées sur des données incertaines^[47]. Le chercheur travaille sur des populations définies au préalable et les données probabilistes sur une base statistique. Ainsi le clinicien doit prendre une décision pour un individu donné auquel les statistiques ne peuvent s'appliquer automatiquement. L'art du médecin est de combler cette incertitude inhérente à la pratique médicale par sa décision diagnostique et thérapeutique. L'incertitude est inconfortable et pour y faire face le médecin a souvent tendance à multiplier les examens et prescriptions pour la contrer.

1. 10-2- Apparition des plaintes judiciaires

Les plaintes des patients constituent un phénomène moderne^[48]. En effet, l'évolution des mentalités au cours du siècle, en particulier le Siècle des Lumières, a participé à l'émergence de la notion de responsabilité médicale.

Dans une étude de 2012 interrogeant 803 médecins français^[11], 53 % d'entre eux estiment que les risques de mise en cause judiciaire ont modifié leur exercice en les incitant à la réalisation d'examens complémentaires.

Selon Bishop^[49] en 2010, les médecins se sentent vulnérables face aux plaintes professionnelles parce qu'elles n'impliquent pas forcément une erreur médicale ou une négligence. Ils peuvent être poursuivis malgré une pratique dans les règles.

Selon Lansac^[50] en 2004, cette judiciarisation a été relayée par les médias. Ceci a conduit à modifier les pratiques médicales, comme le montrent l'affaire du sang contaminé et l'affaire Perruche avec les échographies anténatales. Même si on se trouve loin des dérives américaines, les médecins français commencent à ressentir cette pression judiciaire.

Le couple médecine-justice a alors du mal à cohabiter comme nous l'explique Lorphelin Martel dans sa thèse^[51]. Dans son étude, 94 % des internes estiment que le nombre de plaintes contre les médecins augmentent. La peur de cette plainte s'est introduite dans leurs esprits et influence leur pratique quotidienne. Ainsi, le risque judiciaire est une composante qu'ils prennent en compte dans leur raisonnement clinique. Les pratiques défensives commencent à apparaître au fil des années d'exercice et l'exigence accrue des patients est certainement en cause.

1. 10-3- Essor de la médecine défensive

Un phénomène nouveau est donc apparu il y a quelques années, celle de la judiciarisation de la médecine et l'émergence des pratiques défensives.

La médecine défensive est basée sur l'évitement de toutes responsabilités^[52].

Il en découle des prises de décisions de mauvaise qualité, ainsi qu'un résultat inadapté et un impact sur les coûts de traitements.

La médecine défensive est alors estimée à 600 milliards de dollars.

1. 11- Burn-out

Pour beaucoup de médecins, l'épuisement professionnel ou burn-out n'est pas loin au vu du contexte actuel.

En 2007, 2 243 médecins ont répondu à un questionnaire sur l'épuisement professionnel^[53] et 53 % d'entre eux se disent être menacés par le burn-out.

1. 11-1- Patients difficiles

Le médecin voit son métier mis à mal devant des patients difficiles.

Selon Groves, un patient difficile est « un patient trop dépendant, trop râleur, trop hypochondriaque, trop autodestructeur et/ou non observant. » Son comportement dépasse les limites que le médecin peut tolérer.

Cependant cette définition est basée sur une appréciation personnelle et subjective du médecin ainsi que l'émotion ressentie^[54] en face de ce type de personnalité.

D'après Krebs^[55], en 2006 la perception négative de la relation médecin-patient n'est pas anodine avec ce genre de patient. Elle peut engendrer de la part du médecin une diminution de la qualité des soins mais aussi accélérer une chute vers le burn-out.

1. 11-2- Causes de l'épuisement professionnel

Les facteurs augmentant les causes de burn-out sont :

- les troubles relationnels avec les patients ;
- les comportements des patients ;
- les risques et les conflits professionnels ;
- la mauvaise organisation de la pratique médicale quotidienne.

Le changement de l'attitude des patients et la modification de la relation médecin-patient sont perçus de plus en plus négativement par les médecins qui leur reprochent d'être devenus des consommateurs de santé^[56].

Les conséquences du burn-out résident donc dans la diminution de l'accomplissement personnel, la dégradation de la relation médecin-patient et l'altération de la qualité des soins.

2. Question de recherche

Quelles sont les difficultés rencontrées lorsque les internes en médecine générale disent « non » à leurs patients ?

3. Hypothèses de recherche

Mes hypothèses de recherche sont :

- tous les internes ont été confrontés au moins une fois à des demandes abusives de la part des patients ;

- un certain nombre d'internes peut se retrouver en difficulté lorsqu'il s'agit de dire « non » au patient. On peut même voir apparaître un sentiment de malaise, de culpabilité ou de gêne lors des refus face aux demandes injustifiées ;
- la formation théorique et pratique ne semble pas avoir été suffisante pour dire « non » sereinement au cours des études médicales (deuxième et troisième cycles).

4. Objectifs de l'étude

L'objectif de ma thèse a pour but :

- d'identifier les situations les plus fréquentes entraînant des demandes abusives de la part des patients ;
- d'identifier les causes pouvant amener les internes à être en difficulté quand ils disent « non » (type de situation ou de patient) ;
- d'identifier le ressenti des internes face au refus d'une demande ;
- de faire réfléchir les internes sur les avantages et les inconvénients à dire « non » ;
- de savoir si la formation théorique et pratique a été suffisante dans la façon de dire « non » au patient ;
- de trouver des solutions adaptées à chaque individu pour dire « non » sereinement.

V. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique m'a permis d'élaborer le guide d'entretien afin d'identifier les axes de mon questionnaire pour les entretiens semi-dirigés.

Celle-ci a été réalisée grâce à :

- Medline pour Pubmed ;
- système universitaire de documentation (SUDOC) ;
- le catalogue et index des sites médicaux de langue française (CISMEF) ;
- le moteur de recherche Google France™ et Google Scholar™ ;
- des revues médicales en médecine générale type : La Revue du Praticien en médecine générale, Médecine.

Les mots-clés utilisés ont été les suivants :

- en français : relation médecin-malade, attente des patients, demande des patients, conflit, prescription inappropriée, médecine générale, recherche qualitative ;
- en anglais : *physician-patient relationship, patient expectations, patients' inquiries, conflict, qualitative research, inappropriate prescribing, general practice.*

2. Choix de la méthode

J'ai réalisé une étude qualitative pour mettre en évidence le vécu, le ressenti de certaines personnes dans une situation donnée. Cette analyse s'établit à l'aide d'un guide d'entretien lors d'une interview en *focus group* ou lors d'une rencontre individuelle semi-dirigée.

L'entretien individuel semi-dirigé se déroule en face-à-face entre la personne réalisant l'entretien et la personne interrogée et ce à l'aide d'un guide d'entretien. Il est mené sur la base d'une structure souple qui consiste en des questions ouvertes.

L'interview des 19 internes en médecine générale s'est réalisée lorsque que chaque personne était disponible pour me recevoir dans un endroit calme et approprié. Cet endroit se devait d'être adapté pour permettre un enregistrement clair de l'entretien (par exemple : salle de staff d'un hôpital, dans un appartement).

Les 19 internes de médecine générale interrogés faisaient tous partie de ma faculté de Paris VII. Ils étaient pour la plupart des amis proches ou faisant partie de mes co-internes. Quelques-uns étaient des connaissances d'amis que je ne connaissais pas et disponibles pour me recevoir.

Ces entretiens se sont déroulés du 21 septembre 2015 au 14 janvier 2016 et se sont arrêtés une fois que les données sont arrivées à saturation.

3. Guide d'entretien

Le guide d'animation se présente en différentes parties :

- Quelles sont les demandes où vous avez été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

Cette question m'a permis d'établir un panel de demandes refusées dans les consultations médicales et voir celles qui ressortaient le plus souvent.

- Pourquoi les refusez-vous ? Dans quel intérêt pensez-vous agir ?

J'ai voulu étudier le comportement des internes et voir quels intérêts ils avaient à dire « non » à une demande qui leur paraissait injustifiée.

- Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

- Quelles situations sont les plus difficiles ?

- Pour quel type de patient est-ce plus difficile ?

- Vous sentez-vous coupable de refuser ?

- Êtes-vous déjà entré en conflit avec un patient ?

- Avez-vous déjà changé d'avis ?

J'ai voulu savoir quelles étaient les difficultés rencontrées en disant « non », les différents types de situations où l'interne était mis à mal et les critères qui auraient pu les faire changer d'avis.

- Que ressentez-vous quand vous dites « non » ?

J'ai voulu explorer le ressenti personnel de l'interne lorsqu'il a dû dire « non ».

- Avantages et inconvénients du « non ».

J'ai voulu savoir quel était le bénéfice ou le dommage à dire « non » et à ne pas dire « non », ou plus précisément à céder à la demande du patient.

- Quelles méthodes utilisez-vous pour faire accepter le refus sereinement ?

J'ai voulu explorer quel type de méthode utilisaient les internes pour dire « non ».

- Après le refus, quelles sont les conséquences sur la relation médecin malade ?

J'ai voulu étudier les répercussions du refus sur la relation médecin-malade à court et moyen terme.

- Avez-vous demandé les honoraires de la consultation lors du refus ?

Je voulais savoir s'il y avait des conditions où l'interne ne demandait pas les honoraires dans sa pratique quotidienne lors d'un refus.

- La formation actuelle vous a-t-elle aidé pour dire « non » ? Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

Cette question m'a permis de mettre en évidence les lacunes lors des enseignements théoriques et pratiques de la faculté.

Je voulais ainsi offrir d'autres axes d'approche à la manière de dire « non » afin d'améliorer la formation actuelle.

- Est-ce difficile de dire « non » ?

De plus, il m'est arrivé, pour des internes ayant déjà fait des remplacements, de poser deux questions annexes :

- Est-ce plus facile de dire « non » après avoir faire des remplacements ?

- En tant que remplaçant, est-ce plus difficile de dire « non » par rapport au médecin que l'on remplace ?

Je voulais savoir si l'interne avait moins de difficultés à dire « non » une fois l'expérience acquise au fur et à mesure de ses remplacements dans son métier de médecin et en fonction du type de médecin qu'il remplace.

La version initiale du guide d'entretien a été utilisée pour tous les internes. Cependant, le guide n'était pas figé et les questions pouvaient être réexpliquées de manière différente en fonction de la compréhension de l'interne face à mes questions. J'ai régulièrement eu recours à des questions de relance afin d'approfondir certains points, sans pour autant sortir de la thématique de mon sujet.

4. Méthode de retranscription et d'analyse

4. 1- Retranscription en verbatim

L'enregistrement a été permis grâce à mon téléphone portable avec l'application enregistreur vocal. Cet enregistrement a été par la suite transféré sur mon ordinateur.

Les enregistrements auprès de chaque interne interrogé ont servi de base à mon analyse qualitative. Chaque entretien a été retranscrit littéralement, sans modification aucune c'est-à-dire sans changer la syntaxe ou la structure grammaticale.

J'ai retranscrit les pauses, les rires et les doutes formulés pour ne pas perdre le moindre ressenti des interviewés.

J'ai retranscrit manuellement l'intégralité des enregistrements individuels à l'aide de Microsoft office Word 2007 pour PC avec pour caractéristique le verbatim.

Le verbatim est une citation textuelle, mot-à-mot d'une allocution ou d'un discours. Il désigne le compte rendu complet et fidèle rédigé par une personne dans une conversation à son seul usage mémoriel^[57].

Pour respecter l'anonymat des internes, j'ai enlevé toutes les caractéristiques des personnes interrogées qui pouvait les identifier. Chaque interne a été nommé par la lettre I (pour interne) suivie du numéro de l'entretien correspondant. La lettre M signifie le modérateur, c'est-à-dire moi-même.

4. 2- Analyse en thématique

Mon étude a pour but d'analyser le contenu de chaque entretien par une analyse thématique. Celle-ci présente plusieurs temps d'analyse comme nous l'explique Deschamps^[58]. Ainsi, après avoir retranscrit la totalité de l'entretien, on dégage les axes de réflexion propre à chaque question. Ensuite on regroupe et on rassemble les phrases ou les mots qui décrivent une même idée pour en ressortir les résultats spécifiques à notre thèse.

VI. RÉSULTATS

1. Quelles sont les demandes où vous avez été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

Les demandes les plus couramment citées par les internes sont :

- Les demandes d'arrêts de travail non justifiées avec les arrêts antidatés et la durée de ceux-ci

I1 : {...} Ah et aussi, il y a les demandes d'arrêts de travail. Les demandes d'arrêts de travail notamment pour les jours passés. Par exemple qui arrivent le lundi en disant que le vendredi ils n'ont pas été travailler {...}. Parfois il y a certains patients qui demandent un arrêt de travail de 4 ou 5 jours, plus long que ce qui devrait.

I3 : Les demandes où j'ai été amené à dire non... Alors il y avait les arrêts de travail {...}.

I4 : Alors, les arrêts de travail {...}.

I5 : Alors arrêts de travail {...} Oh les arrêts de travail antidatés typiquement parce qu'ils ne sont pas venus le jour avant et que ça fait 2 jours qu'ils ne sont pas en arrêt de travail et ils viennent te voir le mercredi en te disant « ah il faudrait un arrêt de travail daté de lundi. »

I6 : Les plus fréquentes, bah c'est en gros les demandes d'arrêt de travail abusives, euh « j'ai mal au dos, je ne me sens pas bien, je suis fatiguée ». Ça m'est déjà arrivé de dire non, ce n'est pas facile.

I7 : Une autre situation, euh c'est les arrêts de travail et la durée des arrêts de travail. Et les arrêts de travail aussi non justifiés parce que la grand-mère est malade, la femme ne va pas bien... c'est les deux grandes raisons euh...

I8 : Rarement les demandes d'arrêts de travail abusives où ce n'est pas un vrai non car on discute de la durée.

I10 : Alors, les arrêts de travail.

I12 : Euh, alors j'ai souvent dit non pour des demandes d'arrêts de travail. Enfin je ne sais pas si j'ai dit non mais en tout cas j'ai raccourci les durées demandées.

I13 : Voilà, l'arrêt de travail où le patient vient 2 jours plus tard « ah oui mais vous n'étiez pas là docteur, comment je fais », « bah oui mais je ne peux pas vous faire un arrêt de travail 2 jours avant, j'étais pas là, je ne vous ai pas vu. »

I14 : Euh.... Des arrêts de travail.

I16 : Surtout les arrêts de travail.

I17 : Euh bah c'est souvent pour les arrêts de travail.

I18 : Euh... C'est les demandes d'arrêts de travail. Et du coup les plus fréquentes, je dirais que c'est ça, les arrêts de travail, de jour enfant malade, de situation d'activité professionnelle en fait.

I19 : Euh... Les demandes d'arrêts de travail que je considère non justifiées.

- Les antibiotiques

I1 : {...} Et la deuxième demande la plus fréquente c'est les demandes de traitement. Euh... Les demandes surtout d'antibiotiques dans les infections qui dans la plupart du temps sont des infections virales donc dans la plupart du temps on va être amené à dire non.

I3 : Il y avait les arrêts de travail, et les antibiotiques {...}.

I4 : {...} Les demandes de traitement que je confirme pas, type antibiotiques...

I6 : D'autres demandes régulières ? Bah oui les antibios, classique. Je pense que tout le monde a dû le répondre. (Rires.) « J'ai un rhume je veux des antibios ».

I7 : Alors la première c'est les antibiotiques, classique. (Rires)

I10 : Les demandes ? {...} c'est la prescription d'antibiotiques {...} et puis sinon les antibiotiques dans tout ce qui est syndrome infectieux qui passe pas depuis quelques jours.

I11 : Bah quand un patient nous demande une prescription d'un antibiotique par exemple et du coup on doit leur dire non aussi si on trouve que ce n'est pas justifié.

I15 : Alors les plus fréquentes, je dirais que c'est le refus de donner des antibiotiques.

I16 : Ah si et les antibiotiques à part ça je ne vois pas.

I17 : {...} Pour les antibiotiques en ville.

I18 : {...} Expliquer pourquoi sur les antibiotiques.

I19 : Les demandes d'antibiotiques malgré les explications que ce n'était pas nécessaire et euh...

- Les psychotropes

I2 : Ah ben les plus fréquentes sont celles qui concernent les médicaments, toujours. A savoir, notamment les médicaments qui vont avoir une composante un peu addictive comme les benzodiazépines, les médicaments soumis à restriction, etc...

I9 : Peut-être sur les psychotropes et les antalgiques. Ils vont pousser un peu plus et il va falloir faire de la négociation. Après les psychotropes, souvent les patients gagnent. (Rires)

I12 : J'ai eu des demandes d'anxiolytiques {...}.

I5 : Ensuite, oh bah les somnifères, les prescriptions de somnifères. Oh c'est les trucs qui reviennent le plus souvent je dirais.

I6 : {...} Après c'est des prescriptions de benzo, ça aussi c'est régulièrement.

I19 : {...} Moi il y a plusieurs fois où j'ai dû dire non pour du Subutex®.

- Les examens complémentaires et les bilans biologiques

I1 : Premièrement il y a les demandes d'examens complémentaires. Donc les patients qui arrivent, par exemple, des douleurs et qui exigent du coup une IRM ou une radio. {...} Et aussi les examens biologiques. Il y a beaucoup de patients qui arrivent en disant qu'ils veulent un check-up complet ...

I4 : Les examens complémentaires type scanner, les demandes très précoces d'imagerie de la part des patientes notamment de tout ce qui est pathologie traumatique.

I9 : Ou alors non des examens complémentaires, ouais plus des examens d'imagerie, des tendinites, des trucs comme ça où les gens ont vraiment l'impression que la radio ou l'écho va vraiment leur apporter quelque chose alors, alors que tu es dans un truc très aigu.

I10 : {...} Et puis après c'est la prescription de bilans biologiques, de check-up, de quelque chose comme ça. Quand les patients arrivent et t'avancent une liste de courses d'examens biologiques à faire.

I15 : {...} Bah par exemple pour les traumatismes crâniens de faire un scanner cérébral ou alors de faire des imageries pour des entorses de cheville.

I16 : {...} À part les examens complémentaires aussi. (Rires). Les radios et ce genre de choses.

I17 : {...} Bah même pour la réalisation d'examens complémentaires.

- Les certificats médicaux avec les demandes de sauvegarde de justice

I2 : {...} Et les certificats de type curatelle, tutelle. Ça c'est compliqué les leviers de sauvegarde de justice etc...

I3 : {...} Il y a aussi les cures thermales.

I5 : Les licences de sport comme ça sous le coude, entre deux ; « ah mais vous n'avez pas besoin de l'examiner » ou des trucs comme ça. Ça c'est tous les jours.

I6 : Bah après il y a toutes les demandes de certificats par exemple « vous ne pouvez pas faire un certificat pour machin... ».

I13 : Alors plutôt pour tout ce qui est administratifs, certificats, bons de transport, des demandes antidatées surtout.

- Les bons de transport

I3 : Ah ouais il y a aussi les demandes de bons de transport des gens qui veulent revenir chez eux avec le bon de transport mais ça c'était plus à l'hôpital.

I13 : Alors plutôt pour tout ce qui est administratifs, certificats, bons de transport, des demandes antidatées surtout. Pour les bons de transport, il y a beaucoup d'abus quoi.

I14 : Des bons de transport quand je trouvais que ce n'était pas justifié.

- Venir sans rendez-vous en consultation sur rendez-vous

I11 : Euh ça a été souvent des situations où les patients venaient, n'avaient pas pris rendez-vous et venaient sans rendez-vous, se présentaient directement au médecin en urgence pour des thèmes de consultation non justifiée.

- Les autres médicaments

I3 : {...} Les gens qui arrivent et qui veulent un traitement particulier type Dexeryl® aussi.

I11 : {...} Des demandes d'autres traitements que le Paracétamol® par exemple quand il me demande de l'Aspirine®.

- Le secret médical

I12 : {...} Si peut-être aussi, enfin ce n'est pas les patients mais sur les conjoints ou sur les amis quand ils veulent savoir des informations et j'ai dit non.

- L'autorisation de sortie chez les patients hospitalisés

I15 : Dans les choses que j'ai refusées par exemple c'est les sorties d'hospitalisation chez les patients en psychiatrie. J'ai refusé qu'ils sortent ou des permissions car ils étaient trop mal quoi.

2. Pourquoi les refusez-vous ?

Les internes refusent principalement quand ils estiment que les demandes ne sont pas justifiées :

I1 : *Donc on refuse quand on estime qu'il n'y a pas d'indication et que par exemple il y aura aucune conséquence sur la prise en charge du patient. {...}*

I3 : *Quand c'est inadapté et que je trouve que ce n'est pas justifié.*

I4 : *Alors quand je pense que ce n'est pas justifié.*

I5 : *Parce que ce n'est pas justifié. Clairement quand tu refuses un truc tu ne les refuses pas pour embêter ton patient ou quoi que ce soit. Si tu le refuses c'est que médicalement tu n'as aucune raison de le prescrire, que ce soit l'arrêt de travail, que ce soit un traitement particulier.*

I7 : *Non bah je les refuse quand ce n'est pas justifié.*

I9 : *Bah parce que ce n'est pas justifié. Quand tu refuses, c'est que ce n'est pas justifié.*

I12 : *{...} Des fois la durée n'est pas justifiée ou par rapport à la demande. {...} Et après, les demandes d'antibiotiques avec des refus quand ce n'est pas justifié où le patient avait l'habitude.*

I13 : *Parce que ce n'est pas justifié comme demande ou parce que c'est hors-la-loi ou parce que ce n'est pas légitime de leur part de demander.*

I14 : *Parce que j'estime qu'il n'y a pas besoin de, enfin que c'est injustifié en fait. Que c'est des prescriptions injustifiées voire dangereuses pour les médicaments quand on est chez l'enfant et injustifiés quand c'est les bons de transport ou arrêts de travail que je trouve abusifs.*

I15 : *Euh... parce que j'estime qu'il n'y en a pas besoin.*

I16 : Parce qu'il n'y a pas d'indication.

I17 : Bah parce que ce n'est pas indiqué.

I18 : Parce que pour moi elles ne sont pas adaptées à la situation.

I19 : Si moi je sais que ce n'est pas efficace et pas nécessaire, je ne vois pas pourquoi je vais dire oui et qu'on est pas dans une relation d'épicerie où il exige ce qu'il faut et ce qu'il veut.

3. Dans quel intérêt pensez-vous agir ?

Les internes agissent en fonction de différents intérêts :

- L'intérêt du patient

I1 : Bah dans l'intérêt du patient si on estime que ça ne lui apportera pas plus d'intérêt.

I2 : Bah parce que traiter les addictions c'est empêcher les gens de les entretenir dedans. {...}

Dans l'intérêt du patient, toujours. Je ne pense pas dire non pour me protéger moi.

I3 : {...} Pour le patient quoi. Il faut aussi l'éduquer un petit peu et pas que ce soit lui qui décide. Donc aussi dans l'intérêt du patient.

I5 : Bah dans l'intérêt du patient.

I7 : Bah dans l'intérêt du patient.

I8 : Et bah alors je les refuse dans l'intérêt du patient.

I10 : Dans l'intérêt du patient. {...} Mais encore une fois, l'intérêt du patient surtout aujourd'hui.

I11 : Euh... L'antibiotique dans l'intérêt du patient parce qu'il y a pleins d'effets secondaires qu'il ne comprend forcément. Il pense que c'est un médicament magique alors que ça ne l'est pas, donc c'est dans l'intérêt du patient.

I12 : Ben normalement pour l'intérêt du patient et de la société pour pas qu'il y ait de résistance.

I13 : {...} Aussi pour l'intérêt du patient parce que parfois c'est aussi de l'éducation.

I14 : Dans l'intérêt du patient parce que euh... c'est le complaire dans des choses enfin, je vais être un peu horrible mais dans l'assistanat tu vois de euh... {...}. Dans l'intérêt du patient aussi pour ce qui est des médicaments et pour ne pas être plus délétère que bénéfique quand on prescrit des, voire dangereux en fait.

I15 : Dans l'intérêt du patient.

I16 : Bah déjà pour le patient car faire des examens c'est toujours irradiant.

I17 : Bah l'intérêt du patient déjà.

I18 : Et après pour le patient car je pense que ce n'est pas lui rendre service que de l'entretenir dans ses demandes en fait. Pour qu'il grandisse aussi dans la relation.

I19 : Dans celui du patient.

- L'intérêt du médecin

I3 : Alors dans l'intérêt, bah déjà parce que ce n'est pas au patient de décider et que c'est à moi de décider. Oui, dans mon intérêt.

I4 : {...} Et puis la crédibilité du médecin face aux patients. Euh... Dire non c'est aussi s'affirmer je pense. {...} Mais je pense que c'est bien aussi, pas de remettre le patient à sa place, mais d'affirmer aussi sa position de médecin et je pense que ça met le patient en confiance.

I9 : {...} Je pense que tu as envie de faire les choses bien alors comme toi tu penses et tu as aussi envie d'éduquer tes patients à réfléchir de la même manière.

I10 : Je pense aussi « une thérapie pour soi, pour se sentir médecin. » {...} Et puis après même encore aujourd'hui, c'est une sorte de rite initiatique pour tout jeune médecin de savoir dire non.

I11 : Euh... Bah je considère qu'il faut se donner un cadre dans son exercice {...} Et c'est dans mon intérêt aussi à savoir que je ne dis pas oui à tout.

I14 : Dans le mien, pour ne pas avoir un procès aux fesses après, (Rires.) Ou ne pas avoir la sécurité sociale qui toque à ma porte.

I18 : {...} Aussi pour le médecin car ça permet d'asseoir une autorité un peu aussi quand tu peux dire non. Si tu dis oui, les patients ils ne t'écoutent plus après. Il faut que ce soit adapté.

- L'intérêt de santé publique

I4 : Euh... Pour ce qui est de la pression de sélection des antibiotiques.

I5 : {...} Tu as une mission de santé publique.

I6 : Déjà de santé publique quand il est question de santé publique. Il y a une question économique aussi quand même qui moi me revient souvent notamment sur les arrêts de travail.

I8 : Dans le cas des antibiotiques, parce que {...} Enfin pour les mesures de santé publique et pour éviter les résistances. Ouais... Ouais c'est ça et puis un peu pour la santé publique pour éviter les dépenses de santé inutiles, pour éviter l'apparition de phénomène de sélection pour les antibiotiques.

I9 : Bah il y a un intérêt de santé publique mais ça c'est logique.

I12 : Ben normalement pour l'intérêt du patient et de la société pour pas qu'il y ait de résistance.

I14 : Dans la collectivité parce que ça fait quand même des économies, ça fait des dépenses de santé publiques énormes et que ça fait des économies.

I15 : {...} Dans l'intérêt de santé publique.

I17 : Par exemple si on prend les antibiotiques déjà pour lui éviter de faire des résistances et tout ça mais c'est aussi l'intérêt collectif.

- L'intérêt économique

I13 : Et puis aussi dans l'intérêt de la sécu, un petit peu quand même. (Rires.)

I14 : Euh... Je pense qu'il y a le coût induit par les arrêts de travail par exemple c'est un coût pour la société.

I11 : Ça peut être aussi économique pour ne pas faire d'ordonnances injustifiées, c'est l'état qui va payer alors que ce n'est pas justifié.

I13 : Euh celui de la société déjà d'une part. Voilà, c'est dépenser l'argent publique si je fais un bon de transport, si je fais un certificat.

I14 : Dans la collectivité parce que ça fait quand même des économies, ça fait des dépenses de santé publique énormes et que ça fait des économies.

I15 : {...} Et euh... L'économie aussi pour éviter de dépenser trop de somme car un scanner ça coûte je ne sais pas j'imagine 200 € donc du coup, voilà !

I16 : Ensuite les arrêts de travail, par exemple dans la dépression il vaut mieux pas trop les arrêter {...} Pour la société parce qu'on paie des choses qui ne sont pas forcément bien.

I17 : L'intérêt pécuniaire. (Rires.)

I18 : L'intérêt de la collectivité et du coup je te parle des arrêts de travail.

I19 : Mais pas mal plus dans le truc de la collectivité. De réfléchir au budget, de dire que l'arrêt de travail ce n'est pas une solution, que ça coûte de l'argent.

4. Quels sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

Les difficultés rencontrées sont :

- L'incompréhension du patient

I1 : Bah ce qui est le plus dur c'est quand le patient ne comprend pas et qu'il insiste et qu'on a beau lui expliquer pourquoi on ne le fait pas et eux bah ne comprennent pas quoi.

I5 : {...} Ou alors tu vois très bien que le patient sort du cabinet et qu'il n'a eu aucune confiance car tu ne lui as pas mis d'antibiotiques.

I6 : L'incompréhension du patient par exemple qui pense que leurs demandes sont justifiées.

I9 : Le patient ne va pas comprendre et là ça peut te mettre en difficulté.

I14 : Le problème rencontré c'est plutôt la difficulté des gens à comprendre que tu ne prescribes pas des médicaments.

I16 : Bah l'incompréhension du patient.

- Le conflit entre le médecin et son patient

I4 : Euh... L'agressivité du patient que ce soit verbale ou parfois un peu physique, des attitudes un peu menaçantes.

I5 : Bah le patient qui s'énerve parce qu'il n'est pas content et qu'il n'a pas eu son truc.

I6 : Et puis après, il y a certains qui... L'énervement ! (Rires)

I8 : En fait j'ai l'impression que ça déclenche le conflit, en fait. J'ai l'impression que le fait de l'exprimer, tout de suite la consultation prend un tour conflictuel c'est le médecin contre le patient et euh... Que la relation est un peu cassée.

I12 : Bah il y a les patients insistants. Et justement fréquemment quand on est interne, ils vont un peu nous mettre en porte à faux et nous dire que « leur médecin aurait dit oui, qu'un médecin plus expérimenté et plus âgé aurait dit oui. »

I13 : {...} Et puis si on lui dit non, ben, en fait il n'a pas de réponse positive à son problème. Il sort de là mécontent quoi.

- La nécessité d'expliquer et de se justifier

I3 : Les difficultés rencontrées lors d'un refus... Euh... Bah se justifier auprès du patient. Enfin lui dire pourquoi, trouver les bons mots et quand il a vraiment envie bah pouvoir lui dire non et pouvoir bien justifier.

I11 : C'est de devoir se justifier auprès du patient de dire non. C'est que on a l'impression qu'avec certains patients on a pas le droit de dire non. C'est ça qui est difficile, c'est devoir se justifier.

I17 : Bah il faut avoir les bons arguments pour appuyer le refus. Voilà, il ne faut pas juste dire non, il faut savoir expliquer pourquoi.

- Une remise en cause de soi

I14 : En fait j'ai l'impression d'avoir peur de me tromper et du coup de finalement de regretter de ne pas l'avoir fait par précaution. {...} Quand ils insistent et tout, après on va peut-être se dire zut, j'ai tort, peut-être qu'ils ont raison. Une remise en cause personnelle, c'est ça qui me met mal à l'aise.

- Pas de difficultés rencontrées quand on prend le temps d'expliquer

I9 : Je ne sais pas s'il y a des vraies difficultés quand tu as le temps.

I2 : Bah en général quand on explique bien il n'y a pas tellement de difficultés rencontrées. Les gens acceptent plutôt bien le refus, je crois. Je trouve qu'il n'y a pas de difficultés dans le refus à partir du moment où on explique bien.

5. Quelles situations sont les plus difficiles ?

Les situations rencontrées où l'interne se sent en difficulté sont :

- Les arrêts de travail

I3 : {...} Les arrêts de travail ils vont t'en demander tout le temps. Donc parfois c'est un peu plus difficile à refuser. En fait je pense que ça va être plus difficile pour les arrêts de travail car on va faire aussi par rapport à notre expérience personnelle.

I4 : Ouais, l'arrêt de travail.

I6 : Euh... Je pense que c'est les demandes d'arrêt de travail où c'est difficile justement d'apprécier l'état réel du patient.

I16 : Je trouve que les arrêts de travail ouais c'est assez subjectif finalement au niveau des douleurs notamment.

- L'empathie pour son patient

I8 : En fait ça dépend clairement des familles qui sont sympathiques, enfin quand on parle avec elles et qui nous sont sympathiques {...} Quand les patients me semblent sympathiques effectivement je me rends compte que j'ai plus de mal à dire non.

I13 : C'est une situation critique où la maman est malade et on ne peut pas tellement faire autrement. On n'a pas envie de lui dire « bah madame, débrouillez-vous, trouvez quelqu'un de la famille, etc... » donc voilà.

I19 : {...} Même des fois des patients hyper sympas tu vois, ça se passe trop bien et « vous êtes sûr pour les antibiotiques » et tu sais que tu devrais dire non et des fois tu dis oui.

- Les demandes de psychotropes

I9 : Ouais peut-être la psy. Quelqu'un qui te demande des anxiolytiques à tout pris bah... Euh que toi tu estimes qu'il n'en a pas besoin et qu'il va falloir travailler autrement, ça ne va pas suffire. C'est un peu compliqué.

- L'incompréhension persistante du patient

I7 : Euh... Quand le patient continue et veut quand même et ne comprend pas la cause du refus, du pourquoi du refus en fait. {...} Quand le patient est trop insistant et qu'il joue sur la corde sensible.

- Les antibiotiques

I5 : Bah c'est plus compliqué de dire non typiquement dans les antibiotiques car tu sais très bien qu'en les mettant tu ne risques rien et tu ne risques surtout de le voir revenir deux jours après en nous disant « ah bah merde vous voyez ça a mal tourné, je vous avais dit ».

- Le manque d'expérience de l'interne

I12 : Les situations où moi je ne suis pas à l'aise en tant que médecin. Typiquement, je n'ai pas encore fait mon stage de pédiatrie donc les jeunes enfants où la mère est un peu insistante, où je pense avoir le bon diagnostic mais j'en suis pas certaine, j'aurais tendance à plus surmédicaliser.

I15 : Euh bah c'est quand moi-même j'ai un doute. {...} J'aurais plus de mal à refuser c'est quand je ne suis pas complètement convaincue que c'est complètement inutile.

I19 : {...} C'est difficile de dire non quand tu es encore interne. Ils te le font ressentir « non mais je veux du coup parler à ton sénior. »

- Le manque de temps

I10 : Ouais quand il n'y a pas de temps. {...} C'est quand tu as une salle d'attente qui est bondée et que tu te dis « bon, il va me falloir 10, 15, 20 minutes pour expliquer pourquoi, c'est là, quand tu n'as pas de temps et que ça risque de finir en clash.

- Le renouvellement du traitement de fond

I14 : C'est peut-être plus pour les médicaments. Quand par exemple ils viennent pour autre chose et qu'ils te demandent euh... « En fait on pourrait pas me prescrire mon traitement de fond parce que là il y en a plus ou j'ai perdu l'ordonnance. »

- Les demandes des collègues

I14 : C'est les collègues qui te demandent des ordonnances. Ça c'est difficile de dire non. Je crois qu'en fait ça c'est le plus difficile. {...} Mais les collègues c'est le plus difficile car tu les connais personnellement, tu as aussi envie que ça se passe bien en stage.

- Les antécédents propres à chaque patient

I17 : Bah quand il y a toujours des antécédents je sais pas familiaux ou des connaissances, je sais pas, qui se sont mal passés.

6. Pour quel type de patient est-ce plus difficile de dire « non » ?

Les internes ont trouvé que le « non » était compliqué à dire lorsqu'ils étaient devant :

- Des patients difficiles

I1 : C'est vraiment lié à la personnalité des gens. {...} Ou les gens qui s'énervent.

I4 : Oui quand la personne est très déterminée, qui a beaucoup de charisme et qui se croit dans son bon droit c'est plus difficile à contrer parce que après c'est pas une lutte mais...

I5 : {...} Quand tu sens qu'ils sont hyper revendicatifs et hyper demandeurs.

I8 : Dans les fortes personnalités, il faut négocier... ou les gens qui te mettent en porte à faux.

I15 : Hum ceux qui sont un peu agressifs, qui vont insister lourdement, qui vont remettre en cause ta parole, qui vont douter de toi, par rapport au fait qu'on soit interne, par rapport à ton statut.

I16 : Bah où les patients sont très demandeurs et très insistants.

I19 : Il y a des patients que tu ne sens pas très bien, des gens un peu colériques.

- Des enfants

I11 : Euh moi je n'arrive pas à dire non si c'est un enfant qui est en jeu, clairement.

I12 : Mais voilà, les enfants sûrement parce que je n'ai pas encore toutes les compétences pour les soigner toute seule parce que j'ai pas encore fait mon stage de pédiatrie.

I17 : Je dirais peut-être pour les enfants parce que tu es toujours un peu plus inquiet.

- Des patients angoissés

I2 : Ce n'était pas forcément en soit le refus qui était difficile mais plutôt les prédispositions psychologiques de la dame.

I10 : Un patient qui pleure, qui fond en larmes, qui joue sur la corde sensible. Le contexte misérabilique du patient...

I12 : Après toutes les situations d'angoisse des patients, de tristesse des patients où finalement on a peut-être envie de leur faire plaisir et de ne pas aller au conflit.

I18 : Ouais plus un type de patient parce que du coup tu sais qu'ils sont un peu fragiles.

- Certains types de métiers

I3 : {...} Certains métiers. Ben les métiers durs, genre tu travailles dehors ben ça va être plus difficile.

I6 : Les profs ? (Rires.) Hum non je ne vois pas comme ça.

I10 : Je te dis les cadres, les cadres qui sont un peu... Les gens avec un niveau socio-économique élevé qui ont fait des longues études, qui connaissent un peu la science parce qu'ils ont fait un peu de biologie.

- Des patients polypathologiques et des personnes âgées

I13 : Ben ceux qui à la limite ont une polypathologie, les personnes âgées.

I9 : Les petits vieux peut-être. (Rires.) {...} Alors que les personnes âgées, souvent ils vont dans ton sens, « oui je comprends très bien docteur, machin », tu as l'impression de réussir et à la fin ils te disent « n'oubliez pas de mettre ça sur l'ordonnance par contre ». (Rires.) Et là tu te dis, ça n'a servi à rien, ça n'a pas du tout marché.

I14 : Les personnes âgées. Les personnes âgées à qui tu refuses un bon de transport, bon bah des fois tu te dis que quand même ils ne vont peut-être pas prendre le bus.

- Des déficients mentaux

I13 : Euh j'ai déjà eu du mal à dire non à quelqu'un qui est déficient mental. Parce que en fait, bah du coup mon explication elle ne pouvait pas être entendue, elle ne pouvait pas être comprise, donc j'ai eu du mal à lui dire non.

- Des femmes enceintes

I16 : C'est difficile par exemple aussi les femmes enceintes c'est difficile de refuser quand elles ont un contexte social un peu particulier.

- Des situations personnelles défavorables

I8 : Euh des gens qui ont des vies difficiles, par exemple des gens qui ont subi des viols, euh des gens qui sont SDF (Sans Domicile Fixe) ou qui ont été agressés, j'avance dans leur sens plutôt que...

7. Vous sentez-vous coupable de refuser ?

- Certains internes ne se sentent pas coupables de refuser

I1 : Hum... Pas vraiment.

I2 : Non parce que si je me sens coupable, je ne refuse pas. Enfin si, moi je fais toujours les choses en toute conscience.

I3 : Ben non je ne crois pas.

I4 : Non jamais. Alors non pas du tout. Autant j'ai du mal parfois à dire non, mais... Non

I5 : Non, bah non. À partir du moment où tu leur expliques et que tu sais que médicalement ce n'est pas justifié, il ne faut pas commencer à se sentir coupable de quoi que ce soit parce que sinon tu ne dors plus... (Rires.)

I6 : Non parce que si je refuse c'est que je suis persuadé de ce que je leur dis donc euh... non je ne me sens pas coupable.

I9 : Non. Je n'ai pas de mal à dire non. {...}. Si tu sais bien justifier ton non, il n'y a pas de souci à le faire.

I10 : Non, sinon tu arrêtes médecine. (Rires.) Sinon c'est trop dur.

I17 : Hum... Bah non. {...} Si je dis non c'est que vraiment je suis sûre de moi et que c'est non quoi.

I18 : Non, je ne me sens pas coupable. Parce que je me dis que quand je le fais c'est parce que j'ai étudié la situation. Je n'ai pas dit non sans réfléchir quoi. Donc non, je ne me sens pas coupable.

I19 : Hum... Non. Pas spécialement.

- D'autres au contraire se sentent coupables

I3 : Ça dépend, enfin je me dis le pauvre quoi. C'est difficile donc je me sens un peu coupable mais en soit...

I7 : Ça dépend pour quoi. Mais c'est déjà arrivé ouais.

I8 : Ça dépend des patients mais ouais, parfois on se sent coupable de refuser. Euh... C'est juste que c'est dur de refuser alors que consciemment c'est clair que c'est la bonne chose.

I11 : Oui, parfois.

I12 : Euh, oui ça a pu m'arriver. Ça a pu m'arriver. {...} C'est rare que les situations soient toutes blanches ou toutes noires et ce n'est pas forcément tranché d'un côté ou de l'autre.

À ce moment-là, ils peuvent ressentir de la gêne, de la culpabilité

I7 : Enfin je comprenais, oui forcément mais c'était difficile de lui dire non.

I11 : Enfin surtout quand les patients nous culpabilisent de dire non car il y en a qui sont un peu durs avec nous.

I13 : Donc euh... Oui je peux me sentir coupable.

Mais aussi la peur de perdre sa patientèle

I11 : Après ils peuvent aussi ne plus venir nous voir. Voilà, on leur dit pas oui alors ils ne sont pas contents, on peut risquer de perdre des patients. {...} Ils menacent de ne plus venir nous voir, voilà ça peut être vexant aussi.

8. Êtes-vous déjà entré en conflit avec un patient ?

Tous les internes sont entrés en conflit au moins une fois avec un patient.

I2 : Bah oui une fois avec une dame là... Enfin non en fait plusieurs fois.

I4 : Oui.

I5 : {...} Des gens qui se lèvent, qui se rapprochent un peu de toi et puis qui commencent à s'énerver et puis par claquer la porte, ça oui ça m'est déjà arrivé.

I6 : Oui. Euh oui justement pour...

I8 : Oui, un de mes patients hypochondriaques. {...}. Ce patient est sorti fâché en disant que de toute façon il allait voir un autre médecin.

I10 : Oui.

I12 : Oui, oui j'ai pu voir dans certaines consultations un certain mal-être, un certain énervement du patient à qui je disais non.

I13 : Oui. Euh... J'ai plus vraiment en tête le conflit car c'est déjà arrivé plusieurs fois.

I14 : Oui.

I15 : Euh... alors oui...

I18 : Oui...

I19 : Euh... Plusieurs fois...

Le plus souvent, il s'agissait d'un conflit pour un arrêt de travail.

I1 : Oui. C'était pour une histoire d'arrêt de travail. {...} Ça avait été difficile car elle avait été hyper agressive.

I4 : Bah du coup c'était un monsieur d'une soixantaine d'années qui voulait un arrêt de travail.

I5 : {...} Qui s'énervent et qui de temps en temps finissent par se lever et par partir parce que tu n'as rien voulu lâcher sur la date d'arrêt de travail, ou machin.

I6 : C'était dans le cadre d'un arrêt de travail.

I12 : C'était plus souvent pour les arrêts de travail, oui.

I13 : Si, si je suis déjà entrée en conflit pour antideriver quelque chose et j'ai dit « non, non là c'est non. C'est vraiment pas possible et moi je peux aller en prison. »

I16 : {...} C'est arrivé oui par exemple aux urgences gynéco, une dame qui voulait absolument se faire arrêter.

I18 : C'était aussi pour un arrêt. En fait euh... c'était un patient qui voulait un arrêt de travail et qui allait partir en vacances.

Parfois la cause du conflit pouvait être au sujet :

- Des bons de transport

I14 : {...} Et qui m'a demandé une ambulance pour rentrer chez elle.

I19 : {...} Ils veulent absolument un bon de transport.

- De la couverture médicale universelle (CMU)

I14 : Moi paie pas, moi paie pas, avoir CMU {...} et en fait voilà c'était des gens qui profitaient à mort du système.

9. Avez-vous déjà changé d'avis ?

La plupart des internes ont déjà changé d'avis.

I1 : Oui bah oui c'est arrivé par exemple euh...

I2 : Je veux dire, au cours d'une consultation on peut changer d'avis.

I3 : Oui, essentiellement pour les arrêts de travail.

I6 : Oui ça a déjà dû m'arriver si il y avait d'autres éléments ou euh... Je pense que ça a dû m'arriver de changer d'avis.

I7 : Ouais. (Rires.) Ouais, ouais, ouais quand vraiment les gens ils ne lâchent pas « je fais bon allez ok... » Ouais.

I8 : Oui, j'ai déjà changé d'avis parce qu'en fait euh...

I9 : *Oui, oui dans cette idée de... Parfois tu ne peux pas imposer le non dans certaines situations tu dois le négocier avec le patient.*

I10 : *Arf, je pense que ça a déjà dû m'arriver.*

I11 : *Oui, bah justement un autre patient qui venait entre deux.*

I12 : *Oui ! Plein de fois. Plein de fois, quand je n'étais pas certaine. Ça me paraît être une bonne chose en tout cas de changer d'avis.*

I13 : *Ouais, ouais bah justement pour cette maman où au départ j'avais dit non.*

I14 : *Ouais ça a dû arriver.*

I17 : *Euh... Bah oui. (Rires.)*

I18 : *Oui...*

I19 : *Ouais.*

Ils l'ont fait pour plusieurs motifs :

- Après avoir compris le raisonnement du patient

I2 : *Justement c'est ça la médecine, c'est justement pousser un peu plus son raisonnement et changer parfois son jugement sur les patients et sur les gens.*

I6 : *si vraiment le patient m'explique la situation, etc...*

I9 : {...} *Mais si tu arrives à comprendre pourquoi il le veut, oui. Il ne faut pas être borné non plus.*

I12 : *Quand le patient a pu par son argumentaire me faire changer d'avis, soit douter de mon avis.*

I13 : *Après j'ai connu cette situation où elle est malade et tout et après j'ai dit « bon ben d'accord. » (Rires.)*

I17 : *Bah parce qu'entre temps on a d'autres infos.*

I18 : En réécoutant pourquoi et en comprenant pourquoi la personne voulait cet arrêt. Enfin j'ai été plus souple, en réécoutant peut-être au prime abord.

I19 : Parce que tu dis non, tu dis non et après ils te débattent toute leur vie.

- Pour reconforter certains patients

I1 : Et je me dis que peut-être, même si j'estime que ça aura pas vraiment d'impact, je me dis que pour eux ça aura une preuve qu'ils n'ont rien par exemple. Ça peut les reconforter.

- Par manque d'expérience

I12 : Plein de fois, quand je n'étais pas certaine.

I17 : Mais quand déjà à la base tu as un petit doute, bah voilà si le patient il arrive en plus à te mettre le doute bah là si initialement tu étais partie sur un non, c'est possible de dire oui.

- Devant un patient difficile

I7 : {...} Quand vraiment les gens ils ne lâchent pas « je fais bon allez ok... » Ouais. Oui quand je vois que c'est vraiment stérile et que le mec il continue d'insister, d'insister, d'insister, que j'ai beau tout faire...

I14 : {...} Une situation où moi je trouvais ça abusé et en fait j'en ai parlé à mon chef qui m'a dit « oui, mais quand même, tu devrais le faire. Quand même sinon elle est pas sortie des urgences, on a pas fini, jusqu'à je ne sais pas quelle heure. »

Toutefois seulement 3 personnes n'ont pas changé d'avis :

I4 : Non. Dans ces cas-là, tu convaincs, tu y vas mais non.

I5 : Non je suis assez buté... (Rires.) Non, honnêtement je ne pense pas avoir déjà changé d'avis sur les situations dont je t'ai parlé. {...} Donc tu réfléchis bien et une fois que tu as pris ta décision tu restes sur la même ligne.

I16 : Non.

10. Que ressentez-vous quand vous dites « non » ?

-Certains internes ressentent de la gêne et de la culpabilité

I1 : Tu te sens toujours un peu gênée de dire non. C'est vrai tu te sens toujours un peu gênée, un peu mal à l'aise.

I3 : Dès que c'est subjectif c'est un peu compliqué et je vais ressentir de la gêne. Comme la culpabilité et d'autres choses mais en soit si je justifie...

I7 : Je me sens nulle. (Rires.) Je suis une merde. (Rires.)

I8 : Eh bah, ouais beaucoup de culpabilité, et limite de la honte. Les rares fois où j'ai dit vraiment non je me sentais un peu rougir en même temps.

I11 : Bah avant, au début de mon internat je ressentais beaucoup de culpabilité où je me disais après « peut-être que j'aurais dû dire oui », parfois il nous fait douter.

I12 : Oh bah, de la gêne oui car on a toujours un peu envie de dire oui et faire plaisir aux gens surtout au cabinet avec des gens qu'on est amené à revoir, qu'on est amené à suivre donc on n'a pas envie d'être dans le non et dans le conflit parce que forcément ça va impacter sur la relation avec le patient.

I17 : Euh... Je ne suis pas très à l'aise avec le non. Ouais peut-être un peu de la gêne quand même parce qu'on se dit qu'ils sont dans l'attente d'un truc et qu'on leur refuse.

I19 : De la gêne euh. Ouais je trouve que c'est un rapport assez frontal où toi tu es derrière ton bureau. {...} On te demande gentiment et toi tu dis toujours non. C'est pas de la culpabilité mais ça peut être un peu, je sais pas un peu gênant quand même.

-Certains appréhendent surtout la réaction du patient lorsque le « non » est dit

I13 : Euh quand je dis non, j'ai toujours l'appréhension de la réponse, enfin de la réaction du patient en face.

I14 : {...} Un peu d'appréhension de la réaction que je vais avoir en face selon le contexte.

I17 : Euh... Je ne suis pas très à l'aise avec le non. Ouais peut-être un peu de la gêne quand même parce qu'on se dit qu'ils sont dans l'attente d'un truc et qu'on leur refuse.

I18 : Bah j'ai de l'appréhension par rapport à la réaction du patient. Comment il va réagir quand je dis non. Euh... Est-ce qu'il va comprendre pourquoi.

-D'autres présentent du stress dans le fait de dire « non » avec la peur de décevoir

I1 : {...} Un peu peur de la réaction des gens.

I15 : Ressens ? Hum... En fait c'est la peur je pense de décevoir {...} Voilà c'est la peur de ne pas se sentir à la hauteur, de pas avoir réussi à convaincre et rassurer.

I16 : Du stress. (Rires.) {...} En fait j'aime pas les conflits de base donc c'est vrai qu'être en conflit avec un patient ce n'est jamais agréable.

I17 : {...} On a l'impression d'aller à l'encontre de leurs attentes. {...} Enfin voilà de pas faire ce que le patient aurait aimé qu'il fasse et du coup être un mauvais médecin à ses yeux.

-Toutefois la gêne peut arriver quand les internes ne sont pas sûrs d'eux

I6 : Bah si si, forcément ça peut arriver (de la gêne). Comme je disais tout à l'heure, on peut jamais être sûr à 100 % de l'état du patient, notamment quand on ne le connaît pas. Euh...

I7 : C'est voilà, il faut que je sois sûre de moi et que j'explique bien. Voilà, et puis très vite quand je ne suis pas sûre de moi, ça devient compliqué. (Rires.)

I13 : Mais ouais, j'ai toujours une petite appréhension. Je suis peut-être pas assez affirmée encore. (Rires.)

-Se positionner comme médecin paraît alors difficile lorsque l'on est interne

I8 : C'est juste une histoire aussi d'autorité parce que dire non c'est assumer l'autorité du médecin qui en fait a une autorité et pose un cadre vis-à-vis du patient et juste que en tant qu'interne avec des patients plus âgés que moi et qui ont parfois plus d'expérience dans leurs maladies, dans l'éducation de leurs enfants, etc... Euh... Je ne me sens pas légitime de le faire quoi. {...} C'est plus sur la légitimité de l'autorité.

-La gêne peut aussi survenir lors d'un manque de communication

I1 : Ceux qui comprennent pas et tu sens qu'ils n'ont pas obtenu ce qu'ils espéraient. C'est toujours un peu mal à l'aise, un peu gênant.

-Enfin, des internes ne ressentent pas de culpabilité, surtout quand ils sont sûrs d'eux

I2 : Je ne ressens pas particulièrement de choses. Quand j'exerce je me détache de sentimentalisme. Je ne ressens pas de euh...

I3 : Ben ça dépend quelle est la demande en fait. Quand je suis sûre de moi, comme les médicaments ben j'ai aucune gêne à dire non clairement.

I4 : Non je suis claire avec moi-même. Et je pense que ça, ça facilite à convaincre le patient quand tu es sûre de ce que tu dis et de tes convictions en règle générale, ça passe mieux.

I9 : Je suis restée chiante donc j'aime bien en général ! (Rires.) Ce n'est pas le non en tant que tel qui va me gêner.

I11 : Au fur et à mesure de l'internat je me rends compte que je culpabilise de moins en moins et euh... C'est l'expérience qui fait que j'arrive plus à dire non dans les bonnes situations et euh... Voilà. J'ai moins de culpabilité maintenant mais ça peut encore arriver.

- Ils ont l'impression d'avoir fait leur travail

I6 : J'ai ressenti que j'avais fait mon travail quoi. Que j'étais légitime dans ma décision même si on n'est pas d'accord c'est juste voilà une question de faire son travail correctement je pense.

- Ils peuvent dire « non » pour faire avancer le comportement des patients

I2 : De leur dire non, en même temps ça peut pousser les gens à se prendre eux aussi en charge quand c'est des problèmes pour lesquels ils attendent des solutions toutes faites. Ça leur rend parfois service, enfin je pense.

I9 : Bah j'aime bien aussi quelque part bousculer un peu les gens et quand ça marche quand toi tu es sûr de toi, et que le patient derrière comprend pourquoi, c'est plutôt agréable car tu es dans un truc un peu éducatif que moi j'aime bien.

- Et s'affirmer dans la relation médecin-patient

I10 : Je ressens un peu de challenge parce que tu sais en fonction du patient que tu as en face de toi que ça va être plus ou moins bien accepté. {...} Au fond de toi, tu peux ressentir une certaine fierté parce que tu t'es assumé, tu t'es incarné dans une position, tu as affirmé une certaine autorité.

11. Avantages et inconvénients du « non »

11.1- Quels sont les avantages à dire « non » ?

Plusieurs avantages sont notés par les internes :

- Mettre des limites dans la relation médecin-malade

I2 : C'est de marquer des limites, c'est de définir clairement les choses. C'est d'être clair avec les gens.

I8 : Au moins on n'est pas dans le flou. C'est de poser les bases en fait. {...} les positions sont claires et je pense que ça, ça aide à une meilleure compréhension. Enfin une meilleure relation avec le patient.

I9 : {...} D'être en accord avec toi ce que tu penses et dans la relation, d'avoir un certain équilibre avec le patient.

I11 : Eu, bah justement à lui donner un cadre et montrer que le médecin il a un certain exercice, donner des limites.

I18 : C'est un peu expliquer aux patients, de le rendre plus responsable de sa santé quoi. De leur rendre compte qu'on a pas tout dans la vie et que parfois il faut savoir mettre des barrières.

I19 : Bah ça permet de mettre des bases dans une relation médecin-malade où tout n'est pas permis.

- S'affirmer en tant que médecin

I3 : Bah pour ta crédibilité, c'est toi qui décide un petit peu. Tu mènes ta consultation et ce n'est pas lui qui arrive avec ses idées.

I7 : Euh bah c'est sans vouloir être le médecin qui a tous les droits, c'est aussi montrer au patient bah que ce n'est pas que lui qui décide qui vient avec sa demande.

I10 : C'est montrer que tu n'es pas bidon quoi. Montrer un peu de consistance, que tu ne vas pas être manipulable. {...} C'est l'occasion encore une fois d'affirmer une certaine, une forme d'autorité.

I12 : Euh... Les avantages c'est se positionner en tant que soignant {...}. On met notre responsabilité donc euh... C'est aussi montrer bah qu'on est médecin.

I13 : Bah que tu montres au patient que voilà tu as les connaissances, c'est toi qui décides quoi.

I15 : Le médecin a son mot à donner, son opinion par le fait de son expérience et de ses connaissances et du coup, ça peut apporter quelque chose en plus en disant non. Il apporte son expertise quoi.

I16 : Bah à affirmer ton non, tes connaissances et être sûre de tes positions aussi.

I17 : Je pense que ça nous donne un peu de prestance, ça montre qu'on sait ce qu'on fait, bah des connaissances.

- Éduquer le patient

I1 : Bah les avantages à dire non, ça permet d'éduquer le patient finalement. {...} Finalement il faut leur expliquer, ça permet de les éduquer. Je me dis que du coup ils ne vont pas reconsulter à chaque fois pour les mêmes motifs.

I6 : Les avantages à dire non, c'est je pense que c'est pour l'éducation du patient. {...} Je pense que oui, c'est une question après d'éducation du patient.

I16 : Bah déjà c'est l'éducation du patient comme ça il ne reviendra pas avec une autre demande et il comprendra comment ça marche et pour sa santé aussi.

I17 : Après tu éduques un peu ta patientèle.

I18 : {...} Ouais c'est l'éducation du patient.

- Renforcer le « oui »

I4 : Ça renforce ton oui quand tu donnes un traitement du coup. Là c'est important {...}. Quand on dit non, c'est non et quand on dit oui, et bah peut-être qu'il observe davantage le traitement.

- Diminuer les dépenses de santé

I5 : L'avantage à dire non c'est qu'on est plus rentable pour la sécurité sociale. {...} donc typiquement faire attention à tes arrêts de travail, {...} Bah tu sais qu'à la fin de l'année la différence elle est énorme.

11.2- Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ?

Les avantages à ne pas dire « non » sont :

- Éviter le conflit et faciliter la consultation

I3 : *Et puis ça te facilite ta consultation.*

I6 : *Bah il a déjà le fait que ça facilite un peu la consultation forcément, si on a moins d'argumentation à faire.*

I8 : *Et bah euh... Peut-être éviter le conflit.*

I4 : *Bah euh la tranquillité d'esprit. Se débarrasser des cas difficiles.*

I7 : *Ah bah c'est facile ! (Rires.) Et puis c'est tranquille, forcément. Si tu mets des antibiotiques à tout le monde, c'est tranquille personne ne te fait chier. (Rires.)*

I10 : *Ça t'évite une pression, ça t'évite un argumentaire, ça t'évite de la tension, du stress, ça t'évite une confrontation stérile, je ne sais pas, enfin pas stérile.*

I12 : *Bah c'est que le patient il est content, ne pas rentrer dans le conflit, ne pas avoir à se justifier pendant 40 minutes pour un patient qui finalement ne va pas adhérer à notre avis.*

I13 : *Tu vas céder pour, je pense, éviter la confrontation qui peut être même physique et avoir peur pour toi. Donc tu vas céder pour éviter une agression et donc euh...*

I16 : *Enfin on n'entre pas en conflit.*

I17 : *Bah la facilité. C'est toujours plus simple quand tu as un patient un peu chiant, enfin un peu demandeur et un peu insistant, c'est toujours plus simple de lui donner ce qu'il veut.*

I18 : *C'est facile. La facilité, euh...*

I19 : *La facilité. Enfin du coup ça devient facile, ça devient rapide. C'est moins conflictuel.*

- Diminuer le temps de consultation

I1 : Bah (Rires). Ça permet de nous débarrasser du patient quand la consultation est trop longue et que l'on y arrive plus quoi.

I3 : {...} Elle va durer moins longtemps et puis c'est bon c'est fini quoi.

I5 : Tu gagnes beaucoup de temps en disant oui car tu as moins d'explications à donner.

I8 : Et bah euh... Peut-être éviter le conflit et une consultation qui dure moins longtemps.

I10 : {...} Donc ça t'évite de la fatigue et un rallongement de la consultation.

I11 : Oui, c'est un gain de temps aussi, clairement on ne s'embête pas à avoir le débat du après non, toute la justification du médecin etc... C'est une perte de temps énorme dans une journée et si on est un peu fatiguée bah dire oui parfois, c'est plus facile.

I12 : C'est de pouvoir rentrer chez soi plus tôt. Tout ça quoi.

I14 : Un gain de temps. Un gain de temps sur la consultation qui est quand même énorme car on perd pas de temps à expliquer du coup.

I15 : Ça va plus vite quoi. Tu n'as pas à négocier !

I16 : {...} Et c'est plus rapide aussi.

I18 : Tu as plus de temps, le gain de temps. Tu ne te prends pas la tête.

- Être perçu comme un gentil médecin par le patient

I3 : Il t'aime bien à la limite mais euh...

I5 : Avoir une relation avec le patient où tout est formidable, tout le monde est content, il y a une super ambiance dans le cabinet ! (Rires.)

I12 : Alors l'avantage de céder aux demandes des gens c'est que ça renforce la relation médecin-patient.

I18 : Et euh... Du coup la reconnaissance par rapport à ton patient quoi. {...} Il t'apprécie parce que tu as dit oui.

I19 : Ça te fait passer pour le tout gentil peut-être.

- Rassurer un patient

I8 : Elle peut trouver sa légitimité dans autre chose, par exemple rassurer un parent, rassurer quelqu'un.

I9 : C'est dans l'idée qu'il ne va pas être bien à ta sortie de consult et il ne va pas du tout être rassuré.

I12 : Ça donne confiance aux gens, ça leur donne envie de revenir, ça permet de se sentir impliqué.

I15 : Bah pour le rassurer je dirais. Comme ça, il a un doute, on fait la radio, bah il est sûr et nous aussi. Tout le monde est satisfait quoi.

I17 : Ben finalement ça nous rassure quand même, mais ça c'est pareil on se dit « voilà il va faire son truc, voir que tout est normal et comme ça tout le monde sera rassuré. »

- Garder sa patientèle

I3 : Il revient... (Rires.) Il revient, il t'aime bien à la limite mais euh...

I6 : Mais si les médecins ont besoin de recruter les patients c'est aussi, je pense une manière de faire qu'ils reviennent quoi.

I11 : À garder sa patientèle ! (Rires.)

I12 : C'est un peu une pratique clientélisme mais bon on ne va pas s'en défendre.

- Un interne a fait la distinction entre céder et ne pas dire le mot « non » dans le refus

I2 : Bah non ce n'est pas cédé finalement. Je ne suis pas d'accord.

Le fait de ne pas dire le mot « non » lui permettait « d'ouvrir la négociation, d'ouvrir la discussion et d'ouvrir le débat avec le patient {...} Et euh... on peut réorienter sa question, réorienter sa demande, recentrer les problèmes aussi à travers ne pas dire non. »

Cela lui permettait « d'essayer de trouver d'autres solutions et lui faire amener à nous faire de nouvelles demandes qui nous paraissent plus adaptées. Pas dire non tout de suite ça permet [...] de laisser la porte ouverte aux différents arguments. »

11.3- Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

Les inconvénients à dire « non » sont :

- L'apparition d'un conflit et de désaccord

I1 : Les inconvénients... Bah c'est toute la confrontation qui en suit quoi. C'est-à-dire quand tu dis non et que le patient ne comprend pas {...} C'est ça, toute la confrontation qui en découle quoi.

I4 : Ben il faut se battre, il faut argumenter. On peut arriver à des situations conflictuelles.

I5 : Le risque du conflit et la plus grande difficulté à expliquer.

I7 : Il faut expliquer aux gens et se mettre en conflit avec eux. Il faut savoir s'imposer.

I8 : Ça peut déclencher des conflits si c'est utilisé au mauvais moment.

I12 : Devoir faire face au patient qui n'est pas content, devoir se remettre en question.

I14 : Bah le fait que tu t'exposes quand même à une confrontation avec le patient.

I16 : Le rapport de force qui n'est pas toujours évident à gérer. En cabinet quand on est seul en face du patient et qu'il peut devenir violent...

I17 : Et puis voilà on risque de créer quand même un conflit avec le patient.

I18 : La relation entre les deux peut être altérée c'est l'incompréhension quoi.

I19 : Bah c'est que ça peut être conflictuel.

- La rupture avec le patient

I3 : Il y a un risque de se disputer avec ton patient. {...} Donc si ça se trouve il ne viendra plus te voir après, le bouche à oreille et il va le dire aux autres. Donc tu risques de perdre un peu de patientèle et euh... Voilà.

I4 : On peut ne pas revoir le patient surtout.

I6 : Un patient possiblement pas content ne reviendra pas.

I11 : Euh... À perdre des patients, à perdre la confiance si il trouve que c'est injustifié de son point de vue.

I15 : Bah c'est être le mauvais objet, le méchant. Euh... Le médecin qui est mal perçu car on n'est pas sûr de ce qu'il raconte. On remet en cause sa parole.

- Se sentir gêné

I3 : Ben tu peux justement te sentir un peu gênée, euh le patient peut le voir aussi. Ça peut être difficile à la justifier.

I12 : Il restera une petite part de doute et de culpabilité derrière le non.

I13 : Tu peux avoir l'impression de décevoir ton patient et tu peux avoir l'impression de faire l'inverse que ce que ton job devrait être quoi.

- Augmenter le temps de consultation

I5 : Bah la perte de temps. (Rires.)

I7 : Oui c'est ça, tu dois expliquer, ça prend du temps. Il faut encore une fois, avoir un bon argumentaire.

I8 : Ça peut faire exploser une consultation et après du coup ça peut durer pendant des heures et des heures, ça peut être très compliqué.

I11 : (Rires.) Euh bah la perte de temps, c'est surtout ça.

I14 : {...} Que du coup, le corollaire, que tu perds ton temps à expliquer pourquoi tu dis non et puis que ça te fait de la paperasse.

I15 : Et puis que ça prend plus de temps à discuter, à expliquer, à faire de la pédagogie auprès des patients.

I16 : Bah ça met plus de temps du coup d'expliquer.

11.4- Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?

Les inconvénients à ne pas dire « non » sont :

- Se sentir comme un médecin incompetent

I3 : Les inconvénients ? Bah tu parais nulle quoi. Ça te décrédibilise et euh... Ouais c'est essentiellement pour ça. Pour toi, tu te sens gênée aussi car tu te dis que tu n'as pas réussi à t'imposer.

I4 : Euh... Je pense que tu te décrédibilises complètement.

I5 : Ben ta crédibilité elle en prend un coup quoi. {...} Ta crédibilité, c'est zéro quoi.

I6 : Euh... Ah bah c'est une sensation un petit peu de faiblesse par rapport au patient, d'avoir cédé au patient. Après forcément moi je ne me sens pas content de moi.

I7 : Ouais on sent que l'on n'a pas fait bien son boulot, que l'on a pas... Enfin moi je sens que je n'ai pas été assez forte, que je n'ai pas été convaincante et que finalement j'ai fait quelque chose que je ne voulais pas faire.

I8 : Ah bah alors... Ça devient une catastrophe ça. (Rires.) À devenir un mauvais médecin ! Non je ne sais pas. Du coup, ne plus se retrouver dans ce qu'on fait.

I10 : Il te voit comme une espèce de chiffon mou.

I12 : {...} C'est à moi de me remettre en question en tant que médecin.

I13 : Tu n'es pas forcément très content du résultat de ta consultation quand tu as cédé.

I14 : Avoir du mal à dormir le soir. (Rires.) Moi franchement quand je ne suis pas en accord avec moi-même et avec un patient ça me travaille pendant un moment.

I15 : Bah du coup c'est aussi l'image qu'on a de soi où on peut se dire bah voilà on a été faible. {...} On a cédé quoi.

I16 : Bah c'est surtout pour soi je pense, on se sent un peu dévalorisée.

I17 : Euh... Bah du coup tu es faible quoi. (Rires.) Tu as un sentiment de faiblesse.

- Le patient comme décisionnaire

I3 : Le patient, lui il se dit, bah j'ai réussi, j'ai gagné.

I5 : {...} Tu as cédé il va se dire « le docteur ici, bah on en fait ce qu'on veut », tu vois.

I8 : {...} C'est le patient qui décide systématiquement de son... De ce qu'il veut quoi.

I11 : Que justement le patient pense que son médecin lui dira oui à tout et qu'il peut lui demander tout et n'importe quoi et tout sera toujours possible alors que le médecin c'est pas son rôle.

I17 : Bah oui c'est ça finalement ce n'est plus toi qui est maître, c'est le patient.

I18 : Tu n'assoies pas vraiment ton diagnostic, ton professionnalisme en fait. {...} Ça perd en crédibilité professionnelle je trouve le fait de dire oui.

- Se confronter aux mêmes problèmes

I1 : L'inconvénient c'est que le patient risque de revenir avec d'autres demandes injustifiées et si tu as cédé une fois après c'est difficile de pas céder les fois suivantes.

I4 : Il y aura de nouvelles demandes abusives, puis une fois que tu dis oui à une demande qui n'est pas fondée euh... Je vois pas comment tu peux revenir sur cette façon de fonctionner.

I6 : L'inconvénient après c'est que si on a cédé pour quelque chose que l'on ne croyait pas c'est aussi le risque de voir ce patient là ou d'autres de ces connaissances revenir pour la même chose et être de nouveau confronter au problème.

I10 : {...} Et la prochaine fois, ça va être encore plus difficile de lui dire non parce qu'il va te dire « la dernière fois vous m'avez dit oui » euh....

I13 : {...} Après je pense que tu as des patients qui te testent aussi et si tu cèdes, ils vont revenir te demander des trucs.

- Une médecine prestataire de services

I8 : C'est de la consommation et ce n'est plus de la médecine quoi dans le sens où le médecin n'a plus son mot à dire et qu'il est là pour prescrire.

I17 : {...} Ce n'est plus toi qui décides et tu es un peu un prestataire de services et plus vraiment le décisionnaire quoi.

I19 : Enfin ça veut dire que ce n'est plus toi qui mènes un peu la danse et que tu te fourvoies, tu piétines un peu tes opinions et que du coup, je trouve que ça devient un peu une relation de marchandage.

- Mettre en danger ses patients

I15 : {...} De mettre en danger le patient si tu le fais sortir alors qu'il y a un risque de suicide et qu'il est déprimé et suicidaire. L'inconvénient c'est que ça peut mettre en jeu la santé du patient quoi.

12. Quelles méthodes utilisez-vous pour faire accepter le refus sereinement ?

La méthode la plus fréquente donnée par les internes est l'explication.

I1 : La méthode pour leur dire est de toujours leur expliquer pourquoi on dit non. C'est toujours leur expliquer si jamais on leur dit oui qu'est-ce-que ça va leur apporter ? Si jamais on leur dit non qu'est-ce-que ça va pas leur apporter.

I2 : On doit prendre le temps, ça me paraît important de devoir refuser en discutant beaucoup justement car le refus c'est quelque chose qui doit prendre du temps et doit être pesé, discuté et réfléchi avec le patient.

I3 : Pour les médicaments, ben je vais le justifier en expliquant la pathologie, bien expliquer pourquoi ça ne sert à rien de prendre ça.

I5 : Bah la discussion, c'est expliquer, expliquer, expliquer, quitte à réexpliquer 3 fois les mêmes choses avec des mots différents jusqu'à ce que tu sentes que le patient a vraiment compris.

I6 : J'explique. Je ne commence pas ma phrase par dire non, je commence par expliquer un petit peu de manière scientifique ma décision pour que le patient comprenne. {...} En général, justement en expliquant correctement la chose au patient et en prenant le temps, il comprend et il accepte le refus.

I7 : C'est vraiment expliquer les choses. Expliquer le pourquoi je dis non. Quel que soit le pourquoi je dis non, c'est vraiment expliquer aux patients ma position et pourquoi je le fais.

I8 : En fait on explique à chaque étape, on explique pour en arriver au bout de la consultation « non, je ne prescris pas d'antibiotique. »

I9 : Tu en parles, tu expliques vraiment les raisons du pourquoi.

I10 : Il faut bien argumenter pour être intelligible et ne pas se réfugier derrière un jargon, derrière des recommandations qui sont trop compliquées.

I12 : Euh... Bah je prends pas mal de temps à expliquer les causes de mon refus.

I14 : Oui, voilà, je leur explique.

I15 : J'essaie de toujours justifier pourquoi je ne veux pas faire tel examen en essayant de rassurer au plus les patients, en me justifiant quoi.

I16 : Bah surtout argumenter et expliquer pourquoi on dit non. Essayer de faire comprendre aux patients.

I17 : Généralement j'explique bien les choses, je leur indique dans quel cas par exemple il faut faire telle chose ou pas.

I18 : L'explication. Vraiment la discussion. Discuter et expliquer aux patients.

Certains essaient d'identifier le problème en amont pour arriver à faire accepter le refus.

I8 : La meilleure de toutes les méthodes c'est d'identifier le problème le plus tôt possible dans la consultation {...} Et donc du coup quand on arrive à la fin, la démonstration est un peu magistrale mais si on a eu l'adhésion des parents à toutes les étapes ben à la fin ils disent « ok, d'accord », et ça, ça marche bien.

Certains montrent qu'ils ont compris et entendu le patient.

I10 : Il faut toujours montrer que l'on a entendu la demande et il ne faut pas rabaisser le patient en disant qu'il est idiot, euh...

I13 : Euh... Je dis pas non tout de suite. C'est-à-dire je ne dis pas non au début de la phrase. Euh... globalement voilà je dis « en ce qui concerne le certificat, en ce qui concerne ce traitement, en ce qui concerne le bon de transport... On n'est pas dans une situation où je peux vous donner ça, où on peut faire ça, parce que ça. » Mais globalement en fait le mot non n'est jamais dit tel quel quoi. C'est un refus mais je ne vais jamais dire non !

I19 : Euh... Moi je commence par dire « j'ai bien compris ou je vous ai entendu ou j'ai saisi, vous êtes inquiète ça se voit et vous avez raison et bien fait de venir, mais... ». {...} J'essaie vraiment de bien cerner le problème. {...} Des fois je leur demande « mais qu'est-ce que vous attendez exactement de moi et si c'est ça alors ça va être non parce que ce n'est pas justifié mais... » Il ne faut pas dire non frontalement je pense.

Deux internes ont une manière comportementaliste de faire accepter le refus.

I4 : Alors je souris... (Rires.) En fait un de mes maîtres de stage m'a beaucoup fait travailler sur le langage corporel et en fait il me disait que sourire et avoir des gestes un peu ouverts, facilitaient l'acceptation du patient quand on dit non. Non avec la bouche et oui avec les mains, en fait. Et moi, je trouve que ça marche plutôt bien. « Non je ne veux pas mais », puis tu expliques pourquoi. Ça marche... (Rires.)

I10 : Il ne faut pas être dans une attitude non verbale, trop en opposition c'est-à-dire qu'il ne faut pas croiser les mains. Il ne faut pas que le patient nous sente mal à l'aise même physiquement. Il faut éviter de balbutier, il faut éviter de rentrer dans des explications un peu floues, un peu foireuses, euh... Il faut paraître sûr de soi verbalement et non verbalement et il faut laisser un temps de réponse au patient.

Certains internes essaient de trouver un compromis qui convient aux deux parties.

I12 : {...] Alors après souvent ce n'est pas des refus, j'essaie de trouver un intermédiaire ou une décision un peu entre les deux qui serait acceptable. {...} Je suis souvent dans la demi-mesure, et céder un peu de terrain tout en gardant l'idée et les valeurs que je défends.

Alors que d'autres veulent se rendre sympathiques auprès du patient.

I17 : Bah je suis hyper sympa. (Rires.) J'essaye d'être souriante, aimable.

Un des internes s'excuse au préalable de sa réponse négative pour montrer qu'il a entendu le patient.

I11 : Alors je fais ça mais je pense que ce n'est pas bien. Je m'excuse d'abord. (Rires.) Je lui dis « Je suis désolée, madame, mais moi ce n'est pas possible je ne fais pas ça. Je ne prescris pas d'Aspirine® » ou je me justifie en expliquant le pourquoi du comment {...} Et j'ai des phrases comme ça un peu types que j'ai préparées dans les grosses circonstances.

Enfin un autre bouscule le patient en répondant à leur demande par une autre question.

I2 : Ben c'est un peu poser des questions justement, c'est de déstabiliser la personne, c'est d'expliquer tout en la questionnant sur sa demande. {...} Oui, je réponds à une question par une autre question. C'est une bonne technique de communication pour ne pas répondre aux questions. Ça marche assez bien en tout cas et après en orientant la discussion en montrant des paradoxes dans leur demande.

13. Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

Chaque relation et chaque demande est unique. Toutefois certains pensent que la relation est rompue quand le patient n'a pas compris la décision du médecin.

I1 : Et il y a ceux qui l'acceptent pas, qui ne comprennent pas pourquoi on leur dit non et qui préféreront aller voir un autre médecin.

I3 : Après si ça se passe mal ben ouais, tu risques de peut-être plus le revoir. Ou alors ça jette un froid. Ça dépend comment ça se passe après le refus en fait. Mais oui je pense que dans tous les cas ça modifie un petit peu.

I4 : Bah ça dépend des patients, les patients qui sont obtus comme je t'ai déjà parlé, je pense que soit tu ne les revois pas et je pense qu'ils vont trouver un médecin généraliste qui ont un fonctionnement plus laxiste.

I5 : Après, si ça ne s'est pas bien passé il ne viendra pas te voir.

I8 : Et bah c'est variable. (Rires.) Par exemple sur mes patients hypochondriaques, il n'y en a qu'un qui n'est plus jamais revenu me voir. Lui, pour le coup, il n'a pas supporté que je puisse être contre son avis.

I13 : Ça peut être délétère parce qu'il n'y aura pas de compréhension de la part du patient, de l'énervement de la part du médecin qui dira « oh encore une demande abusive etc... ».

I15 : Si tu n'as pas réussi à les convaincre dans tes explications, qu'ils n'ont pas compris pourquoi tu ne le faisais pas, c'est que eux ils n'aient plus confiance en toi et qu'ils vont voir quelqu'un d'autre.

D'autres internes pensent que la relation est renforcée.

I2 : Si le refus est bien fait, le refus est censé renforcer la relation avec le malade pour moi.

I3 : Si il est d'accord, et que ça se passe bien ben tu te dis c'est bien j'ai réussi à lui faire comprendre et ça va évoluer. Derrière, il ne va plus reposer les mêmes questions peut-être.

I6 : Euh... Bah je pense que probablement la relation est peut-être plus saine {...}. Et il se dira peut-être aussi que son médecin il a une pratique qui est correcte, qui est dans les recommandations et qu'il ne fait pas n'importe quoi {...}. Je pense que si c'est bien compris, ça améliore la relation avec le patient.

I10 : {...] Je pense qu'en mettant les limites en mettant un non, en expliquant, en ayant pris le temps, je pense que le patient l'accepte, ça le conforte dans l'image du bon médecin de famille.

I12 : Et après il y a des avantages positifs c'est que le patient si il revient, déjà il est au courant que je vais dire non à ça donc il ne viendra plus du tout dans cette demande-là. Donc pour moi si il vient c'est que j'ai réussi à le faire adhérer à ma position et il veut toujours être suivi par moi malgré ce refus.

I13 : Ça peut renforcer la relation médecin-patient. Non, si il y a une explication derrière le refus, je pense que ça peut renforcer le lien médecin-patient.

I14 : {...} Finalement ils avaient plus confiance en toi après pour les décisions que tu prends car comme tu avais expliqué pourquoi tu ne le faisais pas il a l'impression que tu maîtrises un peu ton sujet.

I16 : Je pense que parfois ça peut être bénéfique.

I17 : Bah soit il y a des patients qui sont contents finalement qu'on leur ait dit non parce qu'on leur a expliqué les choses.

I19 : Ils ont encore plus confiance en toi parce qu'ils se disent « bah au moins ce médecin il est carré, il ne donne pas tout à tout va, il réfléchit avant de prescrire ».

Et les derniers pensent que cela n'influe pas sur la relation lorsqu'il s'agit de personnes ayant accepté le refus.

I5 : Bah si tu as bien expliqué les choses et que ça s'est bien passé, aucune. Après, si ça ne s'est pas bien passé il ne viendra pas te voir.

I8 : Non, la plupart du temps, ils reviennent me voir et voilà.

I9 : Majoritairement à chaque fois mes prats y arrivent et moi quand je le fais et qu'ils sont derrière, ça se passe bien aussi. Je pense quand les patients ont confiance, tu n'as pas à imposer le non en fait.

I11 : Non, je ne pense pas.

I18 : Soit c'est quelqu'un que tu connais et il y a toujours moyen que ça se répare après.

14. Avez-vous demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

Tous les internes ont demandé les honoraires de la consultation. Ils estiment avoir fait leur devoir de médecin, avoir examiné et expliqué au patient le pourquoi du refus. Ils se sentent donc dans leur droit de justifier leur dû.

I1 : Oui. Dans la majorité des cas ça ne pose pas de problème.

I2 : C'est aussi parce que le patient paie pour une consultation, on doit lui apporter, voilà, une analyse médicale de ce pourquoi on refuse, pourquoi c'est important.

I3 : Ça dépend si j'ai fait la consultation en fait. {...} J'aurais fait la consultation, je l'aurais examiné donc oui je le fais payer.

I4 : Oui et sans problème. (Rires.) Aucun, après j'étais en stage chez le praticien donc la question ne se posait pas.

I6 : Une consultation c'est une consultation même si il repart avec rien du tout. C'est une consultation pour avoir un avis médical donc que ce soit oui ou que ce soit non, c'est une consultation donc ça me paraît normal de payer.

I7 : Ah bah oui ! (Rires.) Après je ne sais pas pourquoi tu peux dire non ?

I8 : Oui j'ai fait payer la consultation. Il a payé oui.

I9 : Oui, oui, oui. Bah ça reste une consultation où souvent tu prends le temps d'expliquer.

I10 : Bien sûr. (Rires.) Elle est bizarre ta question ! (Rires.) On n'est pas des fonctionnaires, enfin on est pas des prestataires de santé. On n'est pas un distributeur, ouais on est pas un Franprix® de la santé. Bien sûr parce que à travers ce non, il y a quelque chose qui se joue, une éducation tout ça... une relation.

I11 : Euh... ah bah oui, oui, oui. {...} Mon avis, c'est notre métier et notre métier c'est du service et c'est comme ça que ça doit se passer.

I12 : Oui. Oui, je pense jamais avoir refusé quelque chose sans l'avoir expliqué et je pense qu'il y a eu une raison justifiée à ça.

I14 : Euh... Oui.

I15 : Euh oui, moi je pense que tout travail mérite salaire donc oui je faisais payer même si je n'ai pas réussi à voir les oreilles des patients je pense qu'il faut car on a passé du temps.

I16 : Oui. (Rires.) Oui.

I17 : Ah, bah alors ça dépend. {...} Mais à partir du moment où il s'est assis, il a discuté et je l'ai examiné, oui bien sûr je demande mes honoraires. Je ne vais pas passer à côté de ça.

I18 : Ah bah oui. Bah oui merde tu as fait ton job. En plus, deux fois plus que si tu avais dit oui. Il faut être payé pour ce que tu fais même si tu dis non.

Aucun interne n'a eu de problème avec un patient qui ne voulait pas payer.

I1 : En fait, les patients à qui j'ai dit non, n'ont jamais refusé de payer.

I8 : J'ai jamais eu de patient à qui je suis rentré un peu dans ce genre de conflit qui a refusé de payer la consultation.

Certains internes estiment que le paiement n'est pas nécessaire si le médecin n'a pas examiné la personne ou que la consultation était furtive.

I3 : Si le mec vient juste et qu'il me dit bon je viens parce que je veux ça, je vais lui dire non et là je ne vais pas lui demander car ça va durer une minute et qu'il va partir quoi.

I6 : Oui. De temps en temps bah évidemment si ça prend très peu de temps peut-être.

I7 : Ouais, si le mec veut, qu'il a une demande claire et qu'en 3 minutes je lui ai dit que non, là éventuellement je ne le ferai pas payer.

I12 : {...} Si un patient vient me voir et qu'il me dit « je rentre dans votre cabinet, juste si vous donnez à mon enfant de l'Amoxicilline® » et que je dis non, je ne vais pas lui demander de payer la consultation.

I13 : Ouais quand ils étaient virulents mais bon pour la plupart ils étaient au tiers payant donc ils s'en fichaient.

I17 : Si dès le début il m'a saoulé et que ça a duré que 2 secondes, je pense qu'il peut partir sans payer.

I19 : Enfin ça dépend, si c'était un truc de 5 minutes de consultation où tu l'as à peine examiné et qu'il ne voulait que ça et ça part en cacahuète tout de suite, non je ne pense pas.

15. La formation actuelle vous a-t-elle aidé pour dire « non » ?

Quelques-uns ont l'impression d'avoir eu une formation convenable du point de vue théorique

I1 : La formation théorique, oui, on en a un peu parlé à la fac, pendant l'internat. Mais c'est vrai que pendant les cours de la fac en tout cas à Paris VII ont aidé. Je crois qu'il y a déjà eu plusieurs cours où on avait déjà abordé le sujet ou aussi à des congrès et des formations de médecine générale. C'est vrai qu'on parle beaucoup de ce thème en ce moment.

I7 : Et dans la formation théorique, euh... Ouais, si aussi. Les tuteurs et les cours que j'ai eu étaient pas mal axés là-dessus.

I8 : Bah moi je trouve que oui. Alors j'ai fait les groupes Balint, tout le monde n'est pas d'accord mais moi j'ai trouvé ça super bien. En fait c'est pour essayer de comprendre ce qui joue notamment dans les consultations, les jeux de pouvoir.

I11 : Oui, bah en entendant des anecdotes d'autres internes. On a eu 6 heures de cours je crois là-dessus enfin sur la relation patient-médecin et ça ne regroupait pas que savoir dire

non {...}. Et en entendant des anecdotes de, de connaître ce que les internes répondent aussi parfois, ça nous aide à formuler certaines choses.

I13 : Alors la formation théorique si je crois qu'on a eu un cours là-dessus mais je ne sais plus l'intitulé où il y avait quelques petites scénettes où on était le médecin et puis devant nous il y avait un patient {...} Un patient difficile.

I15 : Oui un petit peu car on fait des ateliers avec des mises en situation où on joue le rôle du médecin et du patient {...} On apprend un peu à faire des jeux de rôle et à apprendre à dire non.

I19 : Euh... Oui un peu il y a pas mal de groupes de discussions donc tu... Ça t'aide quand même un peu.

Mais la majorité ne semble pas avoir eu une formation suffisante.

I3 : La formation théorique en cours non ? Enfin on avait fait le cours sur la relation médecin malade donc oui mais ça c'est à la fin du stage de Méd G 1 donc non pas vraiment.

I5 : Non ! (Rires.) Non, franchement non.

I9 : Non. (Rires.) On a absolument zéro formation en communication donc euh...

I10 : En théorique non.

I12 : La formation théorique, non. Je pense qu'on a pas beaucoup de cours là-dessus voire je ne me rappelle pas en avoir eu beaucoup. Si, un peu pendant l'internat, on a un peu bossé mais je trouve que ça arrive très très tard dans notre formation.

I14 : Bah il n'y a pas eu de formation théorique déjà. Enfin moi je n'en ai pas eu. Genre on ne m'a jamais appris à dire non, comment faire pour dire non aux patients. Je n'ai jamais eu de cours là-dessus.

I15 : Alors en tant qu'externe pas du tout.

I16 : Non pas du tout. Ils nous apprennent pas du tout à gérer des situations conflictuelles et c'est vrai que c'est dommage. {...} En pratique bah on ne la rencontre pas forcément parce que chez le prat on est souvent seul et du coup c'est à nous de gérer, en tout cas.

I17 : Bah la théorie, non pas tellement. Il ne me semble pas que j'ai eu des cours sur « comment dire non ».

I18 : Bah je pense qu'en fait on ne nous apprend pas à le dire mais on nous dit qu'il faut le dire.

Toutefois, la formation pratique a largement suffi à tous les internes lors des stages de niveau 1 et SASPAS (Stages Ambulatoires en Soins Primaires en Autonomie Supervisée).

I1 : Ah et aussi, en stage. Mes maîtres de stage, j'en avais déjà beaucoup parlé avec eux aussi donc ça dépend avec qui on tombe. Mais moi avec mes maîtres de stage, c'est vrai qu'on en avait beaucoup parlé.

I3 : Après la formation pratique quand tu es avec tes maîtres de stage, oui, car tu les vois faire donc après tu fais comme eux et puis après toi quand tu es tout seul.

I4 : Oui quand même on parlait beaucoup de cas pratiques avec mon maître de stage avec la gestuelle.

I7 : Euh... Alors pratique oui car c'est en fonction des maîtres de stage que j'ai eu parce que là notamment dans mon dernier SASPAS, j'ai eu des maîtres de stage qui étaient bien et qui ne cédaient vraiment pas à toutes les demandes du patient et qui avaient vraiment leur façon de faire donc euh... Ouais ça, ça m'a appris.

I8 : Et puis surtout mon maître de stage en SASPAS.

I10 : En pratique, oui. En pratique, c'est les stages. C'est les stages oui.

I13 : Et puis, sur la formation pratique, bah le fait d'avoir fait des stages en niveau 1 et puis en SASPAS, tu es amené à dire non, tu es amené à ne pas aller dans le sens du patient et globalement ça s'est bien passé.

I14 : Et euh... Après pratique en écoutant les chefs faire oui. En observant quoi {...}. Donc la formation pratique m'a aidé sans que ce soit « viens je vais te montrer comment on dit non » mais juste l'observation, oui ça m'a aidé.

I15 : {...} Après bah à l'hôpital, tu apprends sur le tas avec les patients, apprendre à les gérer pour ne pas rentrer en conflit, que le ton monte.

I17 : Par contre la pratique bah oui, c'est ça qui fait que l'on apprend à dire non aux patients c'est en pratiquant quoi.

16. Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

Pour améliorer cette formation, les internes proposent :

- Des jeux de rôles

I2 : Des cours un peu plus axés sur justement la parole, sur la manière de jouer un peu la consultation au sens théâtral du terme {...}. Des cours de théâtre ouais...

I4 : Ben davantage de cas cliniques lors des tutorats. Alors pas les groupes Balint mais les groupes de tutorat où on exposerait des problèmes mais pas forcément axés sur la psychologie.

I7 : Je pense que ça aurait pu être vraiment bien de parler de ces situations où on n'a pas réussi à dire non et de pourquoi, de pouvoir en parler, voir ce que les autres peuvent te dire, enfin quelles sont les solutions que tu aurais pu faire.

I8 : {...} Ou on rapporterait un cas où c'était difficile dans le cas d'un jeu de rôles.

I10 : Il n'y a pas eu de mise en pratique, de quelque chose comme ça.

I12 : Je pense qu'on a été confronté à cette situation tard et qu'on aurait par des jeux de rôles ou des séminaires ou autres, on aurait dû être préparé en amont à cette situation.

I13 : Donc peut-être des cas concrets {...} Il faudrait faire des cas cliniques où on fait le patient et apprendre devant les autres à dire non. {...} Faire des petites pièces de théâtres quoi.

I16 : {...} Et des mises en pratique.

I18 : Bah c'est ça, faire des jeux de rôles, éventuellement des situations compliquées quoi, de situations de conflits avec des comédiens ou entre nous quoi.

- Des cours théoriques durant l'externat

I1 : C'est vrai que c'est des choses dont on n'avait jamais parlé avant l'internat, pendant l'externat jamais.

I11 : {...} Mais on devrait en parler plus, même pendant l'externat en fait. Nous former même avant l'internat à ça. Ouais ce serait plutôt pendant l'externat. Une petite formation là-dessus,

I12 : Je pense qu'on y ait confronté quand on exerce au cabinet et après dans les séminaires de l'internat alors que c'est une question qu'il faudrait aborder pendant l'externat en fait.

I15 : Je pense qu'il faudrait commencer un peu plus tôt ! (Rires.) C'est-à-dire commencer dès l'externat car les externes ils ont aussi à avoir des patients à prendre en charge.

I16 : Bah avoir des cours théoriques sur le non.

I19 : Je pense que c'est plus des réunions d'interne à la fac et le faire assez tôt.

- Des cours de communication

I2 : Donc, voilà, il faut savoir parler de la bonne façon. Plus on est à l'aise avec la manière de s'exprimer à ce moment-là, plus on a d'impact dans ce qu'on dit sur la personne.

18 : Ça aurait pu être bien d'avoir des cours de communication. Décortiquer tout le truc, sur le plan médical et puis surtout sur le plan relationnel, qu'est-ce que l'on fait pour communiquer dans ces cas-là.

19 : Bah nous former dans la communication ! (Rires.) Arrêter de nous parler de vaste concept comme la relation médecin-malade et nous donner des outils un peu plus pratiques de communication avec le patient.

- Des cours de philosophie et de psychologie

12 : On devrait avoir plus de cours de philosophie, qui posent des questions, avoir plus de cours littéraires que des cours trop scientifiques dans les études médicales.

115 : Que je pense que ce serait bien de faire beaucoup plus de psychologie durant l'externat.

- Augmenter le nombre de stages ambulatoires

15 : Si, plus de stages sur le terrain quoi clairement. Car la plupart de tes stages à l'hôpital, il n'a pas de discussion oui ou non. {...} Alors que si tu fais plus de stages en ville... Un car le SASPAS n'est pas obligatoire et moi je n'en avais plus donc euh j'en ai fait qu'un.

En sachant que la plupart des internes reconnaissent que seule l'expérience professionnelle joue un rôle prépondérant

12 : Bah, alors je trouve que la formation que l'on a n'est pas une formation de communication très poussée. Moi je pense que c'est quelque chose qui s'acquiert un peu par expérience et qui est un peu euh... innée.

15 : C'est l'expérience à force de faire des remplacements, à force de faire des erreurs aussi. Et ça c'est à force de te faire avoir une fois, deux fois, trois fois, quatre fois, après tu ne te fais plus avoir et tes arguments tu te les fais tout seul avec l'expérience.

18 : Mais bon c'est surtout l'expérience qui compte et la manière dont on occupe son rôle de médecin et qu'on prend sur soi l'autorité que l'on doit avoir vis-à-vis des patients.

I11 : Mais après c'est vrai que c'est l'expérience qui nous apprend beaucoup finalement.

I17 : Hum, pour l'améliorer ? Bah non je ne sais pas, ça s'apprend vraiment un peu sur le tas en pratiquant. Je ne suis pas sûre qu'une formation théorique nous aide vraiment.

I19 : {...} Après l'expérience aussi tu te rends compte que ce n'est pas catastrophique de dire non, qu'ils reviennent quand même la semaine d'après. {...} Je pense que voilà tu améliores les formes, la façon de le dire, et qu'en fait ça reste un non.

17. Est-ce difficile de dire « non » ?

Nombreux sont les internes qui ont des difficultés pour dire « non ». Malgré tout, cela est propre à chaque personne en fonction de sa personnalité, de son vécu et de son ressenti.

I1 : Oui c'est vrai que c'est toujours un peu difficile.

I3 : Euh dans certaines situations oui. Mais je sais que j'ai souvent dit non donc peut-être que c'est pas si difficile que ça au final.

I5 : Bah c'est plus difficile que de dire oui.

I6 : Je dirais oui. (Rires.)

I7 : Oui ! (Rires.)

I8 : Ah oui, oui c'est super dur. A chaque fois que je dis non, j'ai l'impression de rougir. (Rires.)

I11 : Oui, surtout avec les enfants. (Rires.)

I12 : Oh oui ! (Rires.) Oui, c'est difficile de dire non pour tout un tas de raison, surtout je pense pour un interne.

I14 : Oui. C'est difficile mais à partir du moment où tu es en accord avec ce que tu fais, de ta décision et que tu penses que c'est justifié, ben tu t'en sors !

I16 : Oui. (Rires.)

I17 : Ah bah oui, mais ça restera toujours difficile de refuser.

I18 : Oui. Oui c'est difficile parce que ça t'engage et qu'il faut que tu te justifies alors que tu ne te justifies jamais quand tu dis oui en fait.

I19 : Ouais. (Rires.) Oui

Pour certains, il est facile de dire « non »

I2 : Euh non.

I4 : Non. (Rires.)

I9 : Non ! (Rires.)

I10 : Non ! (Rires.)

I13 : Ça dépend. (Rires.) Ça dépend des situations. (Rires.)

Enfin, quelques-uns pensent qu'avec le temps et l'expérience, cela ne sera plus difficile

I15 : Euh... Moi je dirais de moins en moins. Parce que quand on prend de la confiance en soi bah je pense qu'on a plus peur de dire non et qu'on commence à s'en foutre de l'opinion des autres quoi.

I16 : Et de moins en moins je pense car on acquiert de l'assurance et même des connaissances.

18. Est-ce plus facile de dire « non » après avoir fait des remplacements ?

Une question subsidiaire a été posée pour des internes qui avaient fait des remplacements. Tous les internes avaient plus de facilités à dire « non » au fur et à mesure des remplacements.

I5 : Ouais, clairement plus tu remplaces et plus tu arrives à dire non.

I6 : Oui, oui

I7 : Ah bah je dis plus facilement non en tant que remplaçant.

Ils argumentaient cette facilité à dire « non » du fait de l'acquisition d'une certaine expérience

I5 : Clairement quand tu sors de l'internat, tu ne te sens pas très prêt et tu n'es pas très sûr de toi. Quand tu viens de sortir de l'internat, que tu fais tes premiers remplacements, tu n'es pas très sûr de ça {...} Et ça plus le temps passe et plus justement tu prends tes décisions médicalement parlant sans prendre en compte de qui est en face de toi, quitte à prendre le temps pour l'expliquer après quoi.

I6 : Oui, oui parce que c'est évident que l'expérience et le fait de voir beaucoup de monde {...} C'est plus facile. On est plus sûr de soi parce qu'on a vu voilà plus souvent ce genre de situations. Donc maintenant je me sens plus à l'aise.

I7 : J'ai plus d'expérience et comme je disais tout à l'heure c'est mon argumentaire et la façon dont je suis sur mes décisions qui fait que j'arrive mieux à expliquer aux gens donc forcément maintenant j'ai plus d'expérience donc je suis plus sûre de moi et j'arrive plus à dire non aux gens.

19. En tant que remplaçant, est-ce plus difficile de dire « non » par rapport au médecin que l'on remplace ?

Un interne estime que c'est plus difficile de dire « non » quand le médecin remplacé est laxiste

I6 : Oui, bah oui c'est sûr que oui. En effet, on est un petit peu obligé de s'adapter au médecin que l'on remplace. Il a ses habitudes et malheureusement {...} dans ces cas-là je suis amené

de temps en temps à céder à la demande du patient alors que si c'était un de mes patients je ne l'aurais pas fait, ça c'est sûr.

Tandis que l'autre interne, estime qu'il joue sa responsabilité et qu'il n'y a pas de problème à dire « non »

15 : Non. Même si tu remplaces un médecin, c'est toi qui est derrière le bureau et qui prend les responsabilités donc euh... {...} À partir du moment où c'est toi qui remplaces, c'est ta responsabilité et personne n'a rien à redire.

20. Résumé des résultats

1- Quelles sont les demandes où vous avez été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

Les demandes les plus refusées sont :

- Les arrêts de travail non justifiés, ainsi que les arrêts antidatés et la durée de ceux-ci ;
- Les médicaments de type antibiotiques, psychotropes, antalgiques ;
- Les examens complémentaires et les bilans biologiques ;
- Les certificats médicaux avec les demandes de sauvegarde de justice ;
- Les bons de transport ;
- Venir sans rendez-vous en consultation sur rendez-vous ;
- Le secret médical ;
- L'autorisation de sortie chez les patients hospitalisés.

2- Pourquoi les refusez-vous ?

La plupart des internes refusent car ils estiment que ce n'est pas justifié.

3- Dans quel intérêt pensez-vous agir ?

Les internes refusent car ils pensent agir dans l'intérêt :

- Du patient (16 internes) ;
- Économique (10 internes) ;
- De la collectivité, santé publique (9 internes) ;
- Du médecin (7 internes).

4- Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

Les difficultés rencontrées sont :

- L'incompréhension du patient (6 internes) ;
- Le conflit entre le médecin et son patient (6 internes) ;
- La nécessité d'expliquer et de se justifier (3 internes) ;
- La remise en cause de soi (1 interne).

Toutefois, 2 internes n'ont pas rencontré de difficultés lors d'un refus. Ils estiment que si on prend le temps d'expliquer il n'y a pas de problème rencontré.

5- Quelles situations sont les plus difficiles ?

Les situations les plus difficiles sont :

- L'arrêt de travail (4 internes) ;
- La présence d'empathie pour son patient (3 internes) ;
- Le manque d'expérience de l'interne (3 internes) ;

- Les demandes de psychotropes (1 interne) et d'antibiotiques (1 interne) ;
- L'incompréhension persistante du patient (1 interne) ;
- Le manque de temps (1 interne) ;
- Le renouvellement du traitement de fond (1 interne) ;
- Les demandes des collègues (1 interne) ;
- Les antécédents propres à chaque patient (1 interne).

6- Pour quel type de patient est-ce plus difficile de dire « non » ?

Le refus est compliqué chez :

- Les patients difficiles (7 internes) ;
- Les patients angoissés (4 internes) ;
- Les enfants (3 patients) et les personnes âgées (3 internes) ;
- Le type de métier (3 internes) ;
- Les patients polypathologiques (1 interne) et les déficients mentaux (1 interne) ;
- Les femmes enceintes (1 interne) ;
- Les patients avec des vies difficiles (1 interne).

7- Vous sentez-vous coupable de refuser ?

Il n'y a pas de différence évidente entre les internes. Ainsi, 9 internes ne se sentent pas coupables de refuser, tandis que les 10 autres peuvent ressentir de la gêne, de la culpabilité parfois associés à la peur de perdre sa patientèle.

Chaque sentiment est subjectif et donc propre à chacun.

8- Êtes-vous déjà entré en conflit avec un patient ?

Ce phénomène est très fréquent et tous les internes sont déjà entrés en conflit au moins une fois. Le plus souvent, il s'agissait d'un conflit pour un arrêt de travail, des bons de transport, ou au sujet de la CMU.

9- Avez-vous déjà changé d'avis ?

16 internes ont déjà changé d'avis :

- Après avoir compris le raisonnement du patient (8 internes) ;
- Devant un patient difficile (2 internes) ;
- Par manque d'expérience (2 internes) ;
- Pour reconforter certains patients (1 interne) ;

Tandis que 3 internes déclarent n'avoir jamais changé d'avis.

10- Que ressentez-vous quand vous dites « non » ?

Le ressenti des internes face au refus est complexe. Certains peuvent ressentir :

- De la gêne et de la culpabilité ;
- Du stress avec la peur de décevoir.

Cette gêne peut arriver quand les internes ne sont pas sûrs d'eux, qu'ils ont du mal à se positionner comme médecin ou encore lors d'un défaut de communication.

D'autres, ont l'impression d'avoir accompli leur travail en tant que médecin, d'avoir fait avancer le comportement des patients et ont le sentiment d'avoir renforcé la relation médecin-malade en disant « non ».

11- Avantages et inconvénients du « non »

11-1 Quels sont les avantages à dire « non » ?

Les avantages à dire « non » sont :

- S'affirmer en tant que médecin (8 internes) ;
- Mettre des limites dans la relation médecin-malade (6 internes) ;
- Promouvoir l'éducation du patient (6 internes) ;
- Renforcer le oui (1 interne) ;
- Diminuer les dépenses de santé (1 interne).

11-2 Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ? À céder à la demande ?

Les avantages à céder à la demande des patients sont :

- Éviter le conflit et faciliter la consultation (12 internes) ;
- Diminuer le temps de consultation (11 internes) ;
- Être perçu comme un gentil médecin par le patient (4 internes) ;
- Rassurer un patient (3 internes) ;
- Garder sa patientèle (3 internes).

11-3 Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

Les inconvénients à dire « non » sont :

- L'apparition d'un conflit et d'un désaccord (11 internes) ;
- L'augmentation du temps de consultation (7 internes) ;
- La rupture avec le patient (5 internes) ;
- La sensation de gêne (4 internes).

11-4 Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ? À céder à la demande ?

Les inconvénients à céder à la demande du patient sont :

- La sensation d'être un médecin incompetent (13 internes) ;
- Le patient comme décisionnaire (6 internes) ;
- Le risque de se confronter aux mêmes problèmes ultérieurement (5 internes) ;
- Une médecine seulement prestataire de services (3 internes) ;
- La mise en danger de ses patients (1 interne).

12- Quelles méthodes utilisez-vous pour faire accepter le refus sereinement ?

La plupart des internes pratiquent la méthode explicative pour faire accepter le refus. Toutefois, 4 internes montrent qu'ils ont compris et entendu le patient ; 2 internes ont une manière comportementaliste de faire accepter le refus.

Un interne essaie d'identifier le problème en amont et réalise par la suite un argumentaire adéquat au refus. Une autre tente de trouver un compromis qui convient aux deux parties. Enfin, un dernier essaie de se rendre sympathique auprès du patient.

13- Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

Chaque relation et chaque demande est unique et propre à chacun. Toutefois 7 internes pensent que la relation est rompue quand le patient n'a pas compris la décision du médecin. 11 internes estiment que la relation est renforcée tandis que 5 autres pensent que cela n'influe pas sur la relation. Il n'y aura pas de modification de la relation à long terme lorsque les patients ont accepté et compris le refus.

14- Avez-vous demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

Tous les internes ont demandé les honoraires de la consultation. Ils estiment avoir fait leur devoir de médecin. Ils se sentent donc dans leur droit de justifier leur dû et aucun interne n'a eu de problème avec un patient qui ne voulait pas payer.

Cependant, 8 internes estiment que si le médecin n'a pas examiné la personne ou que la consultation était furtive, ils peuvent se retrouver dans la situation de ne pas demander les honoraires. Ils demandent donc dès qu'ils ont passé du temps à examiner et expliquer au patient le pourquoi du refus.

15- La formation actuelle (théorique et pratique) vous a-t-elle aidé pour dire « non » ?

7 internes ont l'impression d'avoir eu une formation convenable du point de vue théorique et 10 internes sur la formation pratique lors des stages de niveau 1 et SASPAS.

Cependant 12 internes ne semblent pas avoir eu une formation suffisante d'un point de vue théorique.

16- Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

Pour améliorer cette formation, les internes proposent :

- Des jeux de rôles (9 internes) ;
- Des cours théoriques durant l'externat (6 internes) ;
- Des cours de communication (3 internes) ;
- Des cours de philosophie et de psychologie (2 internes) ;
- Une augmentation du nombre de stages ambulatoires (1 interne).

6 internes estiment, toutefois, que seule l'expérience professionnelle permet de s'améliorer sur la conduite à adopter lors des demandes abusives des patients.

17- Est-ce difficile de dire « non » ?

Nombreux sont les internes qui ont des difficultés pour dire « non ». Malgré tout, cela est propre à chaque personne en fonction de sa personnalité, de son vécu et de son ressenti.

18- Est-ce plus facile de dire « non » après avoir faire des remplacements ?

Le fait de dire « non » devient de plus en plus facile au fur et à mesure des remplacements et de l'acquisition progressive d'une expérience professionnelle.

19- En tant que remplaçant, est-ce plus difficile de dire « non » par rapport au médecin que l'on remplace ?

Un interne estime que c'est plus difficile de dire « non » quand le médecin remplacé est laxiste, tandis que l'autre estime qu'il joue sa responsabilité et qu'il n'y a pas de problème à dire « non ».

VII. DISCUSSION

Ressortent de cette analyse qualitative :

- Les difficultés pour dire « non » au patient et ce d'autant plus si le patient est difficile ;
- Le problème de communication entre le praticien et le patient ;
- Les moyens utilisés pour dire « non » ;
- Le manque de formation théorique pour apprendre à dire « non » dans la pratique professionnelle quotidienne.

1. Limites de l'étude

1. 1- Limites de la recherche qualitative

L'analyse qualitative ne permet pas d'avoir un échantillon représentatif d'une population type et n'est pas extrapolable à plus grande échelle par rapport aux études quantitatives. Toutefois dans mon étude, cet effet-là n'est pas recherché.

Dans son livre « *L'entretien compréhensif* » JC Kaufmann^[2] explique que la méthode qualitative permet de comprendre, de détecter des comportements, plutôt que de décrire systématiquement, mesurer ou comparer.

J'ai choisi d'interroger des internes de Paris VII pour corroborer la thèse du D^r Juillard^[59] réalisée sur des internes de Paris V et de voir ce qu'il en ressortait de différent.

Après avoir interrogé 19 internes, je suis arrivée à saturation de mes données. Le nombre de personnes interviewées peut paraître insuffisant. Cependant l'enjeu d'une étude qualitative ne se situe pas dans le nombre de personnes mais dans la manière de les interroger et la façon d'analyser leurs propos.

1. 2- Biais de recueil

Mon étude faisait appel aux souvenirs des internes pour se remémorer des faits survenus lors d'un refus face à une demande injustifiée dans leur pratique médicale. Aucune des personnes interrogées ne connaissait les questions au préalable. Elles pouvaient donc avoir oublié certains événements marquants lors de l'entretien. Certains internes se rappelaient même de souvenirs particulièrement intéressants après l'entretien. Cela n'était malheureusement plus valable.

Certains internes m'étaient totalement inconnus tandis que d'autres étaient des amis proches. Cela a donc pu jouer dans leur façon de me retranscrire des situations délicates. Le fait de connaître certaines personnes a pu, de manière consciente ou non, occulter ou à contrario exagérer certains événements vécus par la personne interrogée.

En fonction du type de personnalité de l'interne, le fait d'avoir un rapport particulier avec moi a pu générer une certaine retenue dans leur propos.

1. 3- Biais de l'entretien semi-dirigé

La réalisation de *focus group*, c'est-à-dire en petit groupe de 6 à 12 personnes, aurait pu être judicieux, mais celui-ci est parfois difficile de réalisation avec les difficultés d'organisation et d'emploi du temps de chacun. Beaucoup de thèses commencent leurs études qualitatives en *focus group* puis se terminent en entretiens semi-dirigés à cause de ce problème.

Réaliser un *focus group* permet de récolter différents points de vue, de favoriser l'expression sans tabou de certains et de lever l'inhibition des autres. Mais ce genre d'entretien peut engendrer une réticence de certaines personnes à s'exprimer et entraîner un discours politiquement correct sans pouvoir parler pleinement.

J'ai donc privilégié les entretiens semi-dirigés pour la facilité de réalisation par rapport au *focus group* et favoriser la liberté de discours.

1. 4- Biais du modérateur

J'ai moi-même réalisé tous les entretiens à des endroits et des instants différents, ce qui a pu différer d'un interne à l'autre. Au début de mes entretiens je n'étais pas encore tout à fait à l'aise comme modérateur. Cette inexpérience initiale a pu jouer un rôle important dans le recueil des données ainsi qu'au niveau de la qualité des entretiens semi-dirigés bien que le guide d'entretien ait été suivi scrupuleusement.

J'ai également retranscrit tous les entretiens manuellement sur l'ordinateur. J'ai vérifié à de nombreuses reprises l'exactitude des propos de chaque interne. Cependant, il est très difficile de rester impartiale dans l'analyse des réponses obtenues. Un biais d'interprétation ne me semble donc pas négligeable.

1. 5- Biais de rédaction

Le guide d'entretien a été longuement réfléchi pour permettre d'explorer différentes thématiques et faire ressortir un panel important d'informations. Cependant, il paraît évident que certains thèmes ont pu être passés sous silence tandis que d'autres ont dû être redondants lors de l'entretien (par exemple : avantages et inconvénients à dire « non »).

De plus, il aurait pu être judicieux de faire plusieurs entretiens semi-dirigés test au début. Cela m'aurait permis de me réajuster sur des questions qui auraient été mal comprises ou ignorées à posteriori. Ces entretiens tests n'ont pas eu lieu faute d'un nombre d'internes disponibles suffisant et de temps lors de la phase d'interview.

2. Forces de l'étude

2. 1- Choix d'une étude qualitative

La recherche qualitative est la méthode la plus intéressante et la plus adaptée pour étudier le ressenti des internes. Il s'agit d'une analyse sociologique pour étudier les opinions, les comportements et les rapports sociaux. L'étude qualitative cherche à explorer un aspect différent par rapport aux études quantitatives : celui du ressenti. Elle a pour objectif d'explorer les sentiments, le vécu des gens, ainsi que les expériences propres à chacun.

Pour observer les interactions sociales et les problèmes qui en découlent, il me paraissait bien plus judicieux de choisir un essai qualitatif auquel l'analyse des données est la plus appropriée^[60].

2. 2- Choix des internes

J'ai choisi des internes de médecine générale dans la faculté de Paris VII pour différents arguments :

- Ceux-ci sont plus disponibles pour me recevoir et participer à mon entretien que les médecins généralistes ;
- Je voulais comparer leur formation par rapport à d'autres internes de France. En effet, une thèse similaire avait été réalisée auprès des internes de Paris V en 2015 par le D^r Juillard^[3] ;
- Je voulais savoir s'il y avait des améliorations à apporter dans l'enseignement de la faculté de Paris VII sur la capacité à savoir dire « non ».

3. Difficultés pour dire « non »

Les internes, fraîchement sortis de l'externat, se retrouvent face à une relation médecin-malade à laquelle on ne les avait pas préparés. Ils ont une personne malade en face d'eux qui réagit à leur propos et peut entrer en désaccord. Ce désaccord apparaît le plus souvent lorsque les demandes du patient paraissent injustifiées au médecin.

À ce moment-là, un conflit apparaît et l'interne peut donc être amené à montrer son refus et à dire « non » au malade. Ce moment qui en découle n'est jamais facile et il s'en suit des explications pour faire accepter son refus. Le refus nécessite d'être justifié et compris par le patient pour ne pas rompre la relation médecin-malade.

Dans la thèse de Lotfi^[44], celle-ci nous explique que « l'expression d'un refus justifié c'est fuir une relation neutre, purement transactionnelle de type prestataire de services et redonne de l'importance à la notion de confiance et au jugement du médecin.»

Ainsi, dans ma thèse, même si le fait de dire « non » est difficile, plus de la moitié des internes sont d'accord pour dire que ça permet de s'affirmer en tant que médecin. Cela permet de mettre des limites dans la relation praticien-patient.

Galam^[61] dans son article « *Oser dire non avec sérénité* » nous confirme que le « non » offre une protection contre l'exaspération, l'agressivité et le burn-out. Cela permet de poser des limites face aux autres, de ne pas se laisser envahir par des demandes abusives.

À contrario, on remarque que le fait de dire oui à contrecœur et de ne pas se faire entendre sur sa prise en charge peut entraîner des regrets, voire un sentiment d'impuissance. Si le médecin ne refuse pas ce qui lui paraît abusif, il se dévalorise à ses propres yeux et à ceux du

patient. L'impossibilité de dire « non » peut faire basculer le médecin à terme dans l'épuisement professionnel et aller jusqu'au burn-out.

Galam^[53] nous apprend que le burn-out réside à 84 % dans la dégradation de la relation médecin-malade et à 87 % dans la diminution de l'accomplissement professionnel.

« Savoir dire non c'est redonner de la valeur à nos oui. »

4. Le patient face au refus du médecin

Le fait de devoir dire « non » entraîne la peur de décevoir, d'entrer en conflit et de mettre en péril la relation avec le patient. Mais qu'en pensent les malades ?

Plusieurs études dont celle de Britten^[31] ont retrouvé que les médecins ont tendance à surestimer les attentes des patients et 20 % de la patientèle quitterait le praticien avec une ordonnance inutile.

Selon Gallois^[62], plus de la moitié des demandeurs de check-up ont des questions sous-jacentes qui elles sont le vrai motif de la consultation.

Pour Juillard^[27, 59], il apparaît que la demande exprimée d'emblée n'est ni la seule, ni la principale préoccupation. Certains auteurs sur ce sujet l'ont même déjà appelée « l'agenda caché du patient ». Cela consisterait dans le fait que le motif officiel de consultation ne soit pas le vrai sujet de préoccupation du patient. Cette situation est propre aux soins primaires de médecine générale. Le médecin se doit donc de rechercher quelle est la réelle demande du patient pour ainsi éviter le syndrome du « pas de porte ».

Cependant selon Gallois^[63], l'objectif d'une consultation vraiment centrée sur le patient est peu compatible avec l'organisation de l'exercice actuel qui incite à des consultations de plus en plus courtes.

Dans le contexte d'une demande refusée d'un patient, on pourrait imaginer une thèse interrogeant les patients sur leur ressenti face à ce refus.

5. Patients difficiles

Pour la plupart des internes interrogés, le « non » n'est pas dur à exprimer ; toutefois les problèmes surviennent lorsque l'on a affaire à des patients difficiles.

Un patient difficile est un patient dont le comportement dépasse les limites que le thérapeute peut tolérer^[54]. Cette définition est donc basée sur une appréciation personnelle du médecin. Le retentissement avec ce type de personne sera tel qu'il y aura une diminution de la qualité des soins^[55] avec :

- Non-respect des recommandations ;
- Non-prescription d'examens ou de traitements nécessaires ;
- Insuffisance du suivi.

Ces consultations difficiles sont souvent marquées par des erreurs de communication. Elles sont le reflet d'une vision différente du concept de santé^[64] entre les deux protagonistes avec parfois un fossé culturel avec le patient.

Le principal problème avec ces patients difficiles est le défaut de communication.

6. Un outil majeur : la communication

Britten^[65] a identifié 14 types d'incompréhension qui peuvent aboutir au conflit entre le patient et le médecin. Les plus importants sont :

- Le manque d'information du patient sur sa maladie ;
- Le manque d'information du médecin sur le patient ;
- Les désaccords à propos des effets secondaires des médicaments ;
- Les facteurs relationnels et l'échec de communication.

Il a été démontré que toutes ces incompréhensions résultent initialement d'un défaut de communication.

Dans une autre étude anglo-saxonne, les patients considèrent que la capacité de communication est une des compétences les plus importantes pour leur médecin^[62]. De plus, pour Boivin^[34], le reproche essentiel que font les patients à leur médecin est le manque d'attention. Ils souhaitent un regard attentif et professionnel sur leur santé.

En quelques décennies la pratique médicale a changé et l'attente de nos patients également^[22]. Nous sommes passés d'une médecine paternaliste à une médecine basée sur l'autonomie. Ce principe d'autonomie a inscrit la relation médecin-patient dans un rapport d'égalité.

Ainsi la loi du 4 mars 2002 a vu apparaître l'émancipation des individus sur leur droit dans la santé. Cela a permis le passage de l'individu passif à un patient co-gestionnaire de sa santé^[23].

La valeur première n'est plus de respecter le bien-être du malade mais de respecter sa liberté. Le patient devient de plus en plus participatif dans ses décisions, ses attentes et ses

préférences. Il paraît donc nécessaire d'apprendre à intégrer le patient dans ses propres décisions médicales sans que cela n'engendre de conflit par la suite.

Il faut ainsi trouver un équilibre entre le savoir-faire professionnel et les exigences que requiert la communication^[34] pour aboutir à une entente parfaite entre le soignant et le soigné.

Les médecins doivent donc travailler sur eux-mêmes et apprendre à transformer ce qui peut parfois être ressenti comme une pression en une participation consciente et constructive du patient.

Pour Balint^[66] « la capacité d'écouter est une aptitude nouvelle qui exige un changement considérable bien que limité dans la personnalité du médecin. »

Mais ce changement ne peut se faire qu'avec du temps et cette pratique nécessite un apprentissage au préalable lors de nos études médicales (deuxième et troisième cycles).

Tout cela suppose donc de profondes modifications du système de santé actuel.

Selon Lemasson^[33], il faut ainsi recentrer la formation du généraliste sur l'apprentissage d'un savoir de communication efficace dès la formation initiale et ce tout au long de la vie professionnelle.

7. Moyens utilisés pour dire « non »

L'écoute active commence dès le début de la consultation, au moment même où le patient « offre sa maladie » au médecin selon Balint.

Tout refus doit respecter certaines règles pour éviter de donner au patient le sentiment que le médecin ne le respecte pas ou ne le comprend pas. Il s'agit globalement de se montrer souple avec la personne et ferme avec les objectifs.

Il existe trois objectifs du refus aux demandes abusives :

- Objectifs matériels : c'est arriver à ne pas « obéir » et à ne pas adopter sous la pression un comportement qui paraît illégitime ;
- Objectifs relationnels : c'est essayer de ne pas altérer la relation avec le patient sur le long terme ;
- Objectifs émotionnels : c'est procéder au refus de manière calme, sans émotions inadaptées de type colère, inquiétude ou culpabilité.

7. 1- Types de comportement selon Galam

Selon Galam^[61], il existe trois attitudes possibles face à une demande injustifiée :

- Comportement agressif : la réponse ne prend pas en compte les arguments du patient. Le thérapeute se fait entendre sans respecter l'autre. Cela arrive lorsque le praticien est stressé, pressé et impatient ;
- Comportement passif : c'est le laisser faire du médecin qui ne sait pas dire « non ». Cela entraîne un mal-être, une faible estime de soi. Ce comportement peut aller jusqu'à la dépression et au burn-out.
- Comportement assertif : c'est la façon de communiquer de façon affirmée en exprimant sa façon de voir les choses de manière calme et sereine. Il permet de modifier le comportement de manière non agressive pour faire accepter la critique et un possible mécontentement initial.

Le comportement assertif semble donc être le plus approprié dans notre pratique future pour laisser le temps à l'autre de réagir face au refus.

7. 2- Disque rayé progressif de Dupagne

Il existe une autre technique pour faire accepter le refus, c'est celle du disque rayé progressif de Dupagne^[67].

Elle consiste à répéter sous différentes formes « j'ai bien compris mais ce n'est pas possible ». Il s'agit de deux phrases coordonnées par un « mais ». La première phrase est empathique et montre que l'on a compris le problème. La deuxième phrase exprime le refus. On montre que l'on a bien intégré l'importance de la demande ce qui permet de désamorcer doucement l'agressivité du patient.

Cette progressivité dans l'intensité du refus est importante pour ne pas braquer le demandeur. Il faut donc commencer par un refus poli puis ferme puis catégorique.

7. 3- Méthode JEEPP

Il existe une autre méthode : la méthode JEEPP.

- J comme JE : commencer la phrase par la première personne du singulier ;
- E comme EMPATHIE : prendre en compte la personne en face (par exemple : je comprends mais j'aimerais ...) ;
- E comme ÉMOTION : montrer que la demande nous a affecté (par exemple : je suis gênée d'avoir à insister...) ;
- P comme PRÉCIS : exprimer directement ce que l'on pense de la situation ;
- P comme PERSISTANCE : répéter la première phrase comme un disque rayé.

7. 4- Supervision individuelle

La supervision individuelle a été décrite par Herzig^[68]. Les éléments essentiels d'une communication réussie peuvent se résumer par l'acronyme NURS :

- *Name* pour nommer ;
- *Understand* pour comprendre ;
- *Respect* pour respecter ;
- *Support* pour soutenir.

Pour Teo et Escobar^[69], cette méthode doit permettre au médecin d'apprendre à dire « non » à une sollicitation du patient en faisant participer ce dernier au processus de décision.

La supervision individuelle peut faire appel à un psychiatre pour chercher avec le médecin la complexité de la relation. Elle permet d'identifier les causes qui sous-tendent les difficultés et reconnaître les pièges pour dépasser tout conflit. Cette supervision permet d'analyser ce que Herzig appelle les « cônes aveugles ». Il s'agit de zones vulnérables qui existent autant chez le médecin que le patient. Elles sont fréquemment sources de contre-attitudes négatives pour permettre de contrôler le vécu émotionnel. Comprendre les « zones aveugles » permet une meilleure maîtrise émotionnelle. C'est un avantage pour gérer les relations avec des patients qui soumettent le médecin à des demandes abusives itératives.

7. 5- Approche négociée

Pour Girard^[70], l'approche négociée se définit comme un processus relationnel souple avec une participation optimale des deux partenaires. Elle porte sur la situation médicale, les

besoins, les ressources du patient et du médecin. La négociation a pour but de réduire les différences de perception entre les deux protagonistes.

Les principaux objets de la négociation sont :

- La définition du problème médical ;
- Le choix des objectifs à atteindre ;
- Les décisions sur les méthodes et sur les conditions de traitement ;
- Le bilan de l'application des ententes.

Cette méthode permet de proposer des alternatives convenant aux deux parties ou de bien négocier des compromis.

7. 6- D'autres méthodes comportementalistes

Lors d'un séminaire de médecine générale en Juin 2014, le D^r Doré a exposé une présentation sur « *La première fois où j'ai dit non.* » Celui-ci nous soumettait différentes stratégies comportementalistes à adopter :

- Éviter de critiquer la demande du patient mais plutôt exprimer son point de vue face à cette demande ;
- Éviter de se justifier longuement mais donner des explications brèves et explorer les réactions du patient ;
- Éviter de laisser planer le doute mais exprimer clairement sa réticence ;
- Ne pas faire des reproches ou être moralisateur mais plutôt rappeler sans souci au patient qu'on peut l'aider mais d'une autre façon.

L'apprentissage d'une communication adaptée peut également s'apprendre au cours des groupes de paroles type groupes de Pairs[®] ou groupes Balint.

Un groupe de Pairs[®] réunit des médecins de la même spécialité sans hiérarchie entre eux. Ce groupe permet de faire une analyse argumentée de la pratique quotidienne dans un climat de confiance favorisant la liberté de parole. Il s'agit avant tout d'un cadre d'expression et de débat sur des pratiques médicales rencontrées fréquemment

Le groupe Balint met quant à lui l'accent sur la relation soignant-soigné. Il est le plus souvent animé par un psychiatre. L'inconscient est un sujet d'étude et un moyen d'élucidation fréquemment utilisé pour déceler les phénomènes tels que les non-dits, les actes manqués, les passages à l'acte, les mots employés et leurs répercussions sur la relation. Il permet de comprendre ses propres émotions pour mieux gérer son stress et son ressenti pour une situation donnée.

Toutes ces méthodes définies ci-dessus permettent de trouver une façon de dire « non » pour travailler paisiblement avec des outils de communication efficaces.

Il suffit au fur et à mesure de l'expérience acquise par le médecin de choisir la méthode qui lui paraît la plus adaptée pour se sentir en paix avec lui-même lorsque survient la décision de dire « non » à son patient.

Dans son livre « *Chers patients... petit traité de communication à l'usage des médecins* » écrit par André and all⁽⁷¹⁾, celui-ci nous propose des situations très concrètes auxquelles tout médecin est fréquemment confronté. Ces situations nécessitent de réelles compétences pour dialoguer et pour convaincre. Elles permettent de trouver également une approche pragmatique et des outils de réflexion à propos de la relation médecin-malade.

Ainsi une fois que l'interne aura trouvé sa façon de répondre sereinement à une demande injustifiée, il ne se sentira plus gêné ni coupable de refuser.

Cet effet aura pour bénéfice de se sentir en paix avec soi-même et d'éviter à terme un épuisement professionnel, voire un burn-out.

8. Formations pour apprendre à dire « non »

Selon Gallois^[62], la formation initiale devrait intégrer l'apprentissage des comportements pour faciliter la compréhension des patients, leur adhésion à la décision médicale et au total leur satisfaction.

Dans mon étude, la quasi-totalité des internes est d'accord sur le fait que cet enseignement doit se commencer bien plus tôt dans notre cursus, dès le deuxième cycle. Lors de l'internat il paraît également évident que cette formation doit être renforcée par des jeux de rôles, des mises en pratique et des cours de communication.

De plus, pour parfaire cet enseignement, il faudrait le poursuivre tout au long du parcours professionnel avec des formations médicales continues.

9. Thèse du Dr Juillard

Une thèse similaire à la mienne a été réalisée par le Dr Juillard⁽⁵⁹⁾ en 2015 sur « *Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale.* » Cette thèse a été soutenue en 2015, une fois que mon travail était suffisamment avancé. La commission de thèse de ma faculté avait d'ailleurs validé mon projet plusieurs mois auparavant.

Cette étude fait intervenir des internes de médecine générale de Paris V dans une analyse quantitative et qualitative avec des *focus groups*. Elle montre que 95 % des internes

affirment avoir des difficultés pour dire « non » à un patient en ambulatoire. Voici les principales conclusions de cette étude :

- Les situations rendant le « non » difficile sont : les demandes de prescription d'antibiotiques, d'arrêts de travail et les certificats médicaux.
- Les obstacles au « non » sont : le temps et l'énergie nécessaire, la peur de décevoir le patient voire de le perdre et le risque du conflit.
- Les avantages au « non » sont : se sentir respecté en tant que médecin, construire une relation de qualité avec le patient, et se protéger juridiquement.

Enfin les solutions envisagées sont la négociation et la communication.

Mon travail diffère du sien dans plusieurs domaines :

- J'ai choisi de ne faire qu'une seule étude de type qualitative pour mieux faire ressortir le ressenti des personnes interrogées et leurs émotions.
- Un entretien semi-dirigé me paraissait plus adapté qu'un *focus group* pour ne pas voir apparaître un leader. Celui-ci peut empêcher une libre discussion de tous les participants.

Ces deux thèses ont une approche différente quant à l'étude du « non ». Toutefois il s'avère que les résultats sont concordants alors que les personnes interrogées ne viennent pas de la même faculté. Cela consolide donc les conclusions des deux études sur la difficulté de dire « non » en tant qu'interne.

VIII. CONCLUSION

La relation médecin-patient est au cœur de la profession du médecin généraliste. Tout praticien se doit de répondre aux attentes de son patient, même lorsqu'elles paraissent injustifiées. La difficulté réside alors dans la manière d'y répondre sans entraver cette relation si chère à ce métier de médecin généraliste.

Par cette étude j'ai voulu identifier les difficultés rencontrées lorsque les internes en médecine générale disent « non » à leur patient et trouver des solutions pour une pratique médicale sereine à la suite d'un refus.

Il ressort de mon étude que la plupart des internes opposent un refus face à une demande d'un patient qu'ils estiment non justifiée.

Les difficultés rencontrées lors du refus sont l'incompréhension du patient, la peur du conflit avec le patient, la nécessité d'expliquer et de se justifier et la remise en cause de son travail.

Le ressenti des internes face au refus est complexe. Certains peuvent ressentir de la gêne, de la culpabilité, voire du stress avec la peur de décevoir. Toutefois, les internes estiment que dire « non » présente d'importants avantages : s'affirmer en tant que médecin, mettre des limites dans la relation médecin-malade, diminuer les dépenses de santé, promouvoir l'éducation du patient et le renforcement du oui.

Ainsi parvenir à surmonter ces obstacles propres à chacun lors d'un refus n'est que bénéfique pour se sentir en paix avec soi-même. Cela permettra d'éviter à terme un épuisement professionnel, voire un burn-out.

Pour y parvenir, il est nécessaire d'avoir une formation efficace et adaptée dans la manière de communiquer avec le patient. Lors de ma thèse, je me suis rendue compte que la plupart

des internes n'avaient pas eu de formation théorique suffisante au cours du troisième mais surtout lors du deuxième cycle. Il paraîtrait donc judicieux de proposer un enseignement adapté avec des cours de communication par l'intermédiaire de plusieurs techniques (le disque rayé progressif, la méthode JEEPP, les différents types de comportements selon Galam, l'approche négociée, la supervision individuelle) et cela dès l'externat. Il faudrait que cette formation ait lieu dès que le futur médecin entre en contact avec un patient.

On pourrait également envisager un renforcement des groupes de parole au cours de l'internat de type groupes de Pairs[®] ou Balint.

De plus, il serait intéressant de réaliser une thèse auprès des patients afin d'étudier leur ressenti suite au refus d'un médecin face à une de leurs demandes.

Au final « le non permet de se préserver un espace vital autant sur le plan professionnel que personnel. »

IX. ANNEXES

1. Questionnaire

- 1- Quelles sont les demandes où vous avez été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?
- 2- Pourquoi les refusez-vous ?
- 3- Dans quel intérêt pensez-vous agir ?
- 4- Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?
- 5- Quelles situations sont les plus difficiles ?
- 6- Pour quel patient est-ce le plus difficile ?
- 7- Vous sentez-vous coupable de refuser ?
- 8- Etes-vous déjà entré en conflit avec un patient ?
- 9- Avez-vous déjà changé d'avis ?
- 10- Que ressentez-vous en disant « non » ?
- 11- Avantage et inconvénient du « non ».
 - 11.1- Quels sont les avantages à dire « non » ?
 - 11.2- Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ?
 - 11.3- Quels sont les inconvénients à dire « non » ?
 - 11.4- Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?
- 12- Quelles méthodes pour dire « non » utilisez-vous pour faire accepter le refus ?
- 13- Après le refus : quelles sont les conséquences sur la relation médecin malade ?
- 14- Avez-vous demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

15- La formation actuelle vous a-t-elle aidé pour dire « non » ?

16- Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

17- Est-ce difficile de dire « non » ?

18- Est-ce plus facile de dire « non » après avoir fait des remplacements ?

19- En tant que remplaçant, est-ce plus difficile de dire « non » par rapport au médecin que l'on remplace ?

2. Verbatim

2. 1- Entretien 1

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation ou soit ton maître de stage, soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I1 : Oui.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I1 : Alors les demandes... Premièrement il y a les demandes d'examens complémentaires. Donc les patients qui arrivent, par exemple, des douleurs et qui exigent du coup une IRM ou une radio. Donc on est amené à dire non quand on estime qu'il n'y est pas d'indication et que ça ne changera rien à la prise en charge thérapeutique. Et la deuxième demande la plus fréquente c'est les demandes de traitement.

M : Comme quoi ?

I1 : Euh... Les demandes surtout d'antibiotiques dans les infections qui dans la plupart du temps sont des infections virales donc dans la plupart du temps on va être amené à dire non.

M : Ok. Il y a que ça...

I1 : Ah et aussi, il y a les demandes d'arrêts de travail. Les demandes d'arrêts de travail notamment pour les jours passés. Par exemple qui arrivent le lundi en disant que le vendredi ils n'ont pas été travailler parce qu'ils étaient malades donc ils veulent un arrêt de travail et dans ce cas-là on dit non. Et même parfois, par exemple, pour certaines situations on va arrêter les patients 2 jours. Parfois il y a certains patients qui demandent un arrêt de travail de 4 ou 5 jours, plus long que ce qui devrait. Voilà, les examens, les antibiotiques, les arrêts de travail.

M : Ok.

I1 : Ah et aussi les examens biologiques. Il y a beaucoup de patients qui arrivent en disant qu'ils veulent un check-up complet ... Et donc on explique qu'il n'y a pas d'intérêt à faire un bilan euh sanguin chez des jeunes, par exemple qui n'ont aucun antécédent.

M : Pourquoi les refusez-vous ? Dans quel intérêt pensez-vous agir ?

I1 : Donc on refuse quand on estime qu'il n'y a pas d'indication et que par exemple il y aura aucune conséquence sur la prise en charge du patient. Par exemple on dit non aux examens complémentaires quand on estime de changement de la prise en charge thérapeutique. Par exemple les douleurs du dos, les lumbagos, on sait que juste il faut des antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et si c'est le premier épisode de lumbago on se dit qu'une radio ne servira à rien parce que dans la plupart des cas par exemple on sait que c'est une hernie discale qui donne une douleur du dos et... Voilà. Pareil pour les examens biologiques, par exemple un jeune de 20 ans qui vient et qui veut un examen complémentaire alors qu'il n'a aucun symptôme, on dit qu'on en fera rien. Après, on prescrit un bilan infection sexuellement transmissible (IST) par exemple mais euh... On ne prescrit pas d'autres prises de sang. Pareil pour les antibiotiques, on ne prescrit pas quand on estime que de toute façon bah...L'étiologie est virale et que le traitement ne changera rien sur la guérison. Et on ne prescrit pas d'arrêt de travail quand on estime que la personne est apte à aller travailler.

M : Donc c'est ta propre estime de toi qui finalement...

I1 : Bah c'est aussi basé sur les recommandations, sur... Non pas forcément, par exemple sur les viroses oto-rhino-laryngologiques (ORL), on a des critères sur des recommandations qui nous font dire que ça va être une étiologie bactérienne plus qu'une étiologie virale. Quelqu'un qui arrive qui n'a jamais eu de fièvre et qui a juste une rhinite et tout... On ne prescrit pas d'antibiotique. C'est dans ce cas basé sur des recommandations. Et après dans l'intérêt de qui... Bah dans l'intérêt du patient si on estime que ça ne lui apportera pas plus d'intérêt.

M : Et est-ce que pour toi, parfois, tu agis dans l'intérêt de la collectivité ?

I1 : Oui aussi.

M : Tu penses plus au patient ou à la collectivité ?

I1 : Les deux. Bah surtout de toute façon quand moi, j'estime qu'il n'ya aucun intérêt à porter au patient je ne le fais pas. Après parfois ça m'arrive de faire des choses hors des indications parce que je sais que les patients parfois ont besoin de quelque chose pour leur prouver... Par exemple, les Streptotest® pour les angines... Euh je ne suis pas toujours le score de Mac Isaac qui est pour le streptotest®. Quand les patients sont un peu difficiles, par exemple, je fais le test et je leur dis vous voyez c'est négatif, il n'y a pas besoin d'antibiotique. Des fois, je sors un peu des indications. Je pense en premier au patient et après je pense aussi... Bah... À tout ce qui est financier....

M : Ok.

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I1 : Bah ce qui est le plus dur c'est quand le patient ne comprend pas et qu'il insiste et qu'on a beau lui expliquer pourquoi on ne le fait pas et eux bah ils ne comprennent pas quoi. Hum... Ouais c'est ça le plus dur, les patients qui comprennent pas et qui vont s'énerver. Mais dans ces cas-là, après moi je ne suis pas installé donc euh... C'est différent je n'ai pas mes patients

à moi. Donc c'est vrai je dis peut-être plus facilement non sachant que ce n'est pas mes patients, que je ne les reverrai plus et que...

M : D'accord et dans quelles situations c'est plus difficile à refuser ? Quand ils te demandent quoi ? Un truc plus précis ou général ?

I1 : Je pense que c'est plus lié au patient.

M : Ouais... Et quel genre de patient est-ce le plus difficile ?

I1 : Je comprends pas bien la question... (Rires.)

M : En gros, pour quel patient ce sera le plus dur ? Si tu vas avoir un petit jeune, tu lui dis non, est-ce que ce sera plus difficile qu'une mamie qui...

I1 : Aahh. Non ce n'est pas forcément lié à l'âge. C'est vraiment lié à la personnalité des gens.

M : Donc une forte personnalité sera plus dure...

I1 : Oui bah oui. Ou les gens qui s'énervent. Après dans ces cas-là, j'hésite pas à leur dire d'aller voir un autre confrère... Si ils veulent un deuxième avis...

M : Est-ce que parfois tu te sens coupable de refuser ?

I1 : Humm... Pas vraiment.

M : Est-ce que tu es déjà rentré en conflit avec un patient ?

I1 : Oui

M : C'était comment ?

I1 : C'était pour une histoire d'arrêt de travail. C'était une jeune fille qui était venue genre le lundi en me disant qu'elle n'avait pas été travailler le jeudi et vendredi derniers... Parce qu'elle était tombée malade. Mais en fait c'était une histoire bizarre où finalement elle était partie en week-end faire du bateau et ça avait été difficile car elle avait été hyper agressive. C'est ça c'est plus l'agressivité des gens en fait.

M : Elle t'avait insulté ?

I1 : Non, après il n'y a jamais eu de conflit au point ... Il n'y a jamais eu d'agressions quoi. Mais euh c'est une patiente je pense qui se permettait ça parce que ce n'était pas une patiente que le médecin que je remplaçais suivait. C'était une patiente qui travaillait à côté et qui était passée à l'heure du déjeuner. En général c'est avec ces patients là que c'est le plus difficile, ceux qui viennent ponctuellement... Qui ne connaissent pas le médecin chez qui ils vont. Ouais c'est plus ces patients-là.

M : Et est-ce que parfois tu as déjà changé d'avis ?

I1 : Oui bah oui c'est arrivé par exemple euh ... C'était pour quoi... J'arrive pas à me rappeler... Peut-être plus pour des examens radiologiques.

M : Qu'est ce qui t'as fait changer d'avis finalement ?

I1 : Ben c'est euh... Parfois c'est l'anxiété des gens. Tu vois c'est des gens tellement anxieux qui ont notamment besoin de conforter ce qu'on leur dit, qu'ils ont besoin d'une preuve. Par exemple, on leur dit non mais là il n'y a pas besoin de radio tout de suite ou alors c'est des gens qui ont des douleurs chroniques et qui ont du mal à vivre avec. Dans ces cas-là euh... Ouais c'est plus des gens très anxieux ou très malheureux à cause d'un symptôme qu'ils ont. Et je me dis que peut-être, même si j'estime que ça aura pas vraiment d'impact, je me dis que pour eux ça aura une preuve qu'ils n'ont rien par exemple. Ça peut les reconforter.

M : Que ressens-tu en disant « non » ?

I1 : Tu te sens toujours un peu gênée de dire non. C'est vrai tu te sens toujours un peu gênée, un peu mal à l'aise, un peu peur de la réaction des gens. Euh... Surtout quand ils viennent l'hiver avec leurs infections ORL et qu'ils repartent avec du Doliprane®. Tu te sens toujours un peu mal à l'aise... Déjà parce que tu sens qu'ils viennent dans l'attente de quelque chose et à la fin quand ils te disent « Bah ah bon, juste de Doliprane® alors ? » Tu leur dis bah oui, tu te sens mal à l'aise. Ils te prennent je ne sais pas pour un escroc. Et après ce qui est le plus dur c'est de faire payer la consultation quand ils repartent avec rien quoi.

M : On en reviendra... Tu es gênée même si tu es sûre de ta décision ?

I1 : Bah ça dépend du patient que j'ai en face car il y en a qui comprennent très bien et qui me disent « ah oui d'accord » et en fait voilà quand tu leur expliques la physiopathologie, tout ça... Tu leur expliques que, tu leur expliques pourquoi tu ne le fais pas parce qu'en général tu as toute une raison pour ne pas faire ce qu'ils veulent... Pas prescrire... ça pas prescrire un traitement... Pas prescrire un examen. Il faut quand même leur expliquer pourquoi tu ne leur prescrites pas. Donc en général quand tu leur expliques et qu'ils comprennent ça se passe très bien et même souvent parfois ils sont rassurés. Et après tout ceux qui comprennent pas. Ceux qui comprennent pas et tu sens qu'ils n'ont pas obtenu ce qu'ils espéraient... C'est toujours un peu mal à l'aise, un peu gênant.

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I1 : Les avantages ? Bah les avantages à dire non, ça permet d'éduquer le patient finalement. Si tu dis non pour une raison que toi tu estimes valable et que tu es sûre de pourquoi tu leur dis non. Finalement il faut leur expliquer, ça permet de les éduquer. Je me dis que du coup ils ne vont pas reconsulter à chaque fois pour les mêmes motifs. Ça c'est l'avantage du non... Les éduquer... Quoi d'autre... Savoir faire respecter sa décision médicale finalement. Tu deviens quand même un savoir médical, c'est plus ça.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ?

I1 : À ne pas dire non... Comprends pas...

M : Quels sont les avantages euh finalement à dire oui au patient alors que finalement toi tu estimes que tu aurais dû dire « non » ? À céder à la demande du patient ?

I1 : L'avantage pour nous ?

M : Oui.

I1 : Bah. (Rires.) Ça permet de nous débarrasser du patient quand la consultation est trop longue et que l'on y arrive plus quoi. C'est pas un vrai avantage finalement.

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I1 : Les inconvénients... Bah c'est toute la confrontation qui en suit quoi. C'est-à-dire quand tu dis non et que le patient ne comprend pas et que tu rentres dans une espèce de lutte où toi tu dis non et lui il te pousse à le faire quand même. C'est ça, toute la confrontation qui en découle quoi.

M : D'accord. Et quels sont les inconvénients à céder justement ?

I1 : Ben les inconvénients c'est que justement le patient... Tu as l'impression qu'il n'a pas compris. C'est-à-dire que... Tu as essayé de lui expliquer des choses et en fait il n'a pas

compris sa pathologie. Finalement il n'a pas compris la thérapeutique... Finalement il n'a rien compris quoi. Il est venu avec une idée en tête et puis sans vraiment savoir pourquoi...

M : Oui mais genre les inconvénients pour toi à céder à sa demande ?

I1 : L'inconvénient c'est que le patient risque de revenir avec d'autres demandes injustifiées et si tu as cédé une fois après c'est difficile de pas céder les fois suivantes.

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilises-tu pour faire accepter le refus ?

I1 : La méthode pour leur dire est de toujours leur expliquer pourquoi on dit non. C'est toujours leur expliquer si jamais on leur dit oui qu'est-ce-que ça va leur apporter ? Si jamais on leur dit non qu'est-ce-que ça va pas leur apporter quoi. Finalement il faut toujours leur expliquer pourquoi on leur dit non.

M : Et tu argumentes sur quoi quand tu leur dis non, quand tu leur expliques ?

I1 : Bah je leur explique toujours, ben euh... Par exemple ils arrivent avec une demande, je leur explique que si je cède à la demande... Souvent quand je dis non c'est que j'estime que ça ne leur apportera rien de plus.

M : Et tu te bases sur des faits personnels, déontologiques, médicaux ?

I1 : Humm... Bah surtout des faits médicaux. Après... Ouais c'est surtout sur des faits médicaux en général.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade à court terme et à long terme ?

I1 : Je pense qu'il y a ceux qui acceptent le non et qui comprennent, ce sont ceux que tu vas garder comme patients. Et il y a ceux qui l'acceptent pas, qui ne comprennent pas pourquoi on leur dit non et qui préféreront aller voir un autre médecin.

M : Que ce soit à court terme ou à long terme, ils changeront de médecin ?

I1 : Bah je pense que ceux qui ne sont pas contents, euh... Oui je pense que eux changeront de médecin. Après je pense que ça permet aussi de choisir sa patientèle du coup. Si on n'a pas envie de prescrire des arrêts de travail à tout va, ou d'avoir des consultations où juste le patient rentre et dis bah je veux ça et on prescrit et puis il s'en va... Je pense que dire non ça permet de choisir sa patientèle.

M : Est-ce que tu penses qu'en disant « non » la relation avec le patient change à long terme si le patient n'a pas compris ?

I1 : Je ne suis pas sûr. Bon après moi ça ne me dérange pas que ce genre de patients ne reviennent pas tu vois.

M : Suite au refus, avez-vous demandé les honoraires à la fin de la consultation ?

I1 : Oui.

M : Comment ça s'est passé ? Il a bien voulu payer ?

I1 : Dans la majorité des cas ça ne pose pas de problème. Je crois que ça m'est arrivé deux fois que les patients ne veulent pas payer et une fois c'était un psychotique qui du coup... Euh... Avait fait une demande bizarre... Euh... C'était pas du tout cohérent en fait. C'était à un refus de quoi déjà... Il était arrivé pour une douleur à la jambe avec comme antécédents une phlébite et embolie pulmonaire bilatérale et je ne le connaissais pas ce patient. Il n'était pas suivi par mon médecin généraliste, il était passé juste comme ça et ce jour-là je ne sais plus

trop mais il était tachycarde, hypertendu, et je trouvais qu'il n'allait pas bien et je voulais qu'il aille aux urgences et lui avait refusé. Il voulait juste que je lui prescrive un antalgique de pallier 2. Voilà donc j'avais refusé en lui disant, que vraiment, qu'il aille au moins faire une imagerie, si il ne voulait pas aller aux urgences puis finalement il était parti sans payer mais bon il était psychotique et donc du coup la relation avait été trop bizarre avec lui. Il ne comprenait pas du tout ce que je lui disais et je ne comprenais pas du tout ce qu'il me disait. Ça c'est la fois où le patient a refusé de payer. Il y a une autre fois où une patiente a refusé de payer, et là j'étais en stage de niveau 1 avec une prat mais c'était pas pour un refus. C'est bizarre mais ce n'était pas pour un non. Elle avait refusé de payer parce que elle était venue avec des examens, avec le résultat d'une prise de sang qu'on lui avait prescrite, elle était venue entre deux patients, sans rendez-vous, alors qu'on prenait que sur rendez-vous... Finalement la consultation avait pris du temps, parce qu'elle avait des carences en... Je ne sais plus... En folates donc on avait dû la supplémenter, lui dire de reconstrôler donc on lui avait fait des prescriptions quand même pour une supplémentation et un examen de contrôle. Elle avait refusé de payer. Mais ce n'était pas pour un non. En fait, les patients à qui j'ai dit non, n'ont jamais refusé de payer.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidée pour dire « non » ?

I1 : La formation théorique, oui, on en a un peu parlé à la fac, pendant l'internat. C'est vrai que c'est des choses dont on n'avait jamais parlé avant l'internat, pendant l'externat jamais. Mais c'est vrai que pendant les cours de la fac en tout cas à Paris VII ont aidé. Je crois qu'il y a déjà eu plusieurs cours où on avait déjà abordé le sujet ou aussi à des congrès et des formations de médecine générale. C'est vrai qu'on parle beaucoup de ce thème en ce moment. Donc oui ça m'a quand même aidé. Et puis ça aide de savoir que tout le monde est dans le même cas, dans la même situation.

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ? Mais en même temps j'ai l'impression que la formation à Paris VII t'a suffi ?

I1 : Ouais, mais pas qu'à Paris VII. Il y avait aussi les formations de médecine générale, là aussi on en avait parlé. Il y a pleins d'occasions où on en a parlé.

M : Il n'y a pas besoin pour toi de l'améliorer ?

I1 : Bah là, la formation que moi j'ai suivi ça allait mais après c'est pas la même pour tout le monde. Ah et aussi, en stage. Mes maîtres de stage, j'en avais déjà beaucoup parlé avec eux aussi donc ça dépend avec qui on tombe. Mais moi avec mes maîtres de stage, c'est vrai qu'on en avait beaucoup parlé. Et puis je les avais vus dire non à des patients quand ils estimaient que ce n'était pas justifié. Donc forcément après on travaille un peu comme nos maîtres de stage dont on a pris exemple quoi.

M : Le mot de la fin, c'est difficile de refuser ?

I1 : Oui c'est vrai que c'est toujours un peu difficile.

2. 2- Entretien 2

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation ou soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I2 : Oui, plusieurs fois.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I2 : Ah ben les plus fréquentes sont celles qui concernent les médicaments, toujours. À savoir, notamment les médicaments qui vont avoir une composante un peu addictive comme les benzodiazépines, les médicaments soumis à restriction, etc... Voilà où ça arrive de dire non. Après on dit jamais non comme ça, moi je ne dis jamais non sèchement. Il faut toujours qu'il y ait une explication à la situation. En gros, les plus fréquents ça concerne les médicaments, les arrêts de travail et les certificats de types curatelle, tutelle. Ça c'est compliqué les levers de sauvegarde de justice, etc... Ça c'est souvent non et euh... Voilà c'est à peu près ceux où je dis le plus souvent non. Mais pas les antibiotiques plutôt les médicaments psychotropes.

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I2 : Bah parce que traiter les addictions c'est empêcher les gens de les entretenir dedans. C'est essayer de limiter leur consommation d'une part. Et euh, c'est ça que ça me paraît important que le médecin s'oppose à leur consommation addictive de benzodiazépines et de morphine Subutex® aussi même si c'est une autre démarche. Mais le patient sait que l'on va être dans la limitation aussi donc ce n'est pas un vrai non auquel il ne s'attend pas. Il s'attend à ce qu'on limite. En ce qui concerne les certificats c'est souvent des demandes qui vont les mettre eux-mêmes en danger comme dans les sauvegardes de justice ou qu'ils demandent qu'on lève les tutelles ou curatelles. Des gens qui ne sont pas forcément en état de se gérer eux-mêmes et qui ne bénéficieront pas deux fois d'une sauvegarde de justice donc ils vont se retrouver dans le pétrin si on lève les mesures qui ont été prises.

M : D'accord. Dans quel intérêt penses-tu agir ?

I2 : Dans l'intérêt du patient, toujours. Je ne pense pas dire non pour me protéger moi. Parce que même dans les certificats ce n'est pas pour me protéger moi, j'ai les idées larges, je veux bien envisager toutes les idées les plus bizarres mais c'est pour protéger le patient. Quand il me demande, par exemple, un certificat pour frauder l'assurance, je leur dis, bien sûr là pour me protéger mais aussi pour eux car en général la démarche n'est pas bien faite.

M : Quels arguments (médical, déontologique et législatif, pratique) pour justifier vos choix ?

I2 : Bah ça dépend de pourquoi je leur dis non. À chaque non, j'ai des arguments différents que ce soit pour les médicaments ou pour les certificats.

M : Expliques ...

I2 : Pour les médicaments je leur dis que ce n'est pour pas rentrer dans une démarche addictive. Justement dans l'addiction il faut se limiter et arriver à une prescription euh... Qui leur permette de réduire la consommation. Voilà donc un argument médical. J'utilise les arguments visant à les protéger eux quand c'est des ...Euh voilà l'addiction c'est aussi des

arguments psychologiques. C'est de ne pas se laisser sombrer dans la démarche addictive, impulsive où l'on a un réflexe pour se sentir bien quoi. C'est un peu plus long que juste le non, c'est apporter une discussion. Je crois que justement dans cette démarche-là du non, moi j'essaie d'ouvrir la discussion en disant non. En fait le non c'est quelque chose qui va ouvrir la discussion dans ces moments-là sur la consommation, sur le pourquoi de la consommation et finalement c'est faire un vrai entretien psychologique plus que dire non. Et en ce qui concerne les certificats, euh c'était quoi la question déjà ?...

M : Quels arguments pour justifier vos choix dans le refus, médicaux ? déontologiques ? économiques ?

I2 : La déontologie, je dois dire que ce n'est pas le premier de mes soucis. Les arguments économiques je ne les utilise pas vis-à-vis des patients mais plus vis-à-vis de mes collègues.

M : Comment ça ?

I2 : Pour justifier que je n'ai pas dit non à certains patients ou que je l'ai fait etc... Mais jamais vis-à-vis des patients. Ce n'est pas déontologique de l'utiliser auprès des patients.

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I2 : Bah en général quand on explique bien il n'y a pas tellement de difficultés rencontrées. Les gens acceptent plutôt bien le refus, je crois. Je trouve qu'il n'y a pas de difficultés dans le refus à partir du moment où on explique bien, ils comprennent en règle générale. Il faut juste prendre le temps de les écouter, de voir les questions qui arrivent derrière le refus, les faire se questionner eux-mêmes. Les gens ils respectent la parole médicale.

M : Quelles situations sont les plus difficiles ?

I2 : Ça c'est compliqué comme question. Honnêtement, euh.... Toutes les situations sont uniques donc c'est difficile à dire. C'est plus les gens qui vont rendre la situation difficile.

M : Pour quel patient est-ce le plus difficile ?

I2 : Voilà, donc par exemple j'ai déjà eu une fois un refus pour un antibiotique. Je lui ai dit qu'il n'y avait pas la peine et la femme s'est beaucoup braquée mais parce que c'était une dame qui pensait d'une façon particulière et qui pensait qu'elle était manipulée par le corps médical etc... Donc on s'est retrouvé dans une situation un peu biaisée où ce n'était pas forcément en soit le refus qui était difficile mais plutôt les prédispositions psychologiques de la dame. Et ces idées préconçues sur nous donc à partir de là, c'était un petit peu compliqué. En règle générale, les patients toxicomanes, en crise, eux c'est compliqué et en règle générale, dans ces cas-là on ne refuse pas. Après est-ce qu'on considère que ne pas refuser c'est avoir des difficultés à refuser ? Mais est-ce que c'est avoir une réponse adaptée à situation ? Tu vois c'est compliqué... Je retourne donc la question ?

M : Te sens-tu coupable de refuser ?

I2 : Non parce que si je me sens coupable, je ne refuse pas. Enfin si, moi je fais toujours les choses en toute conscience. J'essaie de ne jamais prendre en compte les déterminants économiques ou même un peu déontologiques, non quand même pas... Dans les choses qui vont déterminer mes choix vis-à-vis des patients. Je veux être honnête avec moi-même donc à partir de là, je ne me sens pas coupable.

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I2 : Bah oui une fois avec une dame là... Enfin non en fait plusieurs fois. C'était en pédiatrie, le matin première consultation d'un nourrisson qui venait pour un état fébrile important sans réel état convulsif qui a eu des petits épisodes de cyanose des extrémités etc... Donc euh... Il avait de plus une otite bilatérale et voilà j'étais avec mon collègue. C'était une dame musulmane. Il y a eu une erreur dans la manière où je lui ai expliqué les choses où je lui ai dit que son fils avait une otite qu'on allait le traiter sous antibiotiques mais qu'on n'allait pas lui faire d'exams. Et euh... Voilà ça allait passer tout seul et que si ça n'allait pas elle revenait. Il n'y avait pas besoin de faire d'autres exams car il avait une otite. Elle s'est offusquée du fait que, dans la manière dont je lui parlais, d'après elle, j'utilisais des moyens de communication pour lui renvoyer le doute médical par rapport au fait qu'il pourrait aller mal après et qu'il pouvait y avoir un autre diagnostic derrière etc. C'était une situation où elle s'est beaucoup énervée, elle m'a accusé de la manipuler euh... De ne pas être franc avec elle. Et puis en plus, le pire c'est que moi la manière dont j'ai réagi c'est que je me suis un peu offusqué mais dans ce cas-là, je deviens un peu pervers des fois dans le sens où j'ai pris mon collègue à témoin et je lui ai dit : « tu vois plus on est honnête avec les gens et plus ils se sentent persécutés et plus ils pensent qu'on leur ment », alors que dans le cas présent j'avais eu à lui expliquer totalement les choses avec les doutes diagnostiques qui pouvaient être induits mais qu'on tolérait le doute. J'ai peut-être été trop franc avec elle et c'est aussi pour ça sans doute qu'elle se sentait manipulée. Après le fait que j'en ai rajouté, n'a rien rajouté aux choses. C'était une dame qui pouvait entendre raison et que j'ai pu calmer après et expliquer comment il fallait faire si il y avait le moindre problème tout en lui disant qu'il n'y en aurait pas.

M : D'accord. As-tu déjà changé d'avis ? En disant non une première fois puis après tu te ravises ?

I2 : Ah bah oui ça m'arrive souvent.

M : Pourquoi si tu es sûr de ton choix ?

I2 : Je ne suis pas forcément sûr. Je peux dire non et le patient arrive à me convaincre du contraire. Si il me convainc, qu'il a besoin de tel ou tel truc. C'est compliqué il y a pleins de situations où je peux initialement dire non et puis dire oui. Et l'inverse est plus rare d'ailleurs.

M : Tu te sens mal à l'aise après avoir dit oui ? Après avoir changé d'avis ?

I2 : Non, je considère que ça fait partie de la relation médecin-patient. Je veux dire, au cours d'une consultation on peut changer d'avis. Et justement c'est ça la médecine, c'est justement pousser un peu plus son raisonnement et changer parfois son jugement sur les patients et sur les gens. On est censé être des gens tolérants, censé écouter les différents arguments des gens etc... Pour moi il n'y a pas de problème à changer d'avis.

M : Que ressens-tu en disant « non » ?

I2 : Je ne ressens pas particulièrement de choses. Quand j'exerce je me détache de sentimentalisme. Je ne ressens pas de euh...

M : Ça ne te fais rien de leur dire « non » ?

I2 : Non et puis même ça m'est arrivé aussi pour des hospitalisations de vieux, euh... Ça peut même avoir un petit côté pervers. De leur dire non, en même temps ça peut pousser les gens

à se prendre eux aussi en charge quand c'est des problèmes pour lesquels ils attendent des solutions toutes faites. Ça leur rend parfois service, enfin je pense.

M : Mais au niveau du ressenti, tu n'as pas de gêne, de honte ?

I2 : Des remords, tout ça ? Non.

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I2 : Bah c'est de marquer l'opposition. C'est de marquer des limites, c'est de définir clairement les choses. C'est d'être clair avec les gens... Euh... De faire en sorte qu'il n'y ait pas de double discours, que la compréhension des choses ne soit pas biaisée, d'un côté comme de l'autre, du côté des patients comme du côté médical. Je veux dire ça permet que, voilà, les gens comprennent bien le refus et l'opposition. Donc le non, voilà, c'est intéressant.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non », à céder finalement ?

I2 : Bah non ce n'est pas céder finalement. Je ne suis pas d'accord.

M : Ok. Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ?

I2 : D'ouvrir la négociation, d'ouvrir la discussion et d'ouvrir le débat avec le patient car on ne sait pas forcément toujours ce qu'on va lui dire. Et euh... On peut réorienter sa question, réorienter sa demande, recentrer les problèmes aussi à travers ne pas dire non. Je veux dire, on lui dit non car sa demande n'est pas adaptée, par exemple dans des cas de fraudes à l'assurance mais voilà, on peut essayer de retourner sa demande. Essayer de trouver d'autres solutions et lui faire amener à nous faire de nouvelles demandes qui nous paraissent plus adaptées. Pas dire non tout de suite ça permet... Parce que le problème du non, euh... Stricte c'est que c'est un peu catégorique, ça ferme la discussion et le débat avec le patient. Donc ne pas dire non ça permet de laisser la porte ouverte aux différents arguments.

M : Et quels sont les avantages pour toi à céder ?

I2 : À céder ? Euh.... J'aime pas le sentiment de céder... Pour moi quand le patient vient avec un diagnostic qu'il suspecte et qui potentiellement peut être suspecté même si ça reste subjectif et ce n'est pas forcément ce que nous on aurait suspecté en premier... Il faut faire les examens pour la simple bonne raison que si jamais il a raison et ben on aura l'air con.

M : Oui, oui mais les avantages à céder ?

I2 : Je ne dirais pas à céder. Je dirais accéder aux demandes des gens. Alors l'avantage de céder aux demandes des gens c'est que ça renforce la relation médecin-patient. C'est un peu une pratique clientélisme mais bon on ne va pas s'en défendre. Ça donne confiance aux gens, ça leur donne envie de revenir, ça permet de se sentir impliqué et puis ça montre qu'on les écoute aussi. Donc pour moi ce n'est pas céder mais accéder aux demandes.

M : D'accord. Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I2 : C'est ça, c'est pour clore un peu le débat, la réponse catégorique à des problèmes où il n'y a pas forcément une réponse catégorique. C'est de répondre de façon un peu tranchée à des questions qui parfois nécessitent un examen plus approfondi.

M : Quels sont les inconvénients à céder à leurs demandes ?

I2 : On peut éventuellement y avoir un inconvénient économique mais je n'y crois pas tellement dans la mesure où quand les gens sont persuadés de quelque chose il trouve

forcément un moyen d'y parvenir donc je pense que ça c'est un faux argument. Euh... Je pense qu'il n'y a pas d'inconvénients d'accéder aux demandes des gens.

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilises-tu pour faire accepter le refus ?

I2 : Ben c'est un peu poser des questions justement, c'est de déstabiliser la personne, c'est d'expliquer tout en la questionnant sur sa demande. Mais il y a des fois où il n'y a pas besoin, par exemple, dans les antibiotiques il suffit d'expliquer pourquoi il n'y en a pas besoin. Mais quand c'est des arrêts de travail c'est intéressant de questionner le patient sur sa demande. Par exemple pour les arrêts de travail, j'ai une technique c'est que je dis jamais combien je mets de jours d'arrêts de travail, je demande toujours combien il veut d'arrêt de travail directement. Au moment où il expose ce pour quoi il vient, quand je sens que sa demande principale c'est l'arrêt de travail, je lui demande tout de suite « vous voulez combien d'arrêt de travail ? » donc ça, ça le prend un peu à contre-pied, ça peut le gêner un petit peu... Mais en même temps, voilà, ça permet de recentrer un petit peu, le fond du problème sur le problème. Je veux dire, pourquoi vous voulez un arrêt de travail, et en règle générale j'accepte à la demande justement car dans ces cas-là je considère que si on fait la démarche de voir un médecin pour un arrêt de travail c'est qu'on en a besoin, que ce soit pour un problème médical ou pas d'ailleurs. Et en même temps, en étant franc, ça permet si la situation se reproduit d'opposer un non qui sera adapté et compris par la personne. En la questionnant en recentrant le vrai problème que l'arrêt de travail en soi.

M : Finalement tu réponds une question par une autre question ?

I2 : Oui, je réponds à une question par une autre question. C'est une bonne technique de communication pour ne pas répondre aux questions. Ça marche assez bien en tout cas et après en orientant la discussion en montrant des paradoxes dans leurs demandes. Je leur montre que leur demande n'est pas uniquement liée à un besoin mais par exemple dans le cas de l'addiction, si là elle est uniquement liée à un besoin. Ils n'ont pas vraiment besoin du médicament parce qu'ils ne sont pas bien mais plutôt parce qu'ils sont accros et donc c'est essayer de leur démontrer par eux-mêmes qu'ils ont une addiction et une démarche de drogués.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I2 : Si le refus est bien fait, le refus est censé renforcer la relation avec le malade pour moi. Un refus qui détruit la relation est pour moi un refus qui est abrupt et qui n'est pas adapté où on n'a pas écouté le patient, on ne l'a pas questionné. On doit prendre le temps, ça me paraît important de devoir refuser en discutant beaucoup justement car le refus c'est quelque chose qui doit prendre du temps et doit être pesé, discuté et réfléchi avec le patient.

M : Avez-vous demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I2 : Bah oui je pense que c'est important et ça revient aussi... C'est cohérent avec ce que je disais avant. Pour justifier les honoraires suite à un refus, bah je trouve justement que c'est important de discuter et prendre du temps pour refuser. C'est aussi parce que le patient paie pour une consultation, on doit lui apporter, voilà, une analyse médicale de ce pourquoi on refuse, pourquoi c'est important. Chose qui va justifier aussi le prix de la consultation.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidé pour dire « non » ?

I2 : Bah, alors je trouve que la formation que l'on a n'est pas une formation de communication très poussée. Moi je pense que c'est quelque chose qui s'acquiert un peu par expérience et qui est un peu euh... Innée. Après je pense qu'il y a quelque chose qui manque beaucoup dans les études de médecine pour refuser, pour être à l'aise avec ce genre de difficultés. C'est euh... Des cours un peu plus axés sur justement la parole, sur la manière de jouer un peu la consultation au sens théâtral du terme parce que justement en improvisant ce rôle de docteur, d'analyste, il faut avoir un bagage lexical riche et pouvoir questionner.

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I2 : Des cours de théâtre ouais... Non mais c'est vrai parce que la consultation c'est un peu un terrain de jeu en quelque sorte, de jeu dans le sens théâtral du terme. Je pense que voilà on joue un rôle de professionnel mais un rôle aussi donc, voilà, il faut savoir parler de la bonne façon. Plus on est à l'aise avec la manière de s'exprimer à ce moment-là, plus on a d'impact dans ce qu'on dit sur la personne. Donc plus on aura de difficulté à s'exprimer et alors plus on aura de conflit et plus on va être déstabilisé. On devrait avoir plus de cours de philosophie, qui pose des questions, avoir plus de cours littéraires que des cours trop scientifiques dans les études médicales. Car il y a beaucoup de choses que l'on apprend qui sont à mon sens inutiles, et beaucoup... Pour moi ce sont des études qui manquent profondément de réflexion et de questionnement alors que l'on va être amené à jouer un rôle où il faut avoir de la tolérance, de l'ouverture d'esprit et pouvoir se questionner sur des sujets qui sont complexes donc à mon sens ça manque de philosophie, ça manque de... De théâtre, de ces matières-là qui à mon avis sont très importantes pour exercer la médecine.

M : Est-ce difficile de dire « non » ?

I2 : Euh non.

2. 3- Entretien 3

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation où soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I3 : Plusieurs fois

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I3 : Les demandes où j'ai été amené à dire non. Alors il y avait les arrêts de travail, et les antibiotiques ou les gens qui arrivent et qui veulent un traitement particulier type Dexeryl® aussi. Les demandes de médicaments particuliers, les demandes d'arrêt de travail... Euh essentiellement ça.

M : Quelles sont les plus fréquentes ?

I3 : Bah ceux que j'ai cités et attends je réfléchis...Euh... Ah ouais il y a aussi les demandes de bon de transport des gens qui veulent revenir chez eux avec le bon de transport mais ça c'était plus à l'hôpital. Il y a aussi les cures thermales... Euh... Non c'est ça c'est tout.

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I3 : Quand c'est inadapté et que je trouve que ce n'est pas justifié. Quand on me demande une cure thermale, oui, et que la personne en soi n'a pas particulièrement besoin. Les bons de transport, pareil il faut que ce soit justifié. Les arrêts de travail bah quand c'est inadapté...

M : D'accord. Et dans quel intérêt pensez-vous agir ?

I3 : Alors dans l'intérêt, bah déjà parce que ce n'est pas au patient de décider et que c'est à moi de décider.

M : Donc dans ton intérêt à toi ?

I3 : Oui, dans mon intérêt. Et puis aussi dans l'intérêt de la sécu, un petit peu quand même. (Rires.) Car on essaie de faire attention, donc je fais attention. Et quand c'est inadapté, pour le patient quoi. Il faut aussi l'éduquer un petit peu et pas que ce soit lui qui décide. Donc aussi dans l'intérêt du patient. (Rires.) Moi, société et lui.

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I3 : Les difficultés rencontrées lors d'un refus... Euh... Bah se justifier auprès du patient. Enfin lui dire pourquoi, trouver les bons mots et quand il a vraiment envie bah pouvoir lui dire non et pouvoir bien justifier. Après les difficultés ben c'est les réponses qu'il va donner lui aussi. Si il est énervé... Si je justifie et qu'il dit non je veux ça et ça ben là il faut persévérer. C'est difficile et tu risques de dire oui après ! Euh... C'est essentiellement ça et puis après je me dis que le mec risque de ne pas revenir et de perdre un patient. Après ça je ne risque pas de perdre un patient moi, mais le maître de stage peut-être. Il peut me critiquer aussi derrière, le bouche à oreille, il ne va pas m'aimer... Voilà

M : D'accord. Quelles situations sont les plus difficiles à refuser ?

I3 : Euh... Quelles situations sont les plus difficiles à refuser... Euh... En fait je refuse vraiment quand c'est inadapté donc en soi ce n'est pas difficile à refuser. Après c'est les plus fréquentes, genre les arrêts de travail ils vont t'en demander tout le temps. Donc parfois c'est un peu plus difficile à refuser. C'est ça, non... En fait je pense que ça va être plus difficile pour les arrêts de travail car on va faire aussi par rapport à notre expérience personnelle. Genre un mec qui a une rhinopharyngite et qui veut pas travailler, bah toi tu vas travailler. Lui il veut un arrêt de travail, donc à justifier ben... Tu peux être très très mal quand tu as une rhinopharyngite, c'est difficile mais en soi tu n'as pas besoin d'un arrêt de travail de une semaine quoi. Et donc là pour justifier ben tu sens que toi tu peux le faire donc lui il peut le faire donc ça c'est un peu plus difficile. Après certains bons de transport pour les personnes âgées tu te dis oui en effet ça va être difficile mais en vrai en soi ce n'est pas justifié de faire son bon de transport aussi. Et donc ça peut être un peu difficile à refuser.

M : Pour quel type de patient est-ce le plus difficile ? Est-ce que pour vous il y a un type de patient particulier ?

I3 : Ben ceux qui à la limite ont une polyopathie, les personnes âgées et euh... Certains métiers. Mais après je n'ai pas un type de patient en particulier.

M : Et certains métiers comme quoi ?

I3 : Ben les métiers durs, genre tu travailles dehors ben ça va être plus difficile. Ce sera pas justifié mais en soi, enfin, ça ne va pas l'arranger si il est obligé d'aller travailler... Mais je n'ai pas de type de patient...

M : D'accord. Te sens-tu coupable de refuser ?

I3 : Ben non je ne crois pas. Ça dépend, enfin je me dis le pauvre quoi. Quand je fonctionne pour la sécurité sociale peut-être un petit peu ouais. Je me dis en soi, ouais, l'arrêt de travail oui tu peux être mal et tu peux aller travailler. C'est difficile donc je me sens un peu coupable mais en soi... Bah je le fais aussi pour la sécu. Ou tu refuses un bon de transport qui n'est pas justifié, que tu es à pied mais que tu n'es pas bien bah je me sens un peu coupable.

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I3 : Euh je me rappelle plus. Après pas vraiment engueulé mais le mec il continue il veut vraiment son arrêt de travail et finalement je vais peut-être céder en disant ok je te fais ton arrêt de travail pas 1 semaine mais je te fais 2 jours. Donc bon pas vraiment engueulé quoi...

M : Ouais... Et ma question d'après c'était as-tu déjà changé d'avis ?

I3 : Donc oui, j'ai déjà changé d'avis.

M : Essentiellement pour les arrêts de travail ?

I3 : Oui essentiellement pour les arrêts de travail. Ouais car après les autres, les médicaments, les trucs comme ça, si tu justifies et qu'après tu lâches, bah c'est mort tu n'as plus aucune crédibilité. L'arrêt de travail, bah je négocie après sur le nombre de jours en fait. Je négocie sur ça si ils demandent beaucoup et après voilà...

M : Que ressens-tu disant « non » ?

I3 : Euh qu'est-ce que je ressens ? (Rires.)

M : Tu ressens de la gêne ou rien du tout ?

I3 : Ben ça dépend quelle est la demande en fait. Quand je suis sûre de moi, comme les médicaments ben j'ai aucune gêne à dire non clairement. Après ouais dès que c'est subjectif c'est un peu compliqué et je vais ressentir de la gêne. Comme la culpabilité et d'autres choses mais en soi si je justifie...

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I3 : Les avantages à dire non aux patients ? Bah pour ta crédibilité, c'est toi qui décides un petit peu. Tu mènes ta consultation et ce n'est pas lui qui arrive avec ses idées. C'est essentiellement ça et se faire respecter.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non », à céder ?

I3 : Il revient. (Rires.) Il revient, il t'aime bien à la limite mais euh... Et puis ça te facilite ta consultation, elle va durer moins longtemps et puis c'est bon c'est fini quoi.

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I3 : Les inconvénients ? Ben tu peux justement te sentir un peu gênée, euh le patient peut le voir aussi. Ça peut être difficile à le justifier et donc il peut y avoir un certain doute en toi et donc il peut avoir un peu moins confiance en toi si tu ne justifies pas bien. Il y a un risque de se disputer avec ton patient donc si ça se trouve il ne viendra plus te voir après, le bouche à oreille et il va le dire aux autres. Donc tu risques de perdre un peu de patientèle et euh...Voilà.

M : Quels sont les inconvénients à céder, à ne pas dire « non » ?

I3 : Les inconvénients ? Bah tu parais nulle quoi. Ça te décrédibilise et euh... Ouais c'est essentiellement pour ça. Pour toi, tu te sens gênée aussi car tu te dis que tu n'as pas réussi à t'imposer. Le patient, lui il se dit, bah j'ai réussi, j'ai gagné...

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilises-tu pour faire accepter le refus ?

I3 : Bah ça dépend des situations. Pour les médicaments, ben je vais le justifier en expliquant la pathologie, bien expliquer pourquoi ça ne sert à rien de prendre ça. J'utiliserais pas le moyen avec la sécu c'est pas bien... Je ne dirais pas ça mais en expliquant bien par la pathologie. Euh, les arrêts de travail ben je vais utiliser le truc de la sécu en disant le barème c'est ça sinon on va avoir des problèmes en disant les contrôles...

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I3 : Quelles conséquences quand j'ai refusé ?

M : Oui. Est-ce que pour toi, la relation a été modifiée ou non ?

I3 : Bah ça dépend si il l'accepte ou pas quoi. Si il est d'accord, et que ça se passe bien ben tu te dis c'est bien j'ai réussi à lui faire comprendre et ça va évoluer. Derrière, il ne va plus reposer les mêmes questions peut-être. Après si ça se passe mal ben ouais , tu risques de peut-être plus le revoir. Ou alors ça jette un froid. Ça dépend comment ça se passe après le refus en fait. Mais oui je pense que dans tous les cas ça modifie un petit peu. Quand tu refuses et qu'il te dit ok ben tu te sens valorisée car tu as réussi à le convaincre et si ça se passe mal ben tu risques d'aller au conflit de toute façon.

M : As-tu demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I3 : Suite à un refus ? Euh... Bah si j'ai fait la consultation oui je vais quand même demander. Ça dépend si j'ai fait la consultation en fait. Si le mec vient juste et qu'il me dit bon je viens parce que je veux ça, je vais lui dire non et là je ne vais pas lui demander car ça va durer une minute et qu'il va partir quoi. Après, si il vient et qu'il me dit j'ai mal ici et je pense qu'il me faudrait ça... Euh je vais l'examiner et là je lui dis bah non. J'aurais fait la consultation, je l'aurais examiné donc oui je le fais payer.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidée pour dire « non » ?

I3 : La formation théorique en cours non ? Enfin on avait fait le cours sur la relation médecin malade donc oui mais ça c'est à la fin du stage de Méd G 1 donc non pas vraiment. Après la formation pratique quand tu es avec tes maîtres de stage, oui, car tu les vois faire donc après tu fais comme eux et puis après toi quand tu es tout seul.

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I3 : C'est hyper dur car finalement très subjectif et ça dépend du ressenti des gens. Euh... Bah apprendre à se justifier par rapport aux patients. Donc peut-être des cas concrets c'est-à-dire le cours au lieu de nous dire le patient il peut dire ça tu peux lui répondre ça, il faudrait faire des cas cliniques où on fait le patient et apprendre devant les autres à dire non. Puis après nous dire comment on aurait dû faire. Bref un truc comme ça. Faire des petites pièces de théâtres quoi. Ça ça pourrait plus servir.

M : Est-ce difficile de dire « non » ?

I3 : Euh dans certaines situations oui et quand tu as ta justification derrière, clairement non. Mais je sais que j'ai souvent dit non donc peut-être que c'est pas si difficile que ça au final.

2. 4- Entretien 4

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation ou soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I4 : Alors oui, de façon très fréquente.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I4 : Alors, les arrêts de travail, les demandes de traitement que je confirme pas type antibiotiques, anti-inflammatoires.

M : D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres demandes où... ?

I4 : Les examens complémentaires type scanner, les demandes très précoces d'imagerie de la part des patientes notamment de tout ce qui est pathologie traumatique.

M : D'accord. Pourquoi les refuses-tu ?

I4 : Alors quand je pense que ce n'est pas justifié notamment les arrêts de travail, euh puis les médicaments j'argumente grâce aux recommandations. Puis les pathologies traumatiques, j'examine d'abord le patient puis euh... Si il y a besoin pourquoi pas mais sinon j'explique assez rapidement qu'il n'y a pas besoin. Et là, c'est les recommandations qui m'aident en général à dire non. Après pour l'arrêt de travail je m'aide, auprès de la sécurité sociale en me disant... Les guides de la sécurité sociale « pour une angine c'est de 5 jours je peux pas vous donner plus » euh... Enfin c'est ça quoi.

M : Dans quel intérêt penses-tu agir ?

I4 : Euh... Je pense qu'il y a le coût induit par les arrêts de travail par exemple c'est un coût pour la société. Euh... Pour ce qui est de la pression de sélection des antibiotiques et puis la crédibilité du médecin face aux patients. Euh... Dire non c'est aussi s'affirmer je pense et puis à partir du moment où on explique au patient, en général je trouve que cela se passe bien. Quand on explique son raisonnement, les recommandations, « non je n'ai pas ça à l'examen clinique », « statistiquement il y a pas besoin », « si ça empire, bah vous n'hésitez pas à revenir à ce moment-là on n'hésitera pas à faire plus si nécessaire », mais je pense que c'est bien aussi, pas de remettre le patient à sa place, mais d'affirmer aussi sa position de médecin et je pense que ça met le patient en confiance quand on arrive à expliciter le raisonnement quoi.

M : Donc quel argument pour justifier tes choix ?

I4 : Les recommandations, les expériences professionnelles et puis si ça empire ne pas hésiter à revenir. On réévalue et on change son fusil d'épaule.

M : Parfait. Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I4 : Euh... L'agressivité du patient que ce soit verbale ou parfois un peu physique, des attitudes un peu menaçantes. Ça je pense plutôt aux arrêts de travail en règle générale quand ils estiment que « bah voilà, j'ai 50 ans, j'ai beaucoup travaillé, j'ai droit à l'arrêt de travail ». Je pense que c'est la plus grosse difficulté que j'ai, c'est l'arrêt de travail. Les traitements antibiotiques, à partir du moment où on explique que 48h plus tard on réévalue,

ils sont rassurés par le fait qu'ils soient réévalués cliniquement. L'arrêt de travail, oui il y a plus de mal.

M : Donc la situation la plus difficile pour toi c'est surtout l'arrêt de travail ?

I4 : Ouais, l'arrêt de travail.

M : Pour quel patient est-ce le plus difficile ?

I4 : Euh, les patients plus âgés en général. Après je ne sais pas si c'est la crédibilité du fait que je sois interne, que je sois jeune, que je sois une fille sur quelqu'un de plus âgé. Enfin, je sais pas, par rapport à ça.

M : Est-ce qu'il y a un type d'attitude ? Un type de comportement comme directif, ce sera plus difficile pour toi ou non ?

I4 : Oui quand la personne est très déterminée, qui a beaucoup de charisme et qui se croit dans son bon droit c'est plus difficile à contrer parce que après c'est pas une lutte mais... Ouais je pense que la personnalité de la personne rentre en compte.

M : D'accord. Te sens-tu coupable de refuser ?

I4 : Non jamais. Alors non pas du tout. Autant j'ai du mal parfois à dire non, mais ... Non.

M : Mais quand tu le dis après...

I4 : Ah ouais c'est clair dans ma tête. Après il faut le faire accepter au patient (Rires.)

M : Es-tu déjà entrée en conflit avec un patient ?

I4 : Oui.

M : C'était comment ?

I4 : Euh... Bah du coup c'était un monsieur d'une soixantaine d'années qui voulait un arrêt de travail justement car il s'était fait plus ou moins mal au dos suite à un déménagement dans le week-end et c'était 4 jours plus tard. Il n'avait aucune douleur à l'examen clinique, il avait une attitude assez fermée et imposante, « je veux mon arrêt de travail, j'ai 60 ans, j'ai le droit de m'arrêter » et euh c'était impossible de rentrer en dialogue avec lui. J'étais pas fermée à l'idée de lui faire son arrêt de travail mais j'avais quand même l'envie de lui expliquer que dans les lombalgies chroniques, l'arrêt de travail a tendance à chroniciser les lombalgies. Ça je voulais lui faire passer le message mais il était tellement fermé et tellement obtus qu'il n'y avait pas de dialogue possible. Et là c'était très compliqué de faire passer le message. Ce n'était pas dans son intérêt.

M : Et comment ça s'est fini ?

I4 : Bah je lui ai fait son arrêt de travail. (Rires.) Ouais je lui ai fait car il était obtus, même pas de regard, avec une attitude fermée donc là j'ai cédé.

M : Et comment tu t'es sentie ?

I4 : Pas satisfaite. Mais même avec le recul, je ne sais pas comment j'aurais pu faire devant quelqu'un d'aussi fermé et campé sur ses positions.

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I4 : Non.

M : Jamais tu t'es ravisée ?

I4 : Dans ces cas-là, tu convaincs, tu y vas mais non.

M : D'accord. Que ressens-tu en disant « non » ? Est-ce qu'il y a de la gêne ou tu es campée dans tes positions claires avec toi-même ?

I4 : Non je suis claire avec moi-même. Et je pense que ça, ça facilite à convaincre le patient quand tu es sûre de ce que tu dis et de tes convictions en règle générale, ça passe mieux. Non, je n'ai pas trop de gêne à dire non.

M : Et pour les arrêts de travail justement, tu n'as pas trop de gêne ?

I4 : Non. Et puis quand tu expliques « La sécu, pour une angine, voilà je ne peux pas vous faire plus de tant de jours. Ah d'accord ». Ils réalisent. Ce qui me fait rire aussi c'est quand tu fais des remplacements où tu es toi-même malade, on se rend compte que les patients ont plus de difficultés à réclamer l'arrêt de travail quand ils te voient travailler toi-même malade, c'est vraiment subjectif quoi. Non je ne sais pas, je n'ai pas de difficultés à dire non.

M : Quels sont les avantages à dire « non » sur la relation avec les patients ?

I4 : Euh bah je pense que quand on arrive à argumenter euh... Ça permet d'expliquer au patient aussi le raisonnement. Ça renforce ton oui quand tu donnes un traitement du coup. Là c'est important, « autant la dernière fois, je vous disais non ce n'est pas la peine, autant là le traitement antibiotique il faut vraiment le prendre parce que ça dégénère ». Je pense que ça renforce euh... Notre relation dans le sens où on explique notre raisonnement et que le patient devient peut-être plus compliant. Quand on dit non, c'est non et quand on dit oui, et bah peut-être qu'il observe davantage le traitement et qu'il aura moins de difficulté à suivre le traitement si on dit que c'est vraiment important.

M : Ok. Quels sont les avantages à ne pas dire « non », donc à céder justement ?

I4 : Bah euh la tranquillité d'esprit. Se débarrasser des cas difficiles puis je pense que c'est à peu près tout parce que...

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » sur la relation ?

I4 : Ben il faut se battre, il faut argumenter. On peut arriver à des situations conflictuelles. (Rires.) Puis on peut ne pas revoir le patient surtout.

M : Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?

I4 : Euh... Je pense que tu te décrédibilises complètement. Qu'après il y aura de nouvelles demandes abusives, puis une fois que tu dis oui à une demande qui n'est pas fondée euh... Je vois pas comment tu peux revenir sur cette façon de fonctionner. Le patient ne va pas comprendre pourquoi tu as dit oui une fois et pourquoi tu dis non une deuxième fois. Du coup, ça instaure forcément le climat du patient réclame et toi tu es obligée de dire oui car tu l'as instauré dès le début et tu peux pas revenir là-dessus je crois.

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilisez-vous pour faire accepter le refus ?

I4 : Alors je souris... (Rires.) En fait un de mes maîtres de stage m'a beaucoup fait travailler sur le langage corporel et en fait il me disait que sourire et avoir des gestes un peu ouverts, facilitait l'acceptation du patient quand on dit non. Non avec la bouche et oui avec les mains, en fait. Et moi, je trouve que ça marche plutôt bien. « Non je ne veux pas mais... » puis tu expliques pourquoi. Ça marche... (Rires.)

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I4 : Bah ça dépend des patients. Je pense qu'il y en a qui sont mis en confiance et qui comprennent, il n'y pas de souci et je ne pense pas que ça altère la relation. Par contre, les patients qui sont obtus comme je t'ai déjà parlé, je pense que soit tu ne les revois pas et je pense qu'ils vont trouver un médecin généraliste qui a un fonctionnement plus laxiste avec les arrêts de travail et demandes de traitements. Parce que après, les patients choisissent un peu les médecins qui correspondent à leurs attentes donc euh... Quelque part tu ne sélectionnes pas tes patients mais soit tu arrives à les éduquer et à leur faire comprendre ton raisonnement et ta façon de faire, soit les patients ne sont pas satisfaits et ils iront voir un médecin qui leur plait le plus, je pense. C'est plutôt positif en fait de pouvoir leur dire non.

M : As-tu demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I4 : Oui et sans problème. (Rires.)

M : Ça ne te pose pas du tout de problème particulier ?

I4 : Aucun, après j'étais en prat chez le praticien donc la question ne se posait pas.

M : Et quand tu remplaces ?

I4 : Je n'ai pas encore remplacé. Mais je pense que je demanderais quand même.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidée pour dire « non » ?

I4 : Oui quand même on parlait beaucoup de cas pratiques avec mon maître de stage avec la gestuelle.

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I4 : Ben d'avantages de cas cliniques lors des tutorats. Alors pas les groupes Balint mais les groupes de tutorat où on exposerait des problèmes mais pas forcément axés sur la psychologie. Ça permettrait de relativiser ton non et voir que d'autres personnes n'auraient pas réussi. Ça permettrait de voir aussi comment les autres font et puis voir l'expérience du tuteur quoi.

M : Est-ce difficile de dire « non » ?

I4 : Non. (Rires.)

2. 5- Entretien 5

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation où soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I5 : Oui.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I5 : Les principales demandes ?

M : Hum...

I5 : Ceux qui me reviennent le plus en tête ? Alors arrêts de travail, antibiotiques euh... Ensuite, oh bah les somnifères, les prescriptions de somnifères. Oh c'est les trucs qui reviennent le plus souvent je dirais. Oh les arrêts de travail antidatés typiquement parce qu'ils ne sont pas venus le jour avant et que ça fait 2 jours qu'ils ne sont pas en arrêt de

travail et ils viennent te voir le mercredi en te disant « ah il faudrait un arrêt de travail daté de lundi. » C'est un grand classique ! Quoi d'autres ? ouais c'est ça les principaux je dirais.

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I5 : Parce que ce n'est pas justifié. Clairement quand tu refuses un truc tu ne les refuses pas pour embêter ton patient ou quoi que ce soit. Si tu le refuses c'est que médicalement tu n'as aucune raison de le prescrire, que ce soit l'arrêt de travail, que ce soit un traitement particulier. Euh... Voilà. Ou alors parce que ce n'est pas légal. Typiquement ils me demandent de faire des trucs genre antidater ton arrêt de travail et tu sais que tu peux être emmerdé et voilà ils te demandent des trucs pour eux, pour les arranger, « tu me ferais bien ça », euh... Voilà. Ah oui autre chose que j'ai oublié sur les trucs à dire non c'est les licences de sport comme ça sous le coude, entre deux : « ah mais vous n'avez pas besoin de l'examiner » ou des trucs comme ça. Ça c'est tous les jours. « Bah non je ne vous ai pas examiné, je ne peux pas signer votre licence ». Ça ils ne comprennent pas quoi.

M : Dans quel intérêt penses-tu agir ?

I5 : Bah dans l'intérêt du patient. Quand tu ne mets pas d'antibiotiques c'est qu'il n'en a pas besoin. Dans l'intérêt du patient, soit typiquement pour les antibiotiques, tu as une mission de santé publique puisque que tu lui mettes 8 jours d'Augmentin®, le patient en lui-même que tu lui mettes 1 fois 8 jours d'Augmentin® en trop c'est pas grave mais si tu le fais avec tous tes patients ben forcément à la fin c'est bon quoi. Donc c'est pour lui ou ouais niveau santé publique quoi.

M : D'accord. Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I5 : Bah le patient qui s'énerve parce qu'il n'est pas content et qu'il n'a pas eu son truc. Donc typiquement, bah l'arrêt de travail où tu n'as pas mis ce que les patients voulaient, où tu sais tu n'as mis que 2 jours alors qu'ils voulaient jusqu'à la fin de la semaine, genre si on est mercredi et que tu leur mets mercredi-jeudi et qu'ils te disent « oh mettez de mercredi à dimanche ». Tu dis « bah non, ça ne mérite que 2 jours » donc ils râlent. Ça ou alors tu vois très bien que le patient sort du cabinet et qu'il n'a eu aucune confiance car tu ne lui as pas mis d'antibiotiques et que lui il était persuadé, il t'as dit « moi je me connais, il me faut des antibiotiques » et du coup il est sorti du cabinet et tu sais très bien que la première chose qu'il va faire en sortant du cabinet c'est d'aller voir un autre médecin pour avoir ses antibio parce qu'il ne t'a pas fait confiance et « parce que le docteur il n'a pas mis les antibiotiques » et donc il a besoin... Il est tellement persuadé que c'est lui qui a raison que du coup il va aller voir ailleurs quoi. Euh les autres difficultés... Bah si tu as les patients qui s'énervent quoi. Ça ça arrive quoi mais bon en général tu arrives quand même à gérer le truc quoi. Et puis c'est tout, tu restes ferme sur tes positions. À partir du moment où il voit bien que tu ne lâcheras pas, que tu lui expliques pourquoi tu ne lâcheras pas, en général c'est tout il arrête là...

M : Est-ce que pour toi il y a une situation plus difficile pour dire « non » ?

I5 : Euh... Bah c'est plus compliqué de dire non typiquement dans les antibiotiques car tu sais très bien qu'en les mettant tu ne risques rien et tu ne risques surtout de le voir revenir 2 jours après en nous disant « ah bah merde vous voyez ça a mal tourné, je vous avais dit ». Parce qu'il avait une rhinopharyngite et ils reviennent 3 jours après, ils ont eu belle angine

érythémato-pultacée et « bah vous m'auriez mis des antibiotiques tout de suite, voyez... je le savais moi que ça allait tourner comme ça. » Donc voilà, typiquement là c'est un peu plus compliqué. De temps en temps de dire non, quand tu sens qu'ils sont hyper revendicatifs et hyper demandeurs et tu sais que tu as quand même le risque de les voir revenir 3 jours après avec un air un peu condescendant en disant : « le jeune docteur il est bien gentil mais il est pas terrible quand même quoi. »

M : Est-ce que pour toi il y a un type de patient où c'est le plus difficile ?

I5 : Bah... Tu as des patients qui sont plus demandeurs en soi en général de médicaments en particulier. Tu as des gens même si ils ont une maladie vraiment bénigne à partir du moment où ils ne ressortent pas avec une ordonnance qui est longue avec au moins 4 médicaments marqués dessus, ils ont l'impression que tu ne les as pas soigné même si tu leur expliques pourquoi tu ne mettais pas d'antibiotiques, pourquoi tu ne mettais pas de médicaments. Et voilà, simplement du Doliprane® et puis ils allaient guérir tout seuls parce que c'était viral bah voilà, ils ont, voilà ils sont tellement persuadés qu'ils ont besoin de médicaments que ceux-là ils sont hyper demandeurs. Après ça c'est vraiment de la psychologie... Il y a des patients qui sont contents quand tu leur mets presque rien parce qu'ils aiment pas trop se surmédiquer et puis tu as des patients, tout l'inverse, et cela clairement c'est toujours plus compliqué.

M : Te sens-tu coupable de refuser ?

I5 : Non, bah non. À partir du moment où tu leur expliques et que tu sais que médicalement ce n'est pas justifié, il ne faut pas commencer à se sentir coupable de quoi que ce soit parce que sinon tu ne dors plus... (Rires.) Vu le nombre de fois par jour où tu dis non, c'est compliqué.

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I5 : Oh bah oui.

M : C'était comment ?

I5 : Bah c'est comme je te disais tout à l'heure, qui s'énervent et qui de temps en temps finissent par se lever et par partir parce que tu n'as rien voulu lâcher sur la date d'arrêt de travail, ou machin. Et effectivement c'est embêtant car ils te disent « Moi, au travail je vais faire comment. Maintenant mon employeur il va me tomber dessus. » Mais bon si tu les vois le mercredi et que eux sont restés chez eux depuis le mercredi... Tu ne peux pas lâcher quoi. Donc effectivement il y en a qui s'énervent, j'en ai jamais eu qui sont devenus vraiment violents mais des gens qui se lèvent, qui se rapprochent un peu de toi et puis qui commencent à s'énerver et puis par claquer la porte, ça oui ça m'est déjà arrivé.

M : Et à ce moment-là, tu demandes les honoraires ?

I5 : Bah je les demande, mais si il part en claquant la porte, je ne vais pas lui courir après, appeler la police pour réclamer ma consultation à 23 € ... par contre je le note dans le dossier car en général quand c'est des patients qui sont affiliés euh bah moi en tant que remplaçant, le médecin qui le verra la fois d'après, si il voit ça il va lui en parler quoi. Il ne va pas laisser passer quoi.

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I5 : Non je suis assez buté... (Rires.) Non, honnêtement je ne pense pas avoir déjà changé d'avis sur les situations dont je t'ai parlé mais j'en ai sûrement oublié d'autres mais sur ce qui est arrêt de travail, antibiotiques, à partir du moment où tu dis non au départ en ayant réfléchi et que tu te défausses 3 minutes après, euh... Ta crédibilité elle est encore pire. Après si, si tu te rends compte que tu t'es trompé au bout de 3 minutes mais en règle générale tu as quand même le temps de réfléchir avant de leur dire oui ou non quoi. Donc tu réfléchis bien et une fois que tu as pris ta décision tu restes sur la même ligne sinon tu ne t'en sors pas quoi.

M : Que ressens-tu en disant « non » ? Est-ce qu'il y a de la gêne ou pas forcément ?

I5 : Euh... (Souffle). Ouais ça peut être inconfortable de dire non mais clairement c'est plus facile de dire oui. Tu gagnes beaucoup de temps en disant oui car tu as moins d'explications à donner, si tu dis oui ta consultation au lieu de durer 15 minutes, elle peut durer 8 minutes parce que tu as dit oui, ils sont convaincus par toi « le docteur il est formidable, il a mis ce que je voulais sur l'ordonnance et c'est parfait ». C'est beaucoup plus long d'expliquer pourquoi tu ne donnes pas un truc que de le donner, ça c'est valable pour tout pour n'importe quelle prescription. À partir du moment où tu dis oui, tu vas dans leur sens, c'est beaucoup plus simple, toujours. Et des grands sourires « le docteur est formidable », tout ça quoi. Effectivement quand tu dis non, ça peut être un peu inconfortable et un peu compliqué de dire non quoi. Tu te sens mal à l'aise car un patient pas très bien devant toi mais bon tu sais que 3 jours après ça va aller. Quand il te dit tout malheureux et tout malade : « vous ne voulez pas m'arrêter jusqu'à dimanche ? » bah ce n'est pas évident. Si il n'y avait pas de question de coup ou quoi que ce soit, tu leur dirais « ouais, prenez 15 jours si vous voulez, moi ça m'est égal ».

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I5 : Bah euh... C'est essayer de faire de la bonne médecine quoi...Euh... Quoi d'autres... Après ça dépend si on prend en compte la logique économique, l'avantage à dire non c'est qu'on est plus rentable pour la sécurité sociale. Même si toi dans ta pratique de tous les jours, tu n'es pas en train de regarder les comptes de la sécu, mais si dans ta pratique toute l'année, tu sais que tu dois faire attention et donc typiquement faire attention à tes arrêts de travail, pas en mettre moins que nécessaire mais en mettre juste ce qu'il faut et pareil pour les prescriptions médicamenteuses, bah tu sais qu'à la fin de l'année la différence elle est énorme donc ça, ça fait partie des avantages même si ce n'est pas le médecin en lui-même qui en récolte les fruits. Ça fait partie de sa mission aussi quoi.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ? À céder et finalement à dire oui ?

I5 : Ah ben c'est gagner du temps. Avoir une relation avec le patient où tout est formidable, tout le monde est content, il y a une super ambiance dans le cabinet ! (Rires.) Non mais j'exagère mais bon j'exagère à peine quoi.

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I5 : Bah la perte de temps. (Rires.) Et le risque du conflit et la plus grande difficulté à expliquer... Non si il y a plus de difficultés à expliquer la prescription quand tu dis non que quand tu dis oui.

M : Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?

I5 : Les inconvénients à céder ? Ben ta crédibilité elle en prend un coup quoi. Si tu arrives et que tu dis « c'est 3 jours » et que le patient dit « Oh ban nan c'est 7 jours », « Bon d'accord c'est 7 », ta crédibilité, c'est zéro quoi. Ça veut dire que en fait, le mec il ressort de là il se dit non mais en fait c'est à la louche, même le patient qui a décidé en rentrant dans le cabinet qu'il voulait avoir quelques jours en plus, même lui quand il va ressortir du truc et que tu as cédé il va se dire « le docteur ici, bah on en fait ce qu'on veut », tu vois.

M : Quelles méthodes utilises-tu pour dire « non »

I5 : Bah la discussion, c'est expliquer, expliquer, expliquer quitte à réexpliquer trois fois les mêmes choses avec des mots différents jusqu'à ce que tu sentes que le patient a vraiment compris. La plupart quand même, 95 % des patients, quand tu leur expliques qu'il n'y a pas besoin d'antibiotiques, que tu leur expliques bien en faisant même de la vulgarisation médicale et pourquoi son gosse de 1 an ½ il n'a pas besoin d'antibiotiques pour son angine car c'est viral à 99 % cas à son âge et que ça a été prouvé que ça va passer etc... Et qu'en plus c'est mieux pour lui de ne pas avoir trop d'antibiotiques, 95 % ils comprennent. Après, tu as toujours 5 % qui ont décidé, qui sont obtus, qui ont regardé sur internet avant et qui sont meilleurs que tous les médecins du monde et ben cela tu n'arriveras pas à les convaincre. Mais ils n'auront pas d'antibiotiques et puis c'est tout, tu auras fait ton boulot quand même.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I5 : Bah si tu as bien expliqué les choses et que ça s'est bien passé, aucune. Après, si ça ne s'est pas bien passé il ne viendra pas te voir. Mais ça, en tant que remplaçant, tu es dans un statut quand tu remplaces où les patients ne viennent pas te voir toi. Ils veulent voir d'habitude leur médecin traitant et là ils viennent voir un médecin qui est un médecin occasionnel donc dans la relation, au pire ils ne vont pas trop voir et puis c'est tout.

M : Et justement, est-ce que toi en tant que remplaçant tu vas dire oui pour faire comme la pratique du médecin remplacé ?

I5 : Non. Même si tu remplaces un médecin, c'est toi qui est derrière le bureau et qui prend les responsabilités donc euh... Si d'ailleurs je n'ai jamais eu avec un médecin que j'ai remplacé et qui me dis après coup, « ben là ça serait bien que tu fasses un peu plus ci ou un peu plus ça. » On a déjà eu des discussions mais jamais ils ont critiqué la prise en charge ou quoi que ce soit. À partir du moment où c'est toi qui remplaces, c'est ta responsabilité et personne n'a rien à redire. Si, sauf si le médecin se rend compte que tu as fait une erreur et dans ce cas-là il t'en parle la fois d'après. Mais sinon tu ne changes rien.

M : As-tu l'impression que tu arrives plus à dire « non » après un an post-internat que lorsque tu sortais de l'internat ?

I5 : Ouais, clairement plus tu remplaces et plus tu arrives à dire non. Clairement quand tu sors de l'internat, tu ne te sens pas très prêt et tu n'es pas très sûr de toi, temps en temps pour t'éviter la discussion et devoir expliquer pourquoi tu dis non qui ne va pas être évident avec quelqu'un qui est devant toi et qui a déjà préparé ses arguments euh... Il faut que tu aies toi aussi tes arguments clairs, nets, et que ce soit clair dans ta tête. Il faut que tu sois pédagogique avec lui pour pouvoir lui expliquer et ça c'est compliqué. Quand tu viens de sortir de l'internat, que tu fais tes premiers remplacements, tu n'es pas très sûr de ça, donc tu

as tendance à plus facilement aller dans le sens du patient en te disant comme ça je suis tranquille. Et ça plus le temps passe et plus justement tu prends tes décisions médicalement parlant sans prendre en compte de qui est en face de toi quitte à prendre le temps pour l'expliquer après quoi.

M : La formation en tant qu'interne t'a-t-elle aidé pour dire « non » ?

I5 : Non ! (Rires.) Non, franchement non. C'est l'expérience à force de faire des remplacements, à force de faire des erreurs aussi. Parce que de temps en temps tu dis non et puis en fait quand tu expliques tu patauges un peu après dans tes arguments et tu vois bien que tu n'as pas été convaincant du tout. Et ça c'est à force de te faire avoir 1 fois, 2 fois, 3 fois, 4 fois, après tu ne te fais plus avoir et tes arguments tu te les fais tout seul avec l'expérience. Et tu sens aussi tes patients, avec tel patient il faut plus insister sur ce genre de choses-là, il va être plus réceptif au côté très scientifique, puis il y en a d'autres, tu vas leur dis non et ils ne vont pas chercher d'explications. Tu t'adaptes à ton patient qui est en face de toi quoi.

M : Pour toi, qu'aurait-on pu faire pour l'améliorer ?

I5 : Pfff. Honnêtement ce n'est pas évident. Si, plus de stage sur le terrain quoi clairement. Car la plupart de tes stages à l'hôpital, il n'a pas de discussion oui ou non. En règle générale ils sont là pour les choses importantes, ils font entièrement confiance aux médecins qui sont dans le service, et si il n'est pas d'accord avec toi tu sais qu'il y a trois médecins au-dessus de toi qui ont aussi décidé la même décision que toi donc la décision ne se pose pas. Alors que si tu fais plus de stage en ville...

M : Tu en as eu combien de stages en ville ?

I5 : Un car le SASPAS n'est pas obligatoire et moi je n'en avais plus donc euh j'en ai fait qu'un. J'ai fait un stage de 6 mois de niveau 1 en observation et c'était vraiment un stage d'observation. Tant que ce n'est pas toi qui es derrière le bureau et qui décides de ce que tu vas faire euh...Tu ne peux pas juste en regardant le médecin de niveau 1 te dire bah c'est bon maintenant je vois comment faire pour dire non. Ça peut t'aider un petit peu mais honnêtement quand ce n'est pas toi qui est derrière le bureau à réfléchir c'est compliqué.

M : Est-ce que c'est difficile de dire « non » ?

I5 : Bah c'est plus difficile que de dire oui.

2. 6- Entretien 6

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation où soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I6 : Oui

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I6 : Les plus fréquentes, bah c'est en gros les demandes d'arrêt de travail abusives, euh « j'ai mal au dos, je ne me sens pas bien, je suis fatigué ». Ça m'est déjà arrivé de dire non, ce n'est pas facile. (Rires.)

M : Est-ce qu'il y a d'autres demandes ?

I6 : D'autres demandes régulières ? Bah oui les antibiotiques, classique. Je pense que tout le monde a dû le répondre. (Rires.) « J'ai un rhume je veux des antibiotiques. » Après c'est des prescriptions de benzo, ça aussi c'est régulièrement. Euh... qu'est-ce qu'il y a d'autre... Bah après il y a toutes les demandes de certificats par exemple « vous ne pouvez pas faire un certificat pour machin... » Enfin bon après c'est des trucs qu'on ne peut pas faire normalement. Enfin... « oh oui mais d'habitude machin il le fait... » donc là aussi il faut dire non.

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I6 : Bah différentes raisons. Par exemple, on parlait des certificats ça c'est une raison légale. Euh... Après il y a les raisons médicales donc euh par exemple les antibiotiques et qu'à chaque fois tout le monde veut. Il faut leur expliquer qu'ils n'en ont pas besoin et à ce moment-là on refuse. Hum... Après les arrêts de travail c'est aussi expliquer au patient que son état ne nécessite pas... Qu'il peut aller travailler quoi.

M : Dans quel intérêt penses-tu agir quand tu dis « non » ?

I6 : Euh... Bah l'intérêt euh... Déjà de santé publique quand il est question de santé publique. Il y a une question économique aussi quand même qui moi me revient souvent notamment sur les arrêts de travail. Je pense que voilà, je me dis que c'est la sécu qui va payer, nous qui payons les arrêts abusifs. Oui ça justifie mon refus sur certains arrêts de travail par exemple.

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I6 : Euh les difficultés... Bah il y a certains patients euh... L'incompréhension du patient par exemple qui pense que leurs demandes sont légitimes mais voilà la difficulté c'est de leur expliquer que justement que ça ne l'est pas. Et puis après, il y a certains qui... L'énervement ! (Rires.) Euh... Bon après ça ce n'est pas non plus fréquent mais ça arrive en effet.

M : Dans quelles situations tu trouves que c'est le plus difficile de dire « non » ?

I6 : Euh... Je pense que c'est les demandes d'arrêt de travail où c'est difficile justement d'apprécier l'état réel du patient. Si il va te dire qu'il ne peut pas bouger de son lit et qu'il n'en peut plus, des fois ce n'est pas évident même si intrinsèquement tu es persuadé qu'il peut aller travailler, à ce moment-là c'est pas toujours facile. Un moment où on est régulièrement mis en difficulté c'est le patient qui arrive en disant « bonjour, je ne me suis pas levé ce matin et il me faut un arrêt de travail », donc là, en général je le fais mais régulièrement si la raison euh... Est pour moi pas valable je le fais pour le jour même et point barre, même si on me demande plus.

M : Mais tu le fais quand même ?

I6 : En général je le fais quand même. Ça a dû m'arriver de dire non mais c'est vrai que c'est difficile car après ils disent « bah oui mais moi comment je fais maintenant ? » mais bon ça je pense qu'il me faudra encore plus d'expérience pour dire non là-dessus. (Rires.)

M : Est-ce que pour toi il y a un type de patient où c'est plus difficile de refuser ?

I6 : Hum... Un type de patients ? Euh...

M : Un type de personnalité ?

I6 : Les profs ? (Rires.) Hum non je ne vois pas comme ça.

M : Est-ce que tu te sens coupable de refuser ?

I6 : Non parce que si je refuse c'est que je suis persuadé de ce que je leur dis donc euh... Non je ne me sens pas coupable.

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I6 : Oui. Euh oui justement pour... C'était dans le cadre d'un arrêt de travail pour lombalgies et d'ailleurs c'était une patiente qui voyait les vacances arrivées et est venue 15 jours avant les vacances en disant « je veux un arrêt de 15 jours, j'ai mal au dos. ». Donc euh voilà, je lui ai expliqué, non je ne lui ai pas dit que je voyais clair dans son jeu mais je lui ai fait comprendre que, enfin j'ai coupé la poire en deux, j'ai mis 1 semaine je crois mais elle n'était pas contente.

M : D'accord. Et as-tu déjà changé d'avis ?

I6 : Oui ça a déjà dû m'arriver si il y avait d'autres éléments ou euh... si vraiment le patient m'explique la situation etc... Euh... Je pense que ça a dû m'arriver de changer d'avis.

M : Que ressens-tu en disant « non » ?

I6 : J'ai ressenti que j'avais fait mon travail quoi. Que j'étais légitime dans ma décision même si on n'est pas d'accord c'est juste voilà une question de faire son travail correctement je pense.

M : Est-ce que tu ressens des sentiments type de la gêne, de la préoccupation ou ?...

I6 : Bah si si, forcément ça peut arriver. Comme je disais tout à l'heure, on peut jamais être sûr à 100 % de l'état du patient, notamment quand on ne le connaît pas. Euh... Donc bon forcément parfois on peut se dire que ça va peut-être être difficile pour lui selon la décision qu'on a prise. Il peut y avoir un peu des fois quand même... Mais ce n'est pas fréquent en tout cas.

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I6 : Les avantages à dire non, c'est je pense que c'est pour l'éducation du patient. Moi en particulier, pour ces situations-là, il n'aura probablement pas la même approche si il me revoit dans la même situation sur telle ou telle demande et comprendra probablement mieux les fois suivantes si je redis non. Je pense que oui, c'est une question après d'éducation du patient. Après quand c'est ma décision ce n'est pas forcément la meilleure... (Rires.) Mais il sera à quoi s'en tenir.

M : Ok. Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ? Donc à céder à la demande ?

I6 : Les avantages ? Euh... Bah il y a déjà le fait que ça facilite un peu la consultation forcément, si on a moins d'argumentation à faire. Si le patient est vraiment, vraiment insistant, ça peut arriver qu'on dise « bon bah j'en ai marre » donc l'avantage c'est de terminer la consultation et la situation de difficulté quoi. Et après, ça dépend dans quel coin on est mais de satisfaire un peu le patient après ce sera plus dans une relation de clientèle. Mais ça je pense que ça dépend des coins et ici ce n'est pas notre cas. Mais si les médecins ont besoin de recruter les patients c'est aussi, je pense une manière de faire qu'il revienne quoi.

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I6 : Bah, par exemple là on peut aller dans le même sens, un patient possiblement pas content ne reviendra pas. Euh... Je pense que voilà dans certaines régions c'est sûrement un inconvénient de perdre des patients à cause de ça. Hum... Après non parce que si on a dit non pour une bonne raison pour moi il n'y a pas d'autres inconvénients que le mécontentement du patient.

M : D'accord. Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?

I6 : Euh... Ah bah c'est une sensation un petit peu de faiblesse par rapport au patient, d'avoir cédé au patient. C'est des situations compliquées où on a envie de dire non et puis voilà au final on dit oui. Après forcément moi je ne me sens pas content de moi. Et puis l'inconvénient après c'est que si on a cédé pour quelque chose que l'on ne croyait pas c'est aussi le risque de voir ce patient là ou d'autres de ces connaissances revenir pour la même chose et être de nouveau confronté au problème.

M : Quelles méthodes utilises-tu pour dire « non » et faire accepter le refus ?

I6 : J'explique. Je ne commence pas ma phrase par dire non, je commence par expliquer un petit peu de manière scientifique ma décision pour que le patient comprenne. Euh... Et qu'il ne soit pas, enfin essayer de faire ça le moins brusquement. Et si, en général, justement en expliquant correctement la chose au patient et en prenant le temps, il comprend et il accepte le refus.

M : Ok donc tes arguments se sont surtout les arguments médicaux ?

I6 : Ouais complètement.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I6 : Euh... Bah je pense que probablement la relation est peut-être plus saine. Je pense que le patient saura au moins que voilà, pour certaines situations il ne faut pas, il ne peut pas demander n'importe quoi. Et il se dira peut-être aussi que son médecin il a une pratique qui est correcte, qui est dans les recommandations et qu'il ne fait pas n'importe quoi, comme certains médecins qui distribuent des arrêts de travail sans réfléchir. Je pense que si c'est bien compris, ça améliore la relation avec le patient.

M : As-tu demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I6 : Oui.

M : Tu n'as jamais eu de cas où tu n'as pas réussi à faire payer des gens ?

I6 : Non. De temps en temps bah évidemment si ça prend très peu de temps peut-être mais dans le cadre d'un rendez-vous avec consultation prévue, une consultation c'est une consultation même si il repart avec rien du tout. C'est une consultation pour avoir un avis médical donc que ce soit oui ou que ce soit non, c'est une consultation donc ça me paraît normal de payer.

M : Est-ce que pour toi tu as plus de facilités à dire « non » après un an d'internat qu'en sortant de l'internat ?

I6 : Oui, oui parce que c'est évident que l'expérience et le fait de voir beaucoup de monde, ça reproduit ce genre de situations donc euh... Être amené à dire non progressivement c'est plus facile. On est plus sûr de soi parce qu'on a vu voilà plus souvent ce genre de situations. Donc maintenant je me sens plus à l'aise.

M : La formation lors de l'internat t'a-t-elle aidé pour dire « non » ?

I6 : Euh je ne pense pas.

M : Qu'aurait-on pu faire pour l'améliorer ?

I6 : Pendant les études euh... Bah disons que, pour les cours ou les stages ?

M : Les deux.

I6 : Bah si, euh... Le fait de voir en stage notamment certaines consultations qui ont d'ailleurs abouti à dire non. Ça ça m'a aidé en effet de voir que pour certaines choses et certains principes il ne fallait pas lâcher et savoir dire non aux patients sinon c'est la porte ouverte à pleins de choses. Le stage oui ça m'a ouvert, enfin ça m'a facilité un petit peu. Ensuite la formation théorique en cours, non, même si cela a été abordé. Je pense que c'est vraiment le fait d'être devant le patient...

M : Donc pour l'améliorer c'est pour toi faire plus de stages ?

I6 : Ouais.

M : Est-ce qu'en tant que remplaçant, c'est plus difficile de dire « non » par rapport au médecin que l'on remplace ?

I6 : Oui, bah oui c'est sûr que oui. En effet, on est un petit peu obligé de s'adapter au médecin que l'on remplace. Il a ses habitudes et malheureusement quand un patient arrive en étant persuadé d'avoir ceci, cela parce qu'ils ont l'habitude que ça marche comme ça c'est forcément plus difficile euh... donc dans ces cas-là je suis amené de temps en temps à céder à la demande du patient alors que si c'était un de mes patients je ne l'aurais pas fait, ça c'est sûr.

M : Est-ce difficile de dire « non » ?

I6 : Je dirais oui. (Rires.)

2. 7- Entretien 7

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation où soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I7 : Oui

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I7 : Alors la première c'est les antibiotiques, classique. (Rires.) Où les gens veulent des antibiotiques et c'est difficile de dire non car ils ont un argumentaire vraiment euh... Bah qu'ils en veulent vraiment. Une autre situation, euh c'est les arrêts de travail et la durée des arrêts de travail. Et les arrêts de travail aussi non justifiés parce que la grand-mère est malade, la femme ne va pas bien... C'est les deux grandes raisons euh...

M : D'accord. Pourquoi les refuses-tu ?

I7 : Parce que c'est moi qui choisis ! (Rires.) On ne m'impose pas les choses ! (Rires.) Non bah je les refuse quand ce n'est pas justifié et que oui je n'aime pas que... Je ne suis pas un supermarché où on me demande enfin on m'impose des choses et ce n'est pas le patient qui décide ce dont il a besoin.

M : Dans quel intérêt penses-tu agir ?

I7 : Bah dans l'intérêt du patient mais aussi euh... Dans une éthique euh comment on dit des normes de prescription. Par exemple, les arrêts de travail, oui je veux bien comprendre que quand la femme ne va pas bien, de vouloir être arrêté, d'avoir des problèmes de travail. Mais on a pas le droit et on ne peut pas le faire à tout le monde.

M : Ça a un intérêt médical ? déontologique ?

I7 : Oui c'est ça.

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I7 : Euh. Quand le patient continue et veut quand même et ne comprend pas la cause du refus, du pourquoi du refus en fait. Donc de maintenir mon non et selon les situations d'avoir euh... Comment dire, d'avoir les bons arguments. Quand j'ai les bons arguments, j'arrive à dire non de façon ferme après quand je manque un peu d'argument ou que je suis prise un peu au dépourvu j'ai parfois un peu du mal à dire non.

M : Donc pour toi la situation la plus difficile c'est celle-là ou il y en a d'autres ?

I7 : Euh... Ouais non quand le patient est trop insistant et qu'il joue sur la corde sensible. (Rires.) Donc là ouais après. Non c'est surtout ça.

M : Pour toi il y a un type de patient où c'est le plus difficile de dire « non » ?

I7 : Hum... Non pas forcément c'est en fonction de leurs demandes et en fonction du patient même et à la limite de moi aussi en fonction de ma journée, en fonction des autres patients que j'ai vu.

M : Est-ce que tu te sens coupable de refuser ?

I7 : Ça dépend pour quoi. Mais c'est déjà arrivé ouais. Là l'exemple que je donne c'était l'arrêt de travail d'un patient qui était venu me voir car sa femme subissait une interruption médicale de grossesse et que euh... Il voulait rester avec elle et quand elle rentrait de l'hôpital et il avait déjà épuisé tous ses jours de congés enfin c'est ce qu'il disait, il n'avait pas d'argent pour prendre des congés sans soldes et puis de toute façon son patron ne voulait pas lui donner. Donc j'ai accepté de faire deux jours, forcément il en voulait trois pour rentrer dans les... Je lui ai donné trois jours et pas plus et voilà je me suis dit en même temps on n'est pas inhumain. Enfin je comprenais, oui forcément mais c'était difficile de lui dire non.

M : Et à l'inverse, est-ce que c'est difficile de leur dire non ?

I7 : Sur les arrêts de travail ouais un peu.

M : Ok. Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I7 : En vrai conflit ? Non, où je m'en souviens non. Après il y en a peut-être eu mais là non.

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I7 : Ouais. (Rires.) Ouais, ouais, ouais quand vraiment les gens il ne lâchent pas je fais « bon allez ok. »

M : C'est parce qu'ils ne lâchent pas que tu changes d'avis ?

I7 : Ouais. Oui quand je vois que c'est vraiment stérile et que le mec il continue d'insister, d'insister, d'insister, que j'ai beau tout faire... (Souffle). Ouais ça m'est déjà arrivée.

M : Et à ce moment-là tu ressens quoi ?

I7 : Je me sens nulle. (Rires.) Je suis une merde. (Rires.) Je me dis que ce n'est pas bien quoi, que je ne dois pas céder mais bon parfois c'est compliqué quoi.

M : D'accord. Qu'est-ce que tu ressens en disant « non » ? De la gêne ?

I7 : Ce n'est pas de la gêne. Je me dis qu'il faut que je sois ferme et droite dans mes bottes pour arriver à maintenir mon non. C'est voilà, il faut que je sois sûre de moi et que j'explique bien. Voilà, et puis très vite quand je ne suis pas sûre de moi, ça devient compliqué. (Rires.)

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I7 : Les avantages ? Euh bah c'est sans vouloir être le médecin qui a tous les droits, c'est aussi montrer au patient bah que ce n'est pas que lui qui décide qui vient avec sa demande. C'est une discussion et qu'il y a certaines choses où, si je dis non c'est non et que ça peut être aussi dans son intérêt et ce n'est pas forcément oui à tout.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ? A céder à la demande ?

I7 : Ah bah c'est facile ! (Rires.) Et puis c'est tranquille, forcément. Si tu mets des antibiotiques à tout le monde, c'est tranquille personne ne te fait chier. (Rires.)

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I7 : Bah les inconvénients ? Oui c'est ça, tu dois expliquer, ça prend du temps. Il faut encore une fois, avoir un bon argumentaire. Il faut expliquer aux gens et se mettre en conflit avec eux. Il faut savoir s'imposer.

M : D'accord. Et quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?

I7 : Et ben ceux sont... Ouais on sent que l'on n'a pas fait bien son boulot, que l'on a pas... Enfin moi je sens que je n'ai pas été assez forte, que je n'ai pas été convaincante et que finalement j'ai fait quelque chose que je ne voulais pas faire.

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilises-tu pour faire accepter le refus ?

I7 : C'est vraiment expliquer les choses. Expliquer le pourquoi je dis non. Quel que soit le pourquoi je dis non, c'est vraiment expliquer aux patients ma position et pourquoi je le fais.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I7 : Bah ça dépend des patients. Quand c'est bien expliqué, qu'il a compris et qu'il accepte le non, bah ça va. Après quand il se braque, qu'il ne lâche pas et que finalement moi je cède bah le patient du coup m'énerve et c'est moi qui suis moins bien envers lui. Et euh. Si c'est lui qui se vexe, ben c'est la relation vis-à-vis de moi qui est un peu cassée.

M : Tu penses qu'il reviendra ou pas ?

I7 : Bah ça dépend lesquels. Oui, ça dépend dans quelles situations mais oui je pense qu'un non même s'il n'est pas content, je pense que oui il reviendra.

M : As-tu demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I7 : Ah bah oui ! (Rires.) Après je ne sais pas pourquoi tu peux dire « non » ?

M : Bah imaginons il ne vient que pour ça et qu'il repart sans rien...

I7 : Ah, oui. Euh... Je réfléchis si j'ai déjà eu un cas comme ça où le mec ne venait que pour ça. Ouais, si le mec veut, qu'il a une demande claire et que en 3 minutes je lui ai dit que non, là éventuellement je ne le ferai pas payer. Après si c'est dans une consultation et qu'il veut un truc particulier, oui je le fais payer.

M : Tu as commencé à remplacer, as-tu plus l'impression que c'est plus facile en tant que remplaçant ou en tant qu'interne de dire « non » ?

I7 : Ah bah je dis plus facilement non en tant que remplaçant.

M : Pourquoi ?

I7 : J'ai plus d'expérience et comme je disais tout à l'heure c'est mon argumentaire et la façon dont je suis sûre de mes décisions qui fait que j'arrive mieux à expliquer aux gens donc forcément maintenant j'ai plus d'expérience donc je suis plus sûre de moi et j'arrive plus à dire non aux gens.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidée pour dire « non » ?

I7 : Euh... Alors pratique oui car c'est en fonction des maitres de stage que j'ai eu parce que là notamment dans mon dernier SASPAS, j'ai eu des maitres de stage qui étaient bien et qui ne cédaient vraiment pas à toutes les demandes du patient et qui avaient vraiment leur façon de faire donc euh... Ouais ça, ça m'a appris. Et dans la formation théorique, euh... Oui aussi. Les tuteurs et les cours que j'ai eu étaient pas mal axés là-dessus.

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I7 : Euh... Bah je sais que moi je l'ai assez fait car on a eu des groupes de pairs. Mais des problèmes comme ça on en a pas trop parlé. Je pense que ça aurait pu être vraiment bien de parler de ces situations où on n'a pas réussi à dire non et pourquoi, de pouvoir en parler, voire ce que les autres peuvent te dire, enfin quelles sont les solutions que tu aurais pu faire.

M : Est-ce que c'est difficile de dire « non » ?

I7 : Oui ! (Rires.)

2. 8- Entretien 8

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation où soit ton maître de stage soit toi-même avez été amené à dire « non » à une demande d'un patient ?

I8 : Ah oui, oui.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I8 : Alors celles qui me viennent à l'esprit, c'est euh... Les renouvellements de traitement substitutifs à la méthadone ou qui dépassent le cadre, les prescriptions d'antibiotiques, euh... Rarement les demandes d'arrêts de travail abusives où ce n'est pas un vrai non car on discute de la durée. Et puis après les demandes de prescription médicamenteuses un peu bizarre genre euh... de la crème Emla® avant une épilation, ou un truc comme ça quoi.

M : D'accord. Pourquoi les refuses-tu ?

I8 : Et bah alors je les refuse dans l'intérêt du patient. Dans le cas du traitement substitutif, il y a un contrat qui est fixé et si on ne fixe pas les bornes, la thérapeutique, euh la thérapie n'a aucun intérêt et ils peuvent revenir autant de fois qu'ils veulent. On est leur dealer plutôt que leur médecin. Dans le cas des antibiotiques, parce que il n'y a pas d'indication pour éviter les effets secondaires inutiles et pour éviter enfin... Enfin pour les mesures de santé publique et pour éviter les résistances. Dans le cas des arrêts de travail, euh... Parce que c'est des

personnes qui... Alors c'est plus une confrontation entre euh... Genre la représentation du patient et la représentation du médecin où le patient estime qu'il a une rhino donc doit se faire arrêter une semaine. Voilà, on peut en discuter mais je ne pense pas que ça doit être une semaine d'arrêt. Mais encore une fois ce n'est pas un vrai non et je leur fais un ou deux jours d'arrêts. Et puis après pour les prescriptions médicamenteuses abusives, voilà il y a des gens qui demandent des choses... Comme je disais la crème Emla® pour une épilation c'est un peu abusé et je ne pense pas que ça doit être pris par la sécurité sociale et ça expose aux effets secondaires pour quelque chose qui n'en mérite peut-être pas. Et euh... Non et puis j'avais oublié aussi, en SASPAS, j'ai eu beaucoup de gens hypochondriaques et alors enfin moi je les classe comme ça qui ont des problèmes psychologiques que je classe hypochondriaques et qui sont très demandeurs d'examen complémentaires avec des demandes multiples qui ne correspondent pas à l'examen clinique. Enfin voilà, des vrais patients hypochondriaques où tout va bien mais pour eux, tout va mal. Et euh... Qui veulent toujours plus d'examen : des colos, des fibros, des IRMS, des scanners, machin. Et pareil moi, de mon expérience quand on commence à mettre le pied dans les examens complémentaires, euh c'est de pire en pire, ça aggrave la maladie et on demande toujours plus et puis ça expose aux effets secondaires de chaque examen. C'est des moments où c'est compliqué.

M : D'accord. Donc c'est surtout pour l'intérêt du patient que tu refuses ?

I8 : Oui... Ouais c'est ça et puis un peu pour la santé publique pour éviter les dépenses de santé inutiles, pour éviter l'apparition de phénomène de sélection pour les antibiotiques.

M : Quels sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I8 : Bah dire non, clairement moi je ne dis jamais non ! (Rires.) Non, non les difficultés ouais... A la fin de mon SASPAS, je me forçais et je crois que j'ai dit deux ou trois fois non vraiment non. Sinon, je crois que je ne le dis jamais et euh...

M : Pourquoi tu ne le dis jamais ?

I8 : Je ne sais pas. (Rires.) En fait j'ai l'impression que ça déclenche le conflit, en fait. J'ai l'impression que le fait de l'exprimer, tout de suite la consultation prend un tour conflictuel c'est le médecin contre le patient et euh... Que la relation est un peu cassée et que ça peut être compliquée. Personnellement, c'est compliqué quoi. On se sent tout de suite, enfin ça culpabilise un peu quoi. On ne répond pas à la demande des gens, ils nous en veulent et sont un peu... Alors que c'est la bonne manière de pratiquer la médecine, enfin moi je trouve, on se sent coupable de ne pas répondre à leurs attentes et de se projeter comme s'ils nous voyaient comme un mauvais médecin car on est pas capable de répondre à leurs attentes.

M : D'accord. Quelles situations sont les plus difficiles ?

I8 : Euh...

M : Un type de demande où c'est le plus difficile ?

I8 : ça dépend des situations. En fait ça dépend clairement des familles qui sont sympathiques, enfin quand on parle avec elles et qui nous sont sympathiques alors après c'est au cas par cas et ça dépend je pense des personnalités. Et euh... Quand les patients me semblent sympathiques effectivement je me rends compte que j'ai plus de mal à dire non. Enfin je vais plus dans leur sens, je me pose moins la question de leur dire non. Euh des gens

qui ont des vies difficiles, par exemple des gens qui ont subi des viols, euh des gens qui sont SDF ou qui ont été agressés, j'avance dans leur sens plutôt que... Alors peut-être qu'avec d'autres patients ça serait plutôt de négocier, de parler et de leur dire non. Avec eux non, je fonce.

M : D'accord. Euh... Donc pour toi le profil d'un patient où tu as plus de mal à dire non, c'est quelqu'un où tu auras de l'empathie.

I8 : Oui c'est ça.

M : Et quelqu'un qui aura un fort caractère ?

I8 : Ah oui... Ouais non ça dépend. Il y a deux niveaux, il y a le gars qui arrive survénère, moi j'ai eu ça comme ça un mec toxico, qui ouvre la porte et qui rentre dans la consultation et qui veut son renouvellement. Là, par contre, j'ai aucun problème c'est non et il sort. Voilà, c'est tout. Quand il y a limite une attaque physique, quelque chose de violent, un peu de colère, ça c'est non, ça sort tout de suite et il n'y a pas de problème. Par contre, effectivement, dans les fortes personnalités, il faut négocier... Ou les gens qui te mettes en porte à faux genre « mon médecin traitant d'habitude il fait ça » genre « ah oui mais les autres médecins ils font ça », « j'ai vu que... » Ça s'est plus compliqué.

M : Est-ce que tu te sens coupable de refuser ?

I8 : Oui bah oui c'est ce que je disais tout à l'heure. Ça dépend des patients mais ouais, parfois on se sent coupable de refuser. Euh... C'est juste que c'est dur de refuser alors que consciemment c'est clair que c'est la bonne chose.

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I8 : Oui, un de mes patients hypochondriaques. (Rires.) Ah oui, oui, oui.

M : C'était comment ?

I8 : Alors c'était quelqu'un qui avait je crois des douleurs abdominales qui duraient depuis hyper longtemps qui avaient déjà été multi explorés donc les scanners, les machins... Ah non pardon je confonds de patient. C'est quelqu'un qui avait mal à la tête et qui avait je crois un frère décédé d'une rupture d'anévrisme. Un terrain avec. Et qui voulait un énième scanner, un énième IRM alors que tout était normal jusqu'à présent et que l'examen était strictement normal. Donc je lui ai dit que « je ne pensais pas que c'était une bonne idée, et que je pensais pas qu'il n'y avait pas d'indication » et à ce moment-là il m'a dit « Je ne suis pas d'accord. » Et en fait on était déjà à 15 minutes de consultation et la consultation a duré 15 minutes de plus, de conflit où il me disait « non, je m'en fous moi tout ce que je veux c'est ça, vous me donnez mon ordonnance d'IRM et je m'en vais », je lui ai dit « non, monsieur, ce n'est pas la bonne chose pour vous. Les examens, voilà, ils doivent avoir une indication pour être donnés, pour savoir ce qu'on cherche. Là, on ne cherche rien, ça n'apportera rien de bon, etc. etc. » Ce patient est sorti fâché en disant que de toute façon il allait voir un autre médecin.

M : As-tu fais payer la consultation ?

I8 : Lui, oui j'ai fait payer la consultation. Il a payé oui. Je n'ai jamais eu de patient avec qui je suis rentré dans ce genre de conflits et qui a refusé de payer la consultation.

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I8 : Oui, j'ai déjà changé d'avis parce que en fait euh... Bah je considère que parfois, enfin ça dépend, quand ce sont des demandes d'examens qui ne sont pas forcément justifiées, mais que ce ne sont pas des demandes pathologiques comme ce patient qui en fera toute sa vie tant que l'on aura pas pris la peine de lui expliquer que son problème est somatique. Euh... Quand c'est des gens angoissés ou en ce moment je suis aux urgences pédiatriques, je ne sais pas il y a une mère qui était très angoissée car sa fille faisait des otites à répétitions, là elle venait et elle voulait voir l'ORL. Bon bah je l'ai envoyée à l'ORL, j'ai fait un courrier à l'ORL. Pareil, une maman qui avait des douleurs à répétition chez la gamine, avec un examen strictement normal et qui avait déjà été exploré. Mais elle voulait une nouvelle échographie.

M : Pourquoi tu leur as fait ?

I8 : Encore une fois, je pense que l'on n'était pas dans une demande pathologique à savoir que l'on est pas dans un circuit de toujours demander des examens complémentaires, enfin voilà et que... Comment dire. Ce ne sont pas des examens irradiants, ce ne sont pas des examens invasifs et que les effets secondaires des patients, enfin j'ai trouvé qu'ils étaient limités et qu'un des bénéfices c'était de montrer que tout va bien et que la deuxième chose c'est que ça pouvait rassurer la famille.

M : Que ressens-tu en disant « non » ?

I8 : Eh bah, oui beaucoup de culpabilité, et limite de la honte. Les rares fois où j'ai dit vraiment non je me sentais un peu rougir en même temps.

M : Tu te rappelles des situations ? Pourquoi avais-tu de la honte à ce moment-là ?

I8 : Alors je ne me rappelle plus trop des situations. Je me rappelle toujours de la situation du toxicomane qui est rentré dans mon bureau sans prévenir et euh... Non lui je n'avais pas de honte en fait. C'est toujours les consultations avec les patients hypochondriaques que j'ai eu quand j'étais en SASPAS. Je ne sais pas, je ne sais pas pourquoi je culpabilise. C'est peut-être parce que il y a un décalage entre mon interprétation de ce que je comprends du patient et ce que le patient comprend de lui-même et de ce que je peux faire pour lui. Et du coup il y a, je dis non mais je sais qu'il va y avoir une incompréhension et du coup ça me fait un peu culpabiliser quoi.

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I8 : Et bah quand on... Au moins on n'est pas dans le flou. C'est de poser les bases en fait. Une fois que l'on a dit non et que c'est dit, c'est clair pour le patient on est pas en train de, d'esquiver en inventant des excuses plus ou moins bonnes et puis en inventant toujours car lui il a des arguments pour dire non. Une fois que le non est dit, le patient sait la position du médecin. Alors après ça ne coupe pas court à la discussion mais au moins les positions sont claires et je pense que ça, ça aide à une meilleure compréhension. Enfin une meilleure relation avec le patient. Et juste pour revenir à la question d'avant, en fait je sais aussi pourquoi c'est difficile de dire non. C'est juste une histoire aussi d'autorité parce que dire non c'est assumer l'autorité du médecin qui en fait a une autorité et pose un cadre vis à vis du patient et juste que en tant qu'interne avec des patients plus âgés que moi et qui ont parfois plus d'expérience dans leurs maladies, dans l'éducation de leurs enfants etc etc... Euh... Je ne me sens pas légitime de le faire quoi. D'où la culpabilité c'est à dire que j'utilise une autorité,

je me regarde avec un peu de recul et je me dis "non mais mec qu'est-ce que tu es en train de faire". C'est plus sur la légitimité de l'autorité.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ? Donc à céder à la demande du patient ?

I8 : Et bah euh... Peut-être éviter le conflit et une consultation qui dure moins longtemps. Euh... Et puis parfois bah la demande du patient, même si elle n'est pas légitime d'un point de vue médical euh... Elle peut trouver sa légitimité dans autre chose, par exemple rassurer un parent, rassurer quelqu'un etc. et que même si de notre point de vue médical on peut être opposer à ça initialement, euh... La position du patient que c'est important pour lui ça peut devenir un argument qui fait tourner la balance pour le oui.

M : D'accord. Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I8 : Les inconvénients ? Ça peut déclencher des conflits si c'est utilisé au mauvais moment, ça peut faire exploser une consultation et après du coup ça peut durer pendant des heures et des heures, ça peut être très compliqué.

M : Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?

I8 : Ah bah alors... ça devient une catastrophe ça. (Rires.) À devenir un mauvais médecin ! Non je ne sais pas. Du coup, ne plus se retrouver dans ce qu'on fait, on a même plus foi dans le métier, dans le fait que c'est le médecin qui a une expertise pour soigner le patient et que là du coup c'est le patient qui décide systématiquement de son... De ce qu'il veut quoi. C'est de la consommation et ce n'est plus de la médecine quoi dans le sens où le médecin n'a plus son mot à dire et qu'il est là pour prescrire. Euh... Enfin voilà l'expertise c'est le médecin qui l'a et on doit avoir une certaine forme d'autorité et être capable de dire non dans certaines situations quoi.

M : Quelles méthodes utilises-tu pour dire « non » sereinement ?

I8 : Alors pleins de méthodes ! (Rires.) La meilleure de toutes les méthodes c'est d'identifier le problème le plus tôt possible dans la consultation par exemple dans la prescription d'antibiotique pour euh... Les parents qui pensaient que leur petite avait une otite alors que c'était une angine et c'était cramé depuis le début qu'ils voulaient un antibiotique car j'étais le deuxième médecin qu'ils voyaient et ils n'avaient pas eu d'antibiotique. Et donc du coup quand on le sait dès le début, on prépare le terrain bien en amont. En fait on explique à chaque étape, on explique pour en arriver au bout de la consultation « non, je ne prescris pas d'antibiotique. » Dans l'exemple de l'angine, il y a plusieurs types d'angine, plusieurs types de microbes, là j'examine si j'ai une angine, je fais un Streptotest® si c'est positif, si c'est négatif. Ah c'est négatif donc c'est viral, donc ce n'est pas voilà... Et donc du coup quand on arrive à la fin, la démonstration est un peu magistrale mais si on a eu l'adhésion des parents à toutes les étapes ben à la fin ils disent « ok, d'accord », et ça, ça marche bien. Après ça c'est quand on identifie le problème tôt. Quand il y a un problème qui nous tombe dessus comme ça, il y a la possibilité de dire non et pareil encore une fois, le mot non. Mais ça demande un peu d'expérience pour être bien utilisé. Moi, je le faisais à la fin de mon SASPAS, je l'ai fait 2, 3 fois et ce n'était pas mal. Et sinon, c'est toujours avec des arguments et montrer que l'on est pas d'accord et que le demande du patient n'est pas forcément justifiée et que du coup on ne mettra pas une réponse positive.

M : Après le refus, quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I8 : Et bah c'est variable. (Rires.) Par exemple sur mes patients hypochondriaques, il n'y en a qu'un qui n'est plus jamais revenu me voir. Lui, pour le coup, il n'a pas supporté que je puisse être contre son avis et n'est plus allé voir de médecins dans le cabinet, je crois. Par contre, les autres ça s'est bien passé, comme quoi... Non, la plupart du temps, ils reviennent me voir et voilà.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidé pour dire « non » ?

I8 : Bah moi je trouve que oui. Alors j'ai fait les groupes Balint. Tout le monde n'est pas d'accord mais moi j'ai trouvé ça super bien. En fait c'est pour essayer de comprendre ce qui joue notamment dans les consultations, les jeux de pouvoir. Et puis surtout mon maître de stage en SASPAS, qui me disait « mais tu dis non parfois ? » Et je lui dis « Bah non, je ne dis jamais non », et lui « bah essaye de dire non, tu verras tu seras plus clair avec les patients, ta demande sera mieux comprise, ton discours sera plus cohérent. » A la suite de ça, effectivement la consultation était plus claire et plus satisfaisante pour les deux personnes.

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I8 : Ça aurait pu être bien d'avoir des cours de communication, où on rapporterait un cas où c'était difficile dans le cas d'un jeu de rôles. Décortiquer tout le truc, sur le plan médical et puis surtout sur le plan relationnel, qu'est-ce que l'on fait pour communiquer dans ces cas-là. Ce ne serait pas mal. Mais bon c'est surtout l'expérience qui compte et la manière dont on occupe son rôle de médecin et qu'on prend sur soi l'autorité que l'on doit avoir vis à vis des patients.

M : Est-ce difficile de dire « non » ?

I8 : Ah oui, oui c'est super dur. A chaque fois que je dis non, j'ai l'impression de rougir. (Rires.) Je pense que ça se voyait, une sorte de tentative quoi.

M : Mais si tu étais en accord avec toi-même, pourquoi rougir ?

I8 : Oui, oui c'est ça. Moi je ne suis jamais sûr à 100 % et c'est là que ça vient aussi de la personnalité quoi. Je ne suis jamais sûr à 100 % ou rarement et donc du coup dire non, ça me fait rougir. J'ai toujours peur de l'argument qui va me contredire et avec lequel je vais être d'accord et donc du coup revenir sur mon non.

2. 9- Entretien 9

M : Dans ta propre expérience, as-tu s été témoin d'une situation où soit ton maitre de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I9 : J'imagine mais comme je te disais je ne sais pas trop, j'ai pas souvenir d'un truc vraiment conflictuel en tout cas.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I9 : Alors les demandes plutôt des prescriptions je dirais. Ou alors non des examens complémentaires, ouais plus des examens d'imagerie, des tendinites, des trucs comme ça où les gens ont vraiment l'impression que la radio ou l'écho va vraiment leur apporter quelque

chose alors, alors que tu es dans un truc très aigu mais du coup bah je trouve que ça n'a jamais vraiment posé de problème. Tu leur expliques qu'il n'y a pas forcément d'intérêt tout de suite, que l'on va attendre et faire un traitement symptomatique par exemple et que si ça se poursuit on le fera après.

M : D'accord. Donc pour toi ceux sont surtout les examens complémentaires ?

I9 : Oui je pense, forcément il y a aussi les médicaments. Alors moi avec mes maitres de stage, il n'y a pas les antibio tout ça parce que franchement les patients ils sont super éduqués et que ça fait longtemps qu'ils ne se battent plus avec ça. Euh... Peut-être sur les psychotropes et les antalgiques. Ils vont pousser un peu plus et il va falloir faire de la négociation. Après les psychotropes, souvent les patients gagnent. (Rires.)

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I9 : Bah parce que ce n'est pas justifié. Quand tu refuses, c'est que ce n'est pas justifié alors après tu parles de quoi, tu as une négociation avec le patient et soit tu arrives à te mettre d'accord sur le fait que bon ça peut avoir un apport ne serait-ce que de se rassurer par exemple que de lui prescrire un examen par exemple soit vraiment tu estimes que cela n'a aucun intérêt et tu arrives toi-même à lui expliquer, tu vois qu'il y a une adhésion derrière donc tu ne prescribes pas.

M : Dans quel intérêt penses-tu agir ?

I9 : Bah il y a un intérêt de santé publique mais ça c'est logique. Mais oui au-delà de ça je pense que tu as envie de faire les choses bien alors comme toi tu penses et tu as aussi envie d'éduquer tes patients à réfléchir de la même manière. C'est-à-dire, oui, je pense qu'au niveau examen complémentaire bah le coût de santé publique, des irradiations inutiles et par contre au niveau médicaments c'est éviter l'iatrogénie. Moi, je sais que si je peux me passer des médicaments et que je peux trouver une méthode alternative plutôt que donner un cachet, je le fais.

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I9 : Il faut prendre le temps. Je ne sais pas s'il y a des vraies difficultés quand tu as le temps. Après quand tu n'as pas le temps, oui effectivement la difficulté est que tu vas être trop brusque, tu n'auras le temps d'être dans cette négociation justement et du coup bah le contact ne va pas se faire, le patient ne va pas comprendre et là ça peut te mettre en difficulté mais si tu arrives à prendre le temps en tout cas... Enfin je n'ai pas de souvenir où cela a été vraiment compliqué. Après, moi pour l'instant je suis en stage ambulatoire et il y a vraiment cette confiance entre le patient et son médecin traitant donc je pense que c'est facile. Alors que quand on était en stage hospitalier, il n'y a pas cette relation de confiance et le patient accepte moins le non, je pense.

M : Quelles situations sont les plus difficiles ? Y-a-t'il un type de situation où c'est plus difficile de dire « non » ?

I9 : Ouais peut-être la psy. Quelqu'un qui te demande des anxiolytiques à tout prix bah... Euh que toi tu estimes qu'il n'en a pas besoin et qu'il va falloir travailler autrement, ça ne va pas suffire. C'est un peu compliqué. Après euh... Je ne sais pas.

M : Pour quel patient est-ce le plus difficile ?

I9 : Les petits vieux peut-être. (Rires.) Je pense que les jeunes ils sont quand même plus aptes à te faire confiance, à essayer et si ça ne marche pas à revenir sur la demande mais voilà. Alors que les personnes âgées, souvent ils vont dans ton sens, « oui je comprends très bien docteur, machin », tu as l'impression de réussir et à la fin ils te disent « n'oubliez pas de mettre ça sur l'ordonnance par contre. » (Rires.) Et là tu te dis, ça n'a servi à rien, ça n'a pas du tout marché. Elle n'a pas voulu me vexer la mamie mais elle s'en fout, elle veut son Imovane®. (Rires.) Raté.

M : Te sens-tu coupable de refuser ?

I9 : Non. Je n'ai pas de mal à dire non. Ah bah tient l'autre fois, j'étais en autonomie et j'ai eu un patient avec un truc tout con, qui était au cabinet alors qu'il venait de Nantes, qui venait pour une rhino, qui était hyper inquiet, qui me disait que son médecin lui prescrivait des antibiotiques donc il fallait que... Après il me demande un certificat de sport, après... Tout ça c'est au fur et à mesure de la consultation et à la fin il me dit qu'il n'a pas pu aller à son école de commerce parce que à cause de sa rhino, il n'y a pas été depuis 3 jours donc que je lui fasse un certificat antidaté. Donc je lui ai dit non et effectivement quand j'ai débrieffé avec mon maître de stage, voilà, on en a conclu que j'avais vraiment enfin que ça m'avait posé aucun problème. Moi, je sais que si je ne suis pas sûre de moi ça va être problématique mais dans ces situations comme ça, tu vois par exemple qu'il se fout de ta gueule ben... (Rires.) Je n'ai vraiment pas de problème à dire non. Après, quand tu es moins sûr c'est plus difficile. Si tu sais bien justifier ton non, il n'y a pas de souci à le faire.

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I9 : Bah si on lui répond bien, non ce n'est pas un souci. Après il part, il n'est pas satisfait mais non je n'ai pas eu de conflit. Là, dans ce stage ambu après à l'hôpital ça arrive pleins de fois. Mais en libéral, non, je n'ai pas le souvenir d'un vrai conflit.

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I9 : Oui, oui dans cette idée de... Parfois tu ne peux pas imposer le non dans certaines situations tu dois le négocier avec le patient et si la négociation elle n'aboutit pas ou que tu arrives à comprendre ce pourquoi il te demande quelque chose où principalement tu ne l'aurais pas prescrit mais si tu arrives à comprendre pourquoi il le veut, oui. Il ne faut pas être borné non plus. Comme je te disais, parfois des choses recos, qui ne seraient pas voilà, mais qui vont être permettre de se rassurer via certains examens, je veux dire prescrire une écho une fois, bon, c'est pas hyper cher, ce n'est pas irradiant, et apparemment ça peut le tranquilliser donc voilà.

M : Que ressens-tu en disant « non » ?

I9 : Ce que je ressens... Ça dépend pourquoi je dis non. (Rires.) Je suis restée chiante donc j'aime bien en général ! (Rires.) Euh, je ne sais pas. Bah j'aime bien aussi quelque part bousculer un peu les gens et quand ça marche quand toi tu es sûre de toi, et que le patient derrière comprend pourquoi, c'est plutôt agréable car tu es dans un truc un peu éducatif que moi j'aime bien. Après euh... Ça dépend la raison du non. Ce n'est pas le non en tant que tel qui va me gêner.

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I9 : Je ne sais pas s'il y a des avantages... Après c'est comme dans toute relation, il y a des règles à établir, des compromis à faire. Je pense qu'effectivement si tu dis oui à ton patient et que tu n'es pas d'accord toi-même sur ce que tu vas faire, donc déjà toi tu n'es pas bien quand tu rentres le soir et clairement la relation elle se déséquilibre et tu te fais bouffer par le patient et tu perds un peu ton identité de médecin. L'avantage à dire non c'est ça, c'est d'être « bien dans tes baskets », d'être en accord avec toi ce que tu penses et dans la relation, d'avoir un certain équilibre avec le patient et qu'il voit que c'est réfléchi, que tu ne vas pas tout lui donner quand il veut quelque chose. Tu n'es pas prescripteur mais plus médecin et qu'il y a des choses où tu vas être d'accord et d'autres où tu ne vas pas l'être.

M : Quelles sont les avantages à ne pas dire « non » ?

I9 : Bah je pense que tu ne peux pas toujours dire non, après il faut faire attention à ce que tu vas céder mais toi si tu as envie de dire non et que tu vas dire oui, voilà il va y avoir de la réassurance comme on disait tout à l'heure et puis sur des petits trucs qui fondamentalement tu ne feras pas, puis qui sont pas graves. Je pense que tu ne peux pas dire non tout au long d'une consultation. Il y a des consultations où tu dis non tout le long quoi. Les trucs de viro chez l'enfant où tu ne t'en sors pas, les pschitts, les machins, les trucs et puis bon à partir d'un moment tu finis par prescrire le pschitt pour le nez plutôt que le sirop pour la toux. Bon, parce qu'il y a des moments où tu ne t'en sors pas, tu sais très bien que ça ne marchera pas. C'est dans l'idée qu'il ne va pas être bien à ta sortie de consult et il ne va pas du tout être rassuré. Après moi j'essaie d'éviter le plus possible, parce que je pense que c'est notre génération aussi où on ne nous a pas mal formaté à pas prescrire des choses inutiles. Je pense que nos prats le font moins ; ils cèdent plus sur ces petits trucs là. Après peut-être que quand je serai seule je céderai plus aussi, je ne sais pas trop.

M : Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ? À céder ?

I9 : Euh... Par se faire bouffer quoi, il ne faut pas que ça déséquilibre la relation quoi. Je pense que quand tu cèdes, il y a des compromis à faire, il y a de la négociation à avoir donc je pense que c'est bien. Si tu arrives à convaincre le patient parfois, je pense que lui aussi peut arriver à te convaincre. Du coup il faut que ce soit bilatéral et si tu cèdes tout le temps avec en plus utiliser un mot un peu fort « céder », tu vois ce n'est pas... Ça veut dire vraiment tu dis oui alors que tu n'y croyais pas, il ne faut pas que toi en tant que prescripteur tu sois mis en échec de ta prescription.

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilisez-vous pour faire accepter le refus ?

I9 : L'éducation. Après ça c'est un peu... Tu en parles, tu expliques vraiment les raisons du pourquoi, quelle est la pathologie et donc du coup pourquoi c'est inutile de faire un examen qui ne t'apportera pas de solution soit parce que tu n'y verras rien ou que ça ne changera rien à ton symptôme et puis pour les médicaments c'est pareil. Ça me paraît assez simple d'expliquer pourquoi un médicament est inutile. Donc l'éducation oui pour expliquer.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I9 : Alors ça dépend du refus. Si c'est le refus pour le pschitt pour le nez, je ne suis pas sûr. Alors si c'est itératif, ça peut changer quelque chose mais si c'est une fois, ça ne change rien. Maintenant si c'est une nana qui fait une attaque de panique, qu'elle a une douleur abdo,

qu'on refuse le scanner, je n'en sais rien mais euh... Je ne sais pas. Je pense que ça dépend de la situation, ça dépend du non, ça dépend de ce qui en découle derrière et encore une fois si tu as bien expliqué... Majoritairement à chaque fois mes prats y arrivent et moi quand je le fais et qu'ils sont derrière, ça se passe bien aussi. Je pense quand les patients ont confiance, tu n'as pas à imposer le non en fait. Quand tu l'imposes ça peut devenir conflictuel.

M : As-tu demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I9 : Oui, oui, oui. Bah ça reste une consultation où souvent tu prends le temps d'expliquer. Après bah si le patient n'est pas satisfait, libre à lui d'aller voir quelqu'un d'autre. Mais toi tu as bien fait ton boulot et tu es à peu près droit dans tes baskets et tu as essayé de lui expliquer, pas de le convaincre car ce n'est pas le bon mot. Mais oui de lui expliquer après s'il ne partage pas ton point de vue bah... Tant pis.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidée pour dire « non » ?

I9 : Non. (Rires.) Déjà je savais dire non avant. On a absolument zéro formation en communication donc euh...

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I9 : Bah nous former dans la communication ! (Rires). Arrêter de nous parler de vaste concept comme la relation médecin-malade et nous donner des outils un peu plus pratiques de communication avec le patient. Il y a pleins de trucs en fait.

M : Est-ce difficile de dire « non » ?

I9 : Non ! (Rires.)

2. 10- Entretien 10

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation ou soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I10 : Euh... Je n'en ai pas en mémoire mais oui oui.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I10 : Les demandes ? Ce qui est le plus fréquent, je peux commencer par ça. Alors, les arrêts de travail, c'est la prescription d'antibiotiques et puis après c'est la prescription de bilans biologiques, de check-up, de quelque chose comme ça. Quand les patients arrivent et t'avancent une liste de courses d'examen biologiques à faire et voilà il faut la faire, soit parce que c'est une fréquence qui ne te paraît pas forcément adapté mais il faut des examens, et puis sinon les antibiotiques dans tout ce qui est syndrome infectieux qui passe pas depuis quelques jours.

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I10 : Parce qu'on m'a appris. (Rires.) Parce que je me base sur une connaissance universitaire, l'apprentissage de la médecine théorique, enfin celles que l'on nous a appris. Euh, les antibiotiques, enfin je pense que tu es au courant et que tu as appris justement à savoir dire non. Enfin, toutes les conférences de consensus qui sont surtout pour nous montrer quand est-ce qu'il ne faut pas prescrire des antibiotiques, dans quelles situations ils pourraient nous

dire là il en faut, là il en faut pas. Euh... Pour les arrêts de travail quand ça paraît abusifs, et je dirais même plus qu'abusifs quand ça nous paraît bénéfiques pour le patient surtout à moyen et long terme. Là où tu viens à dire non c'est quand la demande du patient elle n'est pas claire, que ça marque une angoisse, de ne pas comprendre ce qui lui arrive. L'arrêt de travail, quand il voit pour unique solution un problème qui n'est pas forcément professionnel, mais aussi familial et qu'il voit dans l'arrêt dans le fait de ne pas aller au travail, une soupape, une parenthèse. Je dirai que je dis non dans les arrêts de travail quand il se renouvelle, c'est une demande récurrente. Et puis dans les demandes biologiques, aujourd'hui quand on trouve quelque chose on a toujours une maladie. Donc les gens ont peur pour le cholestérol, pour le diabète, pour la thyroïde aussi, et demande un peu à tout va. Donc qu'est-ce qui m'amène à refuser bah ma posture de médecin, de soignant qui n'est pas forcément évident à incarner quand on est jeune parce que l'on ne se trouve pas forcément légitime ou alors pas assez de barbe... (Rires.) Dans le regard, dans la posture on ne se sent pas assez médical. Euh... Donc c'est la posture de soignant, ça peut évoquer la posture de parent. « Bah non, je sais ce qui est mieux pour quelqu'un, même s'il est plus âgé, qu'il a plus d'expérience que moi, je sais ce qui est bon pour lui. » Il faut aussi s'imposer comme une figure soignante et savoir dire non c'est aussi mettre des limites. C'est pour ça que je fais le parallèle avec les parents, c'est savoir dire non.

M : D'accord. Et dans quel intérêt tu penses agir quand tu dis « non » ?

I10 : Dans l'intérêt du patient et puis après je pense aussi « une thérapie pour soi, pour se sentir médecin », parce que être toujours dans la compliance et être d'accord vis à vis du patient, je pense qu'à un moment où ça me ferait tiquer et je me dirais il y a quelque chose qui ne va pas. Soit je refuse d'affronter quelque chose ou l'opposition, l'affrontement soit je suis trop compliant et je ne veux pas avoir de problèmes. Mais encore une fois, l'intérêt du patient surtout aujourd'hui, je pense que les gens ne sont absolument pas intelligents dans la perception de voir les choses et de comprendre les choses mais aussi de se formater dans un progrès scientifique où finalement tout a une explication, tout a une cause bien spécifique et finalement l'aléatoire, l'inconnu les effraient complètement. Donc euh... Dans l'intérêt du patient et puis après même encore aujourd'hui, c'est une sorte de rite initiatique pour tout jeune médecin de savoir dire non. Voilà d'autant plus un mec de 40-50 ans où on se dit qu'au niveau de l'expérience ça ne joue pas du tout en notre faveur mais si, il faut s'incarner en tant que médecin et se dire qu'on est plus légitime en ayant fait 6,7,8,9 ans de médecine qu'en ayant fait, que quelqu'un qui a 50 ans qui n'y connaît rien et qui a des aprioris là-dessus. Donc euh... Savoir dire non c'est aussi comprendre comment le patient approche sa demande c'est-à-dire est-ce que c'est un anxieux, est-ce qu'il a peur de mourir, peur d'être malade. C'est comprendre son mécanisme pour un peu le retourner contre lui en tout cas lui montrer que dans sa demande il n'a pas de bénéfice pour lui.

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I10 : Bah la première elle est verbale tu vois. Dire non, c'est le placer. Je pense pour que le message soit clair, il faut quand même le dire. Il ne faut pas dire « oui, alors on va revoir... », il faut à un moment dire non car une fois que tu dis non, il y a un blanc qui est je pense un

peu angoissant pour le médecin car ça laisse une possibilité pour le patient de répondre. Enfin, on ne sait jamais comment il va réagir. Et puis après l'argumentation, pourquoi tu dis non et puis c'est là qu'il faut que tu déconstruises l'apriori du patient, euh. Et ça ce n'est pas évident à faire. En donnant des arguments médicaux, euh... L'étape c'est que si tu es sûr de toi c'est de maintenir ce non quoi. Après... Euh.

M : Quelles situations sont les plus difficiles ?

I10 : Ouais quand il n'y a pas de temps. Quand le mec qui vient juste pour un certificat médical et que il a 5 minutes et que tu te dis bah non il faut un ECG (électrocardiogramme) et qu'il aille chez le cardio, euh... Ouais ceux qui sont pressés, les cadres, ceux qui ont une journée à cent à l'heure. C'est quand tu as une salle d'attente qui est bondée et que tu te dis « bon, il va me falloir 10-15-20 minutes pour expliquer pourquoi », c'est là, quand tu n'as pas de temps et que ça risque de finir en clash, que le patient s'en va et que finalement tu n'as pas pu développer pourquoi. Tu te dis, merde... Une autre situation... euh. Ou alors c'est quand il y a un patho.

M : C'est quoi un patho ?

I10 : Un patho c'est un patient qui pleure, qui fond en larmes, qui joue sur la corde sensible. Soit tu es complètement indifférent, soit si elle te dit « je veux un arrêt de travail parce que je ne m'entends pas avec ma collègue », tu vas dire non et là elle te dit « ouais, mais j'ai un enfant autiste et mon mari me bat » (Rires.) Et « j'ai cassé mon talon », voilà tu vas te dire « oulah, c'est difficile. » Mais bon, il faut, tu ne dois pas... Manque de temps, le contexte misérabiliste du patient et puis quand toi tu as un doute. C'est-à-dire quand c'est hors consensus et que euh... Pause. Après si tu as un doute, il vaut mieux je pense dire « bah écoutez revenez. » Genre tu as un nodule thyroïdien de 6 mm, enfin de 1,5 cm, est-ce qu'on ponctionne ? Si tu as un doute, tu dis « écoutez, je vais rechercher » et puis tu le fais revenir. Non finalement s'il y a un doute, faut pas laisser le patient s'engouffrer dans le doute mais faut pas non plus euh... Enfin il faut aussi parfois lui dire que tu ne sais pas et passer la main.

M : Pour quel patient est-ce le plus difficile ?

I10 : Je te dis les cadres, les cadres qui sont un peu... Les gens avec un niveau socio-économique élevé qui ont fait des longues études, qui connaissent un peu la science parce que ils ont fait un peu de biologie. Des gens qui de prime abord n'aiment pas trop les médecins, soit parce qu'on gagne trop d'argent soit parce que voilà. Euh... Après les gens voilà, typiquement l'homme de 45 ans, cadre supérieur, voilà qui a sous ses ordres au bureau quatre, cinq, six personnes, chef de famille, voilà il ne faut pas que ça traîne, il ne faut pas qu'on conteste. Là, c'est difficile. Je pense essentiellement ça.

M : Te sens-tu coupable de refuser ?

I10 : Non, sinon tu arrêtes médecine. (Rires.) Sinon c'est trop dur. Non encore une fois, si tu as trop de mal à dire non, il faut partir du point de vue, c'est des enfants qui savent pas et moi je suis l'adulte donc je sais pour eux. Même si ça peut paraître arbitraire et totalitaire. Encore une fois, on a fait 10 ans de médecine et 10 ans d'études, on a une légitimité et une crédibilité dans ce qu'on est. Tu peux paraître 12 ans et avoir fait 10 ans de médecine. Voilà, si tu ne t'appuies pas là-dessus c'est trop dur donc euh... Non et puis après on est toujours

pour le patient dans une bienveillance et puis parce que on pense dans son cas que c'est mieux qu'on refuse. Donc ce n'est pas évident mais il faut pas avoir une vague de culpabilité car sinon c'est dur quoi. C'est impossible de dire non si après tu culpabilises... Bon...

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I10 : Oui. C'était à propos ; il demandait, il avait je pense 65 ans, j'étais en SASPAS, il tombait sur l'interne donc déjà il n'était pas content, et puis il voulait entre autres dans sa demande, il voulait un bilan lipidique et le dernier datait de 3 mois. Donc il en voulait un pour contrôler. Je lui ai dit « bah c'est tous les ans, ce n'est pas la peine donc je ne vous le fais pas. » Là, il est entré en conflit en me disant « le docteur X, mon médecin traitant me le fait tous les 3 mois, ce n'est pas ... », il ne m'a pas dit comme ça mais c'était un peu le message. Ce n'est pas un jeune morveux qui va changer mon habitude, je suis très bien comme ça, je veux ça. Et donc, j'ai maintenu le long et ça n'a débouché sur rien si ce n'est, ça n'a fait qu'aggraver la tension. Donc ce que j'ai fait c'est que j'ai dit « bon je vous fais le bilan, et si on se revoit dans 3 mois, je ne vous le ferai pas, je vous préviens c'est comme ça. » Et j'ai résolu, je pense que ce n'était pas mal. Ça permettait, non pas que le patient se sente « tout puissant » et qu'il se dise bon bah les jeunes, j'ai ce que je veux et que... Finalement ça le légitime dans sa demande c'était de lui mettre une limite non pas à posteriori mais à l'avance. Je veux dire voilà, la prochaine fois vous saurez que je vous ai dit non et que je vous ai prévenu. Il n'y aura pas à discuter. J'ai réussi à mettre un cadre, non pas dans le présent mais dans le futur. Je l'ai revu trois mois après, il est retombé sur moi et je ne lui ai pas fait et il ne me l'a pas demandé.

M : D'accord. As-tu déjà changé d'avis ?

I10 : Ah, je pense que ça a déjà dû m'arriver. Je n'ai pas d'exemple précis en tête mais pour un arrêt de travail ça a déjà dû m'arriver. Parce que encore une fois, il y a un moment où tu te dis, enfin c'est toujours le soir, en fin de consultation, où tu es fatigué car ce que je dis c'est très bien mais dans la pratique quand tu es fatigué, si c'est un jour chiant où tu n'as pas envie de rentrer en conflit euh... Je pense que j'ai dû faire un arrêt de travail. Mais je pense que j'ai dû le dire de la même façon « bon la prochaine fois, non », enfin je dis toujours un truc comme ça pour éviter qu'il y ait une sorte de cercle et que le patient revienne. Mais sinon je n'ai pas d'exemple clair où l'argumentation du patient m'ait retournée ou alors j'ai pris en compte un paramètre que je n'avais pas pris en compte qui change complètement mon raisonnement.

M : Que ressens-tu en disant non ?

I10 : Je ressens un peu de challenge parce que tu sais en fonction du patient que tu as en fasses de toi que ça va être plus ou moins bien accepté. Euh... Et puis quand ça se passe bien, quand le reste de la consultation se passe bien, que le patient t'appelle docteur, qu'il y a la poignée de main à la fin enfin tous les signes qui montrent que ça va bien. Au fond de toi, tu peux ressentir une certaine fierté parce que tu t'es assumé, tu t'es incarné dans une position, tu as affirmé une certaine autorité. Et je trouve que ce n'est pas évident actuellement d'affirmer cette autorité bienveillante quoi. On est très dans la relation médecin-malade à l'horizontal et je pense qu'encore qu'il faut maintenir une certaine asymétrie et une autorité du médecin car on sait, eux ne savent pas, sans rentrer dans une démarche totalitaire.

M : Quels sont les avantages à dire non dans la relation ?

I10 : Je vois un avantage, je n'en ai pas parlé mais c'est le patient qui teste. C'est le patient qui teste, c'est la même chose avec les infirmières quand elles te demandent des trucs en début de stage. C'est montrer que tu n'es pas bidon quoi. Montrer un peu de consistance, que tu ne vas pas être manipulable. Je ne sais pas comment le dire mais que... C'est l'occasion encore une fois d'affirmer une certaine, une forme d'autorité.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ?

I10 : Bah les avantages, c'est très pragmatique, les avantages de temps, ça t'évite une pression, ça t'évite un argumentaire, ça t'évite de la tension, du stress, ça t'évite une confrontation stérile, je ne sais pas, enfin pas stérile. Ça t'évite du temps et de l'énergie parce que dire non ça te demande plus d'énergie que de dire oui quoi. Donc ça t'évite de la fatigue et un rallongement de la consultation.

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I10 : Les inconvénients ? Bah quand c'est justifié je n'en vois aucun. Quand c'est justifié je n'en vois aucun. Après c'est toujours, en disant non il ne faut pas rentrer dans une démarche qui est bornée quoi. Il faut toujours en disant non être à l'écoute du patient et comprendre que peut-être à travers l'arrêt de travail il y a une angoisse, c'est un mal-être plus général qu'il y a lieu. À travers la demande d'antibiotique, c'est une angoisse d'avoir une infection ultra grave et que... Derrière une demande il y a une angoisse, les gens ils viennent voir le médecin car ils ne comprennent pas, ils n'arrivent pas à interpréter ou ils demandent de l'interpréter à leur place et que leur interprétation est sujette d'angoisse. Donc euh... Les inconvénients c'est qu'il ne faut pas oublier de rassurer. Au lieu de ça on a compris que derrière ça il y a une autre demande, que euh... On n'est pas sourd complètement en leur disant non, que leur demande a été entendue.

M : Ok. Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?

I10 : Ben les inconvénients pour le patient qui te teste, grosso modo, il te voit comme une espèce de chiffon molle et la prochaine fois, ça va être encore plus difficile de lui dire non parce qu'il va te dire « la dernière fois vous m'avez dit oui. » Euh... C'est un risque de légitimer le patient dans sa perception de « son angoisse » c'est à dire que si je suis angoissé et que le médecin accède à ma demande d'analyse, des IRM, des arrêts de travail c'est qu'en effet c'est grave. Ça peut être une forme de reconnaissance de la demande du patient mais enfin, je pense qu'elle est partielle et incomplète.

M : Quelles méthodes utilises-tu pour faire accepter le refus ?

I10 : Alors déjà il faut du temps. Il faut du temps, il faut toujours montrer que l'on a entendu la demande et il ne faut pas rabaisser le patient en disant qu'il est idiot, euh... Il faut bien argumenter pour être intelligible et ne pas se réfugier derrière un jargon, derrière des recommandations qui sont trop compliquées. Il faut qu'ils comprennent. Il ne faut pas être dans une attitude non verbale trop en opposition c'est à dire qu'il ne faut pas croiser les mains, il ne faut pas que le patient nous sente mal à l'aise même physiquement. Il faut éviter de balbutier, il faut éviter de rentrer dans des explications un peu floues, un peu foireuses

euh... Il faut paraître sûr de soi verbalement et non verbalement et il faut laisser un temps de réponse au patient c'est à dire « vous comprenez pourquoi je vous dis non, quoi. »

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I10 : Bah encore une fois ça dépend de la manière dont il a été amené et verbalisé par le patient. Je pense que les gens aiment bien euh... Je pense que mettre des limites car actuellement où la science repousse toutes les limites du corps, tous les progrès, mettre des limites ça a quelque chose de foncièrement rassurant quand c'est amené dans une démarche bienveillante. Encore une fois, je fais le parallélisme qui est peut-être un peu trop euh. On peut s'en offusquer, un parent qui cadre bien un enfant et qui le limite, l'enfant est rassuré. Je pense qu'un enfant qui n'a pas de limite c'est très angoissant. Je fais le parallèle car je pense qu'en mettant les limites en mettant un non, en expliquant, en ayant pris le temps, je pense que le patient l'accepte, ça le conforte dans l'image du bon médecin de famille. Je pense qu'un bon médecin de famille pour un médecin c'est aussi prendre une décision à sa place. Quand tu rassures avec un peu de virologie à deux balles, les gens sont extrêmement rassurés, et finalement le non est bien compris.

M : As-tu demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I10 : Bien sûr. (Rires.) Elle est bizarre ta question ! (Rires.). On n'est pas des fonctionnaires, enfin on est pas des prestataires de santé. On n'est pas un distributeur, ouais on est pas un Franprix® de la santé. Bien sûr parce que à travers de ce non, il y a quelque chose qui se joue, une éducation tout ça... Une relation. Si ça part au clash comme ça... Non mais même je pense que c'est important, toujours parce que ça rappelle aux gens que tout n'est pas dans l'instantané, et que parfois il y a un peu de frustration ou d'attente quand il s'agit de dire « bah le certificat, on le fera quand vous irez voir le cardiologue, euh... »

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidé pour dire « non » en théorique et en pratique ?

I10 : En théorique non. En pratique, oui. En pratique, c'est les stages. Il n'y a pas eu d'ECOS (examen clinique objectif structuré) pour dire non à la fac. Il n'y a pas eu de mise en pratique, de quelque chose comme ça. C'est les stages oui. C'est quelque chose que je vais apprendre durant les trente prochaines années. C'est toujours sujet, tu apprends toujours. Non au contraire, la théorie et puis la législation aujourd'hui, je te parle d'autorité médicale elle est peu mise à mal parce qu'avant il y avait des mecs qui ont totalement abusé et ont tiré profit de la position de savoir du médecin, et ont eu un rapport totalitaire avec le patient. On en souffre un peu aujourd'hui car finalement il y a un accent qui est beaucoup plus mis sur les droits du patient, à l'accessibilité de son dossier, à l'information, au consentement éclairé. Je pense que euh... Il y aurait des droits aussi au médecin, à dire non... Euh... Voilà.

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I10 : Cette formation, je pense que ce n'est pas à ce niveau-là. Le déclin de l'autorité médicale, bienveillante encore une fois, qu'on a emporté dans l'autorité médicale et totalitaire... Euh... A mon avis dans la théorique c'est difficile. De la même manière, les parents aujourd'hui la première chose dont ils ont peur ce n'est pas qu'ils ne réussissent pas dans la vie, c'est qu'ils ne les aiment plus. Euh... Tout d'un coup ils n'osent plus dire non à leurs enfants parce que il y a des droits des enfants, mettre des limites c'est empêcher

l'épanouissement de l'enfant, leur liberté. Donc à mon avis, c'est quelque chose de très politique enfin de très sociétal. Après, en théorie je pense qu'il n'y a rien à faire. En pratique, c'est la mise en situation et c'est être avec des maîtres de stage qui sont sensibilisés à ça, c'est pratiquer, pratiquer, pratiquer.

M : D'accord. Est-ce difficile de dire « non » ?

I10 : Non ! (Rires.)

2. 11- Entretien 11

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation ou soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I11 : Oui, tout à fait. Plusieurs fois.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I11 : Euh ça a été souvent des situations où les patients venaient, n'avaient pas pris rendez-vous et venaient sans rendez-vous, se présentaient directement au médecin en urgence pour des thèmes de consultation non justifiés. Et on avait dû, du coup les refuser. Ils n'étaient pas dans le planning et on avait pas le temps de les prendre en charge. C'était surtout des consultations comme ça, où j'avais dû dire non.

M : Est-ce que tu en vois d'autres ?

I11 : Hum... Bah quand un patient nous demande une prescription d'un antibiotique par exemple et du coup on doit leur dire non aussi si on trouve que ce n'est pas justifié. Euh... Bah c'est surtout ça ou des demandes d'autres traitements que le Paracétamol® par exemple quand il me demande de l'Aspirine®, moi je refuse systématiquement. Je ne veux pas prescrire de l'Aspirine® surtout qu'ils peuvent en avoir à la pharmacie comme ils veulent donc si ils en veulent ils vont à la pharmacie. Moi je n'en prescris pas. Et eux ça peut être source de dispute avec les patients.

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I11 : Euh... Bah je considère qu'il faut se donner un cadre dans son exercice et par exemple dire de ne pas prendre en charge un patient qui se présente en urgence alors que, enfin on est sur rendez-vous, bah c'est se donner un cadre dans l'exercice de la médecine générale. Refuser un traitement antibiotique si on considère que c'est une infection virale bah c'est normal de refuser et après c'est l'expérience qui fait aussi que l'on arrive à plus refuser de façon justifiée. Humm... Et puis il y a aussi pour la question juste avant, quand les patients nous demandent des traitements pour les personnes de leur famille aussi, ou des gens qui sont au Maghreb pour pouvoir avoir des médicaments gratuits aussi ça m'est arrivé plein de fois de devoir refuser ça. Donc voilà, après c'est pour donner des règles à mon avis.

M : Dans quel intérêt penses-tu agir quand tu « non » ?

I11 : Bah à chaque circonstance, c'est soit le patient ou le médecin. Ça peut-être aussi économique pour ne pas faire d'ordonnance injustifiée, c'est l'état qui va payer alors que ce n'est pas justifié. Euh... L'antibiotique dans l'intérêt du patient parce qu'il y a pleins d'effets

secondaires qu'il ne comprend forcément. Il pense que c'est un médicament magique alors que ça ne l'est pas, donc c'est dans l'intérêt du patient. Euh... Et c'est dans mon intérêt aussi à savoir que je ne dis pas oui à tout et que sinon c'est la porte ouverte à toutes les fenêtres.

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I11 : C'est de devoir se justifier auprès du patient de dire non. C'est qu'on a l'impression qu'avec certains patients on a pas le droit de dire non. Il veut se prendre en charge lui-même et que si il vient nous voir c'est pour écrire sur un bout de papier le médicament que lui il veut, enfin c'est ce que le patient croit. C'est ça qui est difficile, c'est devoir se justifier et je pense que il faut préparer des petites phrases type dans ce genre de situations parce que sinon on peut partir dans des débats de 15 minutes et perdre énormément de temps dans une journée quoi.

M : Quelles situations sont les plus difficiles ?

I11 : Euh moi je n'arrive pas à dire non si c'est un enfant qui est en jeu, clairement. Vraiment si un enfant qui vient entre deux consultations avec sa maman qui est paniquée parce qu'il a un problème de santé aigüe et bien lui... J'arrive pas à dire non. Je le prends entre deux, c'est pas grave, je perds du temps mais je ne refuse aucun enfant.

M : Et euh pourquoi un enfant particulièrement ?

I11 : Bah parce que euh... Parce que j'aime bien les enfants ! (Rires.) Ils sont plus vulnérables, que les choses peuvent se compliquer beaucoup plus vite chez les enfants aussi et c'est important de pouvoir rassurer les parents qui sont paniqués très rapidement, pouvoir soit les rassurer ou au contraire leur dire « non, bah là il faut aller aux urgences car ça nécessite quelque chose d'urgent et pouvoir au moins les orienter rapidement » et euh... Autant chez tout le monde c'est intolérable de souffrir, d'avoir de la fièvre etc., mais c'est encore plus intolérable chez un enfant donc c'est important qu'on agisse vite.

M : D'accord. Et est-ce que tu as un type de situation où c'est plus difficile ? Un type de demande ?

I11 : Bah à part les enfants, non je ne vois pas. On peut toujours dire non si on considère que c'est, qu'il faut dire non ce jour-là.

M : Te sens-tu coupable de refuser ?

I11 : Oui, parfois. Enfin surtout quand les patients nous culpabilisent de dire non car il y en a qui sont un peu durs avec nous. (Rires.)

M : Tu as un exemple en particulier ou pas ?

I11 : Après ils peuvent aussi ne plus venir nous voir. Voilà, on leur dit pas oui alors ils ne sont pas contents, on peut risquer de perdre des patients. En France, ce n'est pas un problème on a assez de patients mais si c'est quelqu'un qu'on voit régulièrement, qu'on aime bien et que non cette fois-là ce n'est pas possible, on lui dit non et qu'il menace de ne plus venir nous voir, voilà ça peut être vexant aussi.

M : Es-tu déjà entrée en conflit avec un patient ?

I11 : Bah un patient qui venait entre deux, sans rendez-vous justement et que j'ai refusé parce que vraiment ce n'était pas possible ce jour-là. Et qui est parti en furie en hurlant dans tout le cabinet, que ce n'était pas possible, que l'on devait en tant que médecin pouvoir

subvenir à toutes leurs demandes comme ça, en urgence et que ce n'était pas normal etc... On avait beau lui expliquer qu'il y avait des services d'urgence pour ça, il n'a rien voulu savoir et est parti très en colère. (Rires.)

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I11 : Oui, bah justement un autre patient qui venait entre deux. La politique du cabinet c'était de ne pas prendre de patients entre deux car après ça devenait trop compliqué et de bouche à oreilles les patients venaient entre deux et ce n'était plus possible et sur le coup je lui ai dit « non ce n'est pas possible de vous prendre en charge », et je suis retournée dans le cabinet. Finalement, je me suis dit « oh ben j'ai quand même dix minutes devant moi... », j'ai fait demi-tour, je suis allée prendre le patient et je suis restée une demi-heure avec lui parce que ce n'était pas du tout un petit problème. C'est souvent comme ça quand finalement on dit oui, c'est une énorme consultation.

M : Est-ce que tu as eu d'autres soucis pour les demandes de traitement ?

I11 : Euh... Bah je me suis déjà fait avoir parce que je n'ai pas compris que c'était pour le Maghreb et le patient m'a menti et je m'en suis rendue compte après coup. Et du coup, je m'en suis voulue. J'avais hésité à lui faire cette prescription et sur le coup j'avais dit « non, non, vous n'en avez pas besoin » et puis finalement, je ne sais pas j'étais un peu confuse à ce moment-là et je lui ai fait la prescription. Je pense qu'il faut être beaucoup plus vigilante vis à vis des demandes un peu bizarres. Dès qu'on trouve des demandes un peu bizarres il faut voir si elle n'est pas cachée et ne pas hésiter à dire non puis réfléchir après plutôt que de dire non et s'en vouloir après.

M : Que ressens-tu en disant « non » ? De la gêne, culpabilité ?

I11 : Bah avant, au début de mon internat je ressentais beaucoup de culpabilité où je me disais après « peut-être que j'aurais dû dire oui », parfois il nous fait douter quand il demande un antibiotique, bah on se dit peut-être que mon diagnostic il n'est pas bon, peut-être qu'effectivement il y a une surinfection et il nous met le doute, et après il y a un peu de culpabilité effectivement. Au fur et à mesure de l'internat je me rends compte que je culpabilise de moins en moins et euh... C'est l'expérience qui fait que j'arrive plus à dire non dans les bonnes situations et euh... Voilà. J'ai moins de culpabilité maintenant mais ça peut encore arriver.

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I11 : Euh... bah justement à lui donner un cadre et montrer que le médecin il a un certain exercice, donner des limites. Et que si le patient vient avec tout un tas de demandes et que le médecin dit oui à tout bah après à quoi on sert quoi. Il faut aussi lui montrer que l'on a des connaissances et que derrière ces connaissances il y a aussi des règles et que le patient doit les suivre.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ? A céder à la demande du patient ?

I11 : A garder sa patientèle ! (Rires.) Je pense qu'il n'y a que ça parce que il n'y a pas vraiment d'avantages à dire oui à tout. Oui, c'est un gain de temps aussi, clairement on ne s'embête pas à avoir le débat du après non, toute la justification du médecin etc. C'est une perte de

temps énorme dans une journée et si on est un peu fatiguée bah dire oui parfois, c'est plus facile.

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I11 : (Rires.) Euh bah la perte de temps, c'est surtout ça. Euh... À perdre des patients, à perdre la confiance si il trouve que c'est injustifié de son point de vue. Là, je n'en vois pas d'autres. (Rires.)

M : Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?

I11 : Euh...Hum... les inconvénients... (Rires.) Ben c'est...Ouais du coup ça répète ce que j'ai dit, j'arrive pas à le tourner autrement. Que justement le patient pense que son médecin lui dira oui à tout et qu'il peut lui demander tout et n'importe quoi et tout sera toujours possible alors que le médecin c'est pas son rôle.

M : Quelles méthodes utilises-tu pour dire « non » et faire accepter le refus ?

I11 : Alors je fais ça mais je pense que ce n'est pas bien. Je m'excuse d'abord. (Rires.) Je lui dis « je suis désolée, madame, mais moi ce n'est pas possible je ne fais pas ça. Je ne prescris pas d'Aspirine® » ou je me justifie en expliquant le pourquoi du comment « bah là, vous avez une infection virale, on sait que c'est un virus que vous avez. Donc pour l'instant pas d'antibiotiques mais c'est vrai que c'est possible il peut y avoir une infection et que je peux être amené plus tard à vous prescrire des antibio » et j'ai des phrases comme ça un peu type que j'ai préparé dans les grosses circonstances qu'on peut me demander et je dois dire non. Ou aussi, si il y a un patient entre-deux, « bah là ce n'est pas possible, je suis bookée toute l'après-midi, c'est sur rendez-vous, c'est des règles à respecter ». Mais je justifie tout en restant calme etc... Et ça s'est toujours bien passé à part quelques exceptions mais les patients ont toujours bien compris.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ? Elle a été modifiée ou pas ?

I11 : Non, je ne pense pas. Et au contraire, ça m'est déjà arrivé sur des rhinopharyngites où les patients me demandent des antibio que j'ai refusé mais en les prévenant que ça pouvait se surinfecter. Je les ai revus quelques jours plus tard avec une sinusite et ils ont très bien compris. Ils ont dit « bah comme vous m'aviez dit de revenir si ça ne passait vraiment pas, là je reviens ». Là, ils ont très bien compris pourquoi j'avais dit non au départ et pourquoi là cette fois-ci j'avais changé ma prise en charge et ça c'était bien passé. Et pour les prescriptions, par exemple pour les ordonnances des familles à l'étranger, pareil, ils ont très bien compris mais vont souvent voir un autre médecin pour l'avoir. Mais au moins, ils savent qu'avec moi c'est niet. Et de bouche à oreille, les patients ils en parlent et ils savent qu'avec moi, je ne fais pas de prescriptions de ce genre et après les demandes deviennent de plus en plus rares finalement.

M : D'accord. As-tu demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I11 : Euh... Ah bah oui, oui, oui. Parce que c'est quand même notre travail. Le patient il vient avec des symptômes, une demande de diagnostic et que même si c'est une pauvre rhinopharyngite qui nécessite que du Paracétamol®. Le patient bah il n'est pas content mais en même temps c'est comme ça, ils ont cette infection-là donc on ne va pas changer

l'ordonnance ni nos honoraires parce qu'il a une pauvre rhinopharyngite. Mon avis c'est notre métier et notre métier c'est du service et c'est comme ça que ça doit se passer.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidé pour dire « non » ?

I11 : Oui, bah en entendant des anecdotes d'autres internes. On a eu 6 heures de cours je crois là-dessus enfin sur la relation patient-médecin et ça ne regroupait pas que savoir dire non effectivement ce n'était que 1 ou 2 heures ça. Et en entendant des anecdotes de, de connaître ce que les internes répondent aussi parfois, ça nous aide à formuler certaines choses. Mais on devrait en parler plus, même pendant l'externat en fait. Nous former même avant l'internat à ça.

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I11 : Ouais ce serait plutôt pendant l'externat. Une petite formation là-dessus, euh... Après c'est vrai que ça ne si prête pas forcément mais au moins nous en parler un petit peu. Et euh... Pour qu'au moment de l'internat on sache dire non. Mais après c'est vrai que c'est l'expérience qui nous apprend beaucoup finalement.

M : Est-ce difficile de dire « non » ?

I11 : Oui, surtout avec les enfants. (Rires.)

2. 12- Entretien 12

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation où soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I12 : Euh oui pas mal. Plusieurs mêmes.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I12 : Euh, alors j'ai souvent dit non pour des demandes d'arrêts de travail. Enfin je ne sais pas si j'ai dit non mais en tout cas j'ai raccourci les durées demandées. J'ai eu des demandes d'anxiolytiques et souvent des antibiotiques. C'est les trois gros qui me viennent en tête là. Est-ce qu'il y a d'autres choses ? Euh non c'est à peu près ça. Si peut-être aussi, enfin ce n'est pas les patients mais sur les conjoints ou sur les amis quand ils veulent savoir des informations et j'ai dit non.

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I12 : Euh... Alors les arrêts de travail déjà c'est rare que je refuse un arrêt de travail mais des fois la durée n'est pas justifiée ou par rapport à la demande. Euh... Parfois j'ai dit non aux arrêts de travail pour des gens qui avaient des angoisses au travail ou des choses comme ça. Enfin souvent je la donne la première fois mais après c'est vrai que plus tu t'enquêtes dans l'arrêt de travail et plus c'est difficile de reprendre le travail. Et après, les demandes d'antibiotiques avec des refus quand ce n'est pas justifié où le patient avait l'habitude qu'on leur en donne et ce n'était pas nécessaire. Enfin pour les anxiolytiques parce que je suis en stage d'addicto et qu'il y a plein de dépendance aux benzo et que du coup benzo et hypnotique ce n'est pas forcément une bonne chose.

M : Dans quel intérêt tu penses agir quand tu dis « non » ?

I12 : Bah un peu des trois. Pour ce qui est des antibiotiques ben normalement pour l'intérêt du patient et de la société pour pas qu'il y ait de résistance. Euh, pour les arrêts de travail souvent je pense pour l'intérêt du patient parce que je pense qu'à un moment c'est délétère de surmédicaliser tout. Et après tout ce qui est risque de dépendance aux médicaments. C'est quand même quelque chose qu'on voit assez souvent et qui donne après des ordonnances à rallonge, qui pose des problèmes de chutes, de somnolence, de dépression et d'autres choses, donc euh... Enfin il y a plein de médicaments sur toutes les ordonnances qui sont inutiles et que tu as énormément de mal à enlever une fois qu'elles sont instaurées donc plus on peut s'en passer, mieux c'est.

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I12 : Bah il y a les patients insistants. Et justement fréquemment quand on est interne, ils vont un peu nous mettre en porte à faux et nous dire que leur médecin aurait dit oui, qu'un médecin plus expérimenté et plus âgé aurait dit oui. Ou alors, juste parce qu'on culpabilise un peu avec des patients qui sont tristes, qui sont angoissés qui veulent des arrêts. Parfois ce n'est pas justifié et pourtant on a envie de dire oui, bah pour leur faire plaisir je pense. Parce qu'il y a des patients qui nous touchent.

M : Quelles situations sont les plus difficiles ?

I12 : Euh... Les situations où moi je ne suis pas à l'aise en tant que médecin. Typiquement, je n'ai pas encore fait mon stage de pédiatrie donc les jeunes enfants où la mère est un peu insistante, où je pense avoir le bon diagnostic mais j'en suis pas certaine, j'aurais tendance à plus surmédicaliser. Et après toutes les situations d'angoisse des patients, de tristesse des patients où finalement on a peut-être envie de leur faire plaisir et de ne pas aller au conflit. Et après, bah il y a toujours le patient de 19 heures où on n'a pas envie de lutter pendant une demi-heure et où on peut céder.

M : Pour quel patient est-ce le plus difficile ?

I12 : Les patients anxieux, les patients tristes et les enfants. (Rires.) Mais voilà, les enfants sûrement parce que je n'ai pas encore toutes les compétences pour les soigner toute seule parce que j'ai pas encore fait mon stage de pédiatrie et quand je serai plus sûre de mes connaissances j'aurai moins de difficultés. Et après oui, les patients très angoissés, tristes c'est toujours difficile. Et puis de toute façon je ne suis pas sûre que le non catégorique soit la bonne solution. Il faut réussir à trouver un intermédiaire entre les attentes des patients, leur volonté et ce que nous on préconiserait. Je ne suis pas sûre de devoir dire non à une patiente qui demande un arrêt de travail pendant, je sais pas moi, trois semaines parce qu'elle ne se sent pas bien, qu'il faut lui dire... Être dans le refus catégorique et pas trouver une alternative entre ses besoins et ce qu'on pense être bon pour elle.

M : Te sens-tu coupable de refuser ?

I12 : Euh, oui ça a pu m'arriver. Ça a pu m'arriver, euh... Pas quand je pense avoir vraiment raison, être dans le bon, être sûre de moi que ce soit pour le diagnostic ou pour les risques si je cède. Mais oui, c'est rare que les situations soient toutes blanches ou toutes noires et ce n'est pas forcément tranché d'un côté ou de l'autre. Oui, parfois j'ai pu regretter d'avoir pas été plus souple dans ma réponse.

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I12 : Euh... En conflit franc, non. Je n'ai jamais élevé la voix et je n'ai jamais eu de conflit franc. Après oui, oui j'ai pu voir dans certaines consultations un certain mal-être, un certain énervement du patient à qui je disais non, surtout pour des arrêts ou quelque chose comme ça. C'est pas un conflit direct ni franc mais on sentait un certain mal-être de ma part et de sa part à la fin de la consultation donc il y a avait un petit conflit sous-jacent.

M : C'était surtout pour les arrêts de travail ?

I12 : C'était plus souvent pour les arrêts de travail, oui. Les traitements quand on prend le temps de leur expliquer, euh... Et puis quand même souvent on trouve un compromis. Ou alors c'est des patients je vais leur dire non pour l'antibiotique, je vais leur dire qu'on peut se revoir dans deux trois jours, et puis finalement ils finissent par accepter la décision. C'est rarement pour des médicaments ou alors, souvent pour des médicaments devant une grosse insistance j'ai pu céder plus facilement alors que pour les arrêts de travail j'ai tendance à avoir mon idée en tête de ce qu'il faudrait, de pouvoir rallonger en fonction de ce qu'ils me disent de quelques jours mais si vraiment c'est une demande qui me paraît complètement disproportionnée, j'aurais tendance à rester sur ma décision... Et puis voilà.

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I12 : Oui ! Plein de fois. Plein de fois, quand je n'étais pas certaine. Quand le patient a pu par son argumentaire me faire changer d'avis, soit douter de mon avis. Oui c'est arrivé plusieurs fois, mais je pense pas que ce soit une mauvaise chose en fait car c'est quand même le patient qui se connaît mieux que nous avant tout donc euh... Ça me paraît être une bonne chose en tout cas de changer d'avis. J'ai rarement changé d'avis forcée et contrainte mais souvent je me suis rendue compte bah que je n'avais pas la science infuse et que c'était peut-être lui qui était dans la vérité.

M : Ok. Que ressens-tu en disant « non » ? De la gêne, de la culpabilité ? Ou pas forcément ?

I12 : Oh bah, de la gêne oui car on a toujours un peu envie de dire oui et faire plaisir aux gens surtout au cabinet avec des gens qu'on est amené à revoir, qu'on est amené à suivre donc on a pas envie d'être dans le non et dans le conflit parce que forcément ça va impacter sur la relation avec le patient. La culpabilité parfois aussi parce que si c'est des patients dans un mal-être ou autre, je pense vraiment, car c'est une situation souvent qui m'a fait un peu culpabiliser, c'est des patients qui viennent qui sont très mal au boulot alors on les arrête, on les ré-arrête et puis à un moment bah on sait qu'on est délétère et qu'il faut arrêter mais en même temps on sait qu'on est vraiment mal et parfois on les voit sortir pas forcément content de la situation. On se demande si potentiellement ils ne vont pas aller voir un autre médecin. Oui, de la culpabilité parfois.

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I12 : Euh... Les avantages c'est se positionner en tant que soignant, c'est quand même nous qui faisons les ordonnances donc on est quand même décisionnaire. On met notre responsabilité donc euh... C'est aussi montrer bah qu'on est médecin, en expliquant les décisions et en expliquant surtout aux patients qu'elles sont fondées sur leur bien-être et de vouloir faire au mieux pour eux. Le vrai avantage, oui, c'est de se positionner en tant que

soignant et en expliquant qu'il y a une relation entre le patient et le soignant et que ce n'est vraiment pas un refus méchant mais il faut que chacun trouve sa place dans la relation.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ?

I12 : Bah c'est que le patient il est content, ne pas rentrer dans le conflit, ne pas avoir à se justifier pendant 40 minutes pour un patient qui finalement ne va pas adhérer à notre avis. C'est de pouvoir rentrer chez soi plus tôt. Tout ça quoi.

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I12 : Bah c'est devoir se justifier, euh... Enfin c'est un peu le contraire quoi. Devoir faire face au patient qui n'est pas content, devoir se remettre en question, et douter un peu car si vraiment on n'arrive pas à adhérer le patient ben il restera une petite part de doute et de culpabilité derrière le non.

M : Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?

I12 : Euh... Bah ça dépend si finalement j'ai réussi à adhérer à l'argumentaire de mon patient, il n'y a pas beaucoup d'inconvénients. Après si j'ai pas réussi et que c'est juste parce que je n'ai pas pris le temps, parce que je n'avais pas envie de batailler, j'avais des doutes sur la prise en charge du coup c'est à moi de me remettre en question en tant que médecin. A prendre les bonnes décisions et parfois ne pas céder à la tentation, à la facilité de faire ce qu'on m'a demandé plutôt que de tenir sur mes positions.

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilises-tu pour faire accepter le refus ?

I12 : Euh... Bah je prends pas mal de temps à expliquer les causes de mon refus. Euh... et alors après souvent ce n'est pas des refus, j'essaie de trouver un intermédiaire ou une décision un peu entre les deux qui serait acceptable. Moi dans la position de soignant et qui ne me ferait pas culpabiliser ou à me dire que j'ai pris une mauvaise décision, et qui serait acceptable pour le patient. C'est vraiment rare quand même que je dise un non catégorique. Je suis souvent dans la demi-mesure, et céder un peu de terrain tout en gardant l'idée et les valeurs que je défends.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I12 : Bah je pense qu'il y a des patients à qui on dit non qui ne doivent pas revenir déjà, après il faudrait savoir les pourcentages. Et après il y a des avantages positifs c'est que le patient si il revient, déjà il est au courant que je vais dire non à ça donc il ne viendra plus du tout dans cette demande-là. Donc pour moi si il vient c'est que j'ai réussi à le faire adhérer à ma position et il veut toujours être suivi par moi malgré ce refus. Après, comment ça impacte, bah forcément à mon avis il y a un petit malaise qui va rester un peu dans la tête du patient et pourra poser problème dans les futures consultations. En même temps je pense qu'il n'y en a pas beaucoup. Je pense que si finalement il revient, il a au moins accepté la décision.

M : As-tu demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I12 : Oui. Oui, je pense jamais avoir refusé quelque chose sans l'avoir expliqué et je pense qu'il y a eu une raison justifiée à ça. Après ça dépend, si c'est un refus qui englobe la totalité de la consultation, alors je n'ai pas beaucoup d'exemple... Non si un patient vient me voir et qu'il me dit « je rentre dans votre cabinet, juste si vous donnez à mon enfant de l'Amoxicilline® » et que je dis non, je ne vais pas lui demander de payer la consultation. Après

si dans toute une prise en charge, si l'on a parlé de l'angoisse d'une patiente, si l'on a pris le temps de discuter des meilleures prises en charge possible et qu'à la fin je dis non sur un arrêt de travail, oui je facture ma consultation.

M : D'accord. La formation actuelle t'a-t-elle aidée pour dire « non » ? Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I12 : Euh... La formation théorique, non. Je pense qu'on a pas beaucoup de cours là-dessus voire je ne me rappelle pas en avoir eu beaucoup. Si, un peu pendant l'internat, on a un peu bossé mais je trouve que ça arrive très très tard dans notre formation. Après la formation pratique, elle m'a aidé mais je pense qu'on a été confronté à cette situation tard et qu'on aurait par des jeux de rôles ou des séminaires ou autres, on aurait dû être préparé en amont à cette situation. Je pense qu'on y ait confronté quand on exerce au cabinet et après dans les séminaires de l'internat alors que c'est une question qu'il faudrait aborder pendant l'externat en fait. Donc oui ça aide, mais un peu confronté sur le tas.

M : Est-ce difficile de dire « non » ?

I12 : Oh oui ! (Rires.) Oui, c'est difficile de dire non pour tout un tas de raison, surtout je pense pour un interne. Après, il faudrait confronter les avis des internes du coup et des médecins qui ont plus de bagages derrière eux, peut-être qu'ils ont moins de difficultés, quoique je n'en suis pas certains tout le temps. Mais oui, oui quand on est encore en formation, qu'on n'est pas certain, qu'on a pas beaucoup de bagages, pas beaucoup de recul sur notre prise en charge, oui c'est difficile de dire non.

2. 13- Entretien 13

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation ou soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I13 : Euh oui plusieurs fois.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I13 : Alors plutôt pour tout ce qui est administratifs, certificats, bons de transport, des demandes antidatées surtout. Voilà, l'arrêt de travail où le patient vient 2 jours plus tard « ah oui mais vous n'étiez pas là docteur, comment je fais », « bah oui mais je ne peux pas vous faire un arrêt de travail 2 jours avant, j'étais pas là, je ne vous ai pas vu », alors on explique et euh... Pour les arrêts de travail, les patients jusqu'à maintenant ils ont compris voilà. Quand on parle du cas de jurisprudence où on a un collègue qui est allé en prison parce que il a signé un arrêt de travail antidaté et la personne elle-même était en garde à vue à ce moment-là. Ils disent « ah oui, oui docteur, je comprends ». Pour les bons de transport, il y a beaucoup d'abus quoi.

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I13 : Parce que ce n'est pas justifié comme demande ou parce que c'est hors-la-loi ou parce que ce n'est pas légitime de leur part de demander un bon de transport alors qu'ils pouvaient très bien prendre les transports publics ou aller eux-même à telle consultation.

M : Dans quel intérêt tu penses agir quand tu dis « non » ? Le tien, le patient, la société ?

I13 : Euh celui de la société déjà d'une part. Voilà, c'est dépenser l'argent publique si je fais un bon de transport, si je fais un certificat pour euh... Enfin avoir telles ou telles réductions par rapport aux gens qui ne veulent faire du sport et arrêter leur abonnement. Aussi pour l'intérêt du patient parce que parfois c'est aussi de l'éducation. J'ai un peu l'impression d'un laisser-aller « bon bah je vais demander à mon médecin, ça va me dédouaner de mes obligations » et donc ils nous demandent un peu un certificat euh... Voilà, j'ai l'impression que parfois ils sont un peu en régression devant leur médecin traitant et leurs demandes « s'il vous plait, faites-moi un certificat, signez-moi ça ». Non, je leur mets devant leurs responsabilités et puis c'est aussi pour leur faire réfléchir, par exemple pour un bon de transport c'est l'argent de tous et puis euh.... Et voilà.

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I13 : J'ai toujours peur de perdre la confiance du patient parce que bon si il vient te voir, normalement tu es son médecin traitant, il a choisi de venir te voir, il va voir le médecin, celui qui va le rassurer, l'aider, le guérir et puis lui apporter une réponse à son problème. Et puis si on lui dit non ben, en fait il n'a pas de réponse positive à son problème. Il sort de là mécontent quoi. Enfin quand même le but quand le patient vient te voir c'est trouver une solution à la raison pour laquelle il venait donc euh... Si il part avec un non, il peut être déçu et moi je serai déçue qu'il soit déçu. (Rires.) Mais après sur certaines choses, je vais dire non et je vais rester sur mon nom parce que voilà c'est la loi, c'est une demande qui est abusive, je vais lui expliquer. Il comprend tant mieux, il ne comprend pas bah tant pis.

M : Quelles situations sont les plus difficiles ?

I13 : Euh ouais, là récemment donc une maman qui envoie sa fille à l'hôpital qui a une pathologie chronique et qui est souvent amenée à venir à l'hôpital où on sait voilà elle va être hospitalisée pour cette maladie chronique. Et la maman, on sait elle a un cancer et qui nécessite des traitements et tout donc euh je sais qu'elle n'a pas de voiture et ne peut pas dire à sa gamine « allez hop, je te mets dans les transports en commun et tu y vas » donc du coup elle appelle un taxi conventionné et va à l'hôpital comme ça et donc n'appelle pas forcément son médecin traitant. A posteriori on lui fait des bons de transport pour l'aller à l'hôpital et le retour pour la maison. Alors voilà, ce n'est pas très réglo car c'est antidaté, parce que ce n'est pas prévu comme ça mais bon voilà c'est une situation critique où la maman est malade et on ne peut pas tellement faire autrement. On n'a pas envie de lui dire « bah madame, débrouillez-vous, trouvez quelqu'un de la famille etc... » donc voilà. Là c'est un peu lui rendre service et on se dit pour cette fois-ci on oublie.

M : Pour quel patient est-ce le plus difficile ?

I13 : Euh j'ai déjà eu du mal à dire non à quelqu'un qui est déficient mental. Parce que en fait, bah du coup mon explication elle ne pouvait pas être entendue, elle ne pouvait pas être comprise donc j'ai eu du mal à lui dire non. Mais euh... Voilà.

M : Te sens-tu coupable de refuser ?

I13 : Ça dépend. (Rires.) Euh... Parfois je me dis « bon écoute, la loi c'est la loi », par exemple pour les arrêts de travail. Voilà, quoi je ne peux vraiment pas antidatés, je ne peux pas faire

autrement. En fait je pense que quand on a une sympathie pour un patient qu'on suit depuis longtemps et qu'on a envie de lui rendre service, ça va être plus difficile de lui dire non. C'est vraiment quand tu as tissé un lien, que tu suis la personne et que tu sais qu'elle est réglo ben par méconnaissance elle ne t'a pas fait de demande justifié ben tu vas te sentir coupable de refuser peut-être parce que tu n'avais pas bien expliqué « il fallait venir avant pour un arrêt de travail, il fallait venir avant pour la demande d'un bon de transport, ce certificat-là bon bah je vais vous le faire mais bon la crèche ne devrait pas vous demander ce certificat-là et l'enfant n'a pas besoin d'un avis médical pour dire bah là il a la diarrhée il ne peut pas y aller ». Donc euh... Oui je peux me sentir coupable mais après je suis toujours dans l'explication de pourquoi j'ai dit non. Mais parfois les patients vont être lésés alors qu'on a raison de dire non. Voilà.

M : Es-tu déjà entrée en conflit avec un patient ?

I13 : Oui.

M : C'était comment ?

I13 : Euh... J'ai plus vraiment en tête le conflit car c'est déjà arrivé plusieurs fois. Si, si je suis déjà entrée en conflit pour antidater quelque chose et j'ai dit « non, non là c'est non. C'est vraiment pas possible et moi je peux aller en prison. Vous, vous allez perdre votre travail peut-être mais moi je peux aller en prison si je fais un arrêt de travail alors que je ne vous ai pas vu ». Donc ouais, c'étaient des patients dans le 19ème d'ailleurs. (Rires.) Des patients très très virulents.

M : Et tu leur demandais les honoraires de la consultation à ces gens-là ?

I13 : Ouais quand ils étaient virulents mais bon pour la plupart ils étaient au tiers payant donc ils s'en fichaient. Mais dans ce cas-là précis de l'arrêt de travail qui n'était pas venu ce jour-là, et tu te sens en plus pas réglo. Avec un absentéisme et puis des symptômes qu'il te décrit et n'importe qui enfin surtout nous on serait allé au travail quoi. (Rires.) Donc déjà que tu n'as pas envie et puis en plus c'est illégal donc celui-là tu ne vas pas te forcer quoi. (Rires.) Donc celui-là tu peux lui dire non plus facilement et là comme il y a pas de, de respect des règles. J'ai l'impression que pour ce patient-là, il y a un irrespect des règles de la société et du savoir-vivre et voilà quoi. Tu as un travail, des responsabilités, tu vas au travail.

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I13 : Ouais, ouais bah justement pour cette maman où au départ j'avais dit non et en fait après j'ai connu cette situation où elle est malade et tout et après j'ai dit « bon ben d'accord ». (Rires.)

M : Que ressens-tu en disant « non » ?

I13 : Euh quand je dis non, j'ai toujours l'appréhension de la réponse, enfin de la réaction du patient en face. J'ai une petite appréhension et puis après comme j'explique généralement ça se passe bien. Mais ouais, j'ai toujours une petite appréhension. Je suis peut-être pas assez affirmée encore. (Rires.)

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I13 : Les avantages à dire non ? Bah que tu montres au patient que voilà tu as les connaissances, c'est toi qui décide quoi. Tu dis non parce que c'est le moment de dire non. C'est comme ça. (Rires.)

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ?

I13 : Bah parfois quand tu es vraiment dans une incompréhension et que le patient est vraiment insistant, limite physiquement agressif, verbalement agressif bah... C'est que tu vas céder pour je pense éviter la confrontation qui peut être même physique et avoir peur pour toi. Donc tu vas céder pour éviter une agression et donc euh... C'est pour éviter mais après tu ne te sens pas très bien du résultat de la consultation.

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I13 : Euh... Bah comme je disais tout à l'heure, tu as le patient devant toi qui peut avoir une réaction qui n'est pas habituelle euh... Tu peux avoir l'impression de décevoir ton patient et tu peux avoir l'impression de faire l'inverse que ce que ton job devrait être quoi. Tu as telle ou telle raison de dire non et en fait tout n'est pas blanc ou noir et tu devrais dire non et pour tel cas bah tu dis oui. (Rires.)

M : Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?

I13 : Euh... Tu n'es pas forcément très content du résultat de ta consultation quand tu as cédé. Euh... Tu es partie sur une idée et si tu as changé d'avis c'est vraiment parce que tu as dû céder au patient et pas faire ce que tu avais envie à la base. Et euh... Après je pense que tu as des patients qui te testent aussi et si tu cèdes, ils vont revenir te demander des trucs. Je pense qu'il y a des patients qui te teste et si tu cèdes, ils ne vont pas forcément avoir confiance. Ça dépend, je pense qu'il y a des patients qui aiment bien avoir devant eux un médecin un peu paternaliste, qui reste sur ses positions, qui sait ce qui est bien où est-ce qu'il veut t'emmener. Voilà « tu as tel problème, la consultation on va faire tel examen, tel truc, on en attend ça » et donc du coup parfois les patients ils vont avoir des demandes « ah oui mais j'ai entendu ça et ça... » Et le médecin dira non, avancera les arguments. Au contraire, il en ressortira qu'il aura peut-être le respect du patient en disant « bah oui, il a osé me dire non et puis il m'a expliqué. Il a les connaissances ».

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilises-tu pour faire accepter le refus ?

I13 : Euh... Je dis pas non tout de suite. C'est à dire je ne dis pas non au début de la phrase. Euh... globalement voilà je dis « en ce qui concerne le certificat, en ce qui concerne ce traitement, en ce qui concerne le bon de transport... On n'est pas dans une situation où je peux vous donner ça, où on peut faire ça, parce que ça... » Mais globalement en fait le mot non n'est jamais dit tel quel quoi. C'est un refus mais je ne vais jamais dire non ! Comme ça quoi. (Rires.)

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I13 : Ah bah variable. Tu as toutes les situations alors tu as le patient qui va s'énerver, tu as le patient qui va comprendre, tu as le patient qui va être dans une incompréhension et qui va peut-être être déçu quoi. Tu as toutes les situations quoi. Mais parfois dire non, bah ça se passe très bien et tu peux avoir tous les types de réactions devant toi. Ça peut être bénéfique comme un inconvénient. Ça peut renforcer la relation médecin-patient ou au contraire la

délaiter parce qu'il n'y aura pas de compréhension de la part du patient, de l'énerverment de la part du médecin qui dira « oh encore une demande abusive etc.... » Non, si il y a une explication derrière le refus, je pense que ça peut renforcer le lien médecin-patient.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidée pour dire « non » ?

I13 : Euh... Alors la formation théorique si je crois qu'on a eu un cours là-dessus mais je ne sais plus l'intitulé où il y avait quelques petites scénettes où on était le médecin et puis devant nous il y avait un patient qui nous demandait telle ou telle chose. Bien sûr un patient difficile, mais c'était plus sur les types de personnalité en fait les scènes. Un personnage antisocial, une femme hystérique du coup qui avait des demandes un peu bizarres et des consultations bizarres. Et donc il fallait voilà, s'opposer dire non à un moment de la consultation et donc c'était un entraînement en mode off avec d'autres internes autour de nous et donc après on pouvait débriefer et euh... Donc généralement c'était un des profs qui jouaient le patient, qui essaie de te mettre en difficulté et ouais c'était bénéfique de pouvoir faire ça en cours mais de façon assez praticopraticque. Voilà c'était une situation clinique qui pouvait arriver, un type de personnalité bon certes un peu caricaturale mais c'était pour avoir ensuite un peu pas un schéma mais un premier sentiment à avoir devant tel type de patient. Si j'ai besoin de lui dire non, je vais m'y prendre de telle ou telle façon et puis je vais pouvoir anticiper la réaction face à ce refus. Et puis, sur la formation pratique, bah le fait d'avoir fait des stages en niveau 1 et puis en SASPAS, tu es amené à dire non, tu es amené à ne pas aller dans le sens du patient et globalement ça s'est bien passé.

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I13 : Euh... J'aurais aimé avoir plus de retour de la part des praticiens sur les situations que eux ont rencontré où ils ont eu des difficultés pour dire non. Des choses un peu plus concrètes auquel je n'ai pas forcément rencontré. Parce que j'avais toujours un peu le même type de demande où je disais non et en fait je pense que c'était très axé sur un type de population ou c'est les arrêts de travail ou les certificats. Et puis, je pense qu'il y a plein d'autres moments où faut dire non et je n'ai pas forcément identifié ça comme un non qui du coup vont peut-être être plus facile pour moi mais moins bien ressenti par le patient parce que du coup euh... Lui il aura vraiment vu ça comme un non, un échec de sa part car il n'aura pas obtenu ce qu'il venait chercher. Alors que pour moi c'est naturel dans telle type de situation, « non c'est comme ça, et puis point ». Et puis peut-être que je n'aurais pas laissé le choix vraiment de s'exprimer et de faire sa demande.

M : Est-ce difficile de dire « non » ?

I13 : Ça dépend. (Rires.) Ça dépend des situations. (Rires.)

2. 14- Entretien 14

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation où soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I14 : Oui.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amenée à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I14 : Euh.... Des arrêts de travail, des prescriptions de médicaments quand je pense que c'est pas utile. Des bons de transport quand je trouvais que ce n'était pas justifié. Voilà je crois, enfin c'est ce qui me vient, après j'en oublie peut-être.

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I14 : Parce que j'estime qu'il n'y a pas besoin de, enfin que c'est injustifié en fait. Que c'est des prescriptions injustifiées voire dangereuses pour les médicaments quand on est chez l'enfant et injustifiées quand c'est les bons de transport ou arrêt de travail que je trouve abusifs. Pour les arrêts de travail c'est surtout en général pour la durée. Il y a la justification mais aussi la durée des arrêts.

M : Dans quel intérêt tu penses agir quand tu dis « non » ? Dans ton intérêt, celui du patient, de la collectivité ?

I14 : Bah les trois. Dans l'intérêt du patient parce que euh... c'est le complaire dans des choses enfin, je vais être un peu horrible mais dans l'assistantat tu vois de euh... Pour ce qui est des bons de transport et des arrêts de travail. Dans l'intérêt du patient aussi pour ce qui est des médicaments et pour ne pas être plus délétère que bénéfique quand on prescrit des médicaments, voire dangereux en fait. Dans le mien, pour ne pas avoir un procès aux fesses après. (Rires.) Ou ne pas avoir la sécurité sociale qui toque à ma porte. Dans la collectivité parce que ça fait quand même des économies, ça fait des dépenses de santé publique énorme et que ça fait des économies euh... Ouais je pense que c'est de la bonne gestion de pas tout le temps accepter des bons de transport. Ouais voilà, quoi.

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I14 : Hum... Souvent finalement quand j'explique pourquoi, finalement les gens ils acceptent. Ils tentent mais ils acceptent la décision. Peut-être deux fois j'ai eu une agressivité de la personne en me disant « bah qu'ils avaient bien le droit car ils étaient à 100 % » par exemple pour un bon de transport. « Ils avaient bien le droit ils étaient à 100 % » oui mais bon il est à 100 % pour son cancer, bon je dis n'importe quoi, et là il vient pour son problème dentaire. Ça n'a rien à voir, enfin voilà. Et si pour les ordonnances enfin, le problème rencontré c'est plutôt la difficulté des gens à comprendre que tu ne prescrites pas des médicaments symptomatiques par exemple pour la bronchiolite que tu ne prescrites pas de Ventoline® alors qu'ils ont l'impression que tu ne fais rien. Et du coup c'est justifié que tu ne fais pas rien en ne prescrivant rien ! (Rires.) Et du coup ça, ça a été difficile, c'est le temps que tu prends pour justifier que tu ne prescrites rien. Enfin c'est pas du tout perdu, hein, c'est de l'éducation.

M : Dans quelles situations est-ce le plus difficile de dire « non » ? Dans quel type de demande ?

I14 : Hum... C'est peut-être plus pour les médicaments. Quand par exemple ils viennent pour autre chose et qu'ils te demandent euh... « En fait on pourrait pas me prescrire mon traitement de fond parce que là il y en a plus ou j'ai perdu l'ordonnance » et bah toi tu ne sais pas trop. Et si aussi il y a un truc, bon ça répond à une question d'avant, c'est les collègues qui te demandent des ordonnances. Ça c'est difficile de dire non. Je crois qu'en fait ça c'est le plus

difficile. Car les patients encore, bon bah ils ne sont pas contents, tant pis et tu ne les revois plus. Au pire mais au moins toi tu es en accord avec toi même. Mais les collègues c'est le plus difficile car tu les connais personnellement, tu as aussi envie que ça se passe bien en stage. Et des fois, c'est difficile de dire non pour des choses un peu limite quoi.

M : Y a-t-il un type de patient où c'est plus difficile de dire « non » ?

I14 : Les personnes âgées. Les personnes âgées à qui tu refuses un bon de transport, bon bah des fois tu te dis que quand même ils ne vont peut-être pas prendre le bus. Voilà mais en fin de compte le bon de transport il n'est peut-être pas légitime non plus enfin... Voilà ça c'est le plus difficile.

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I14 : Oui.

M : C'était comment ?

I14 : C'était une dame turque qui avait la CMU qui euh... Elle était en France depuis 20 ans et c'était sa huitième grossesse et j'étais interne en gynéco-obstétrique, qui était venu par les pompiers deux mois après avoir accouché. Et donc quand je l'ai interrogé bref en fait c'était son retour de couche quoi. Je trouvais déjà abusée qu'elle vienne aux urgences par les pompiers pour des saignements qui n'étaient pas plus que des règles et qu'en fait bah elle était assez neuneu pour pas comprendre que c'était son retour de règle avec son huitième gamin et que ce n'est pas... Tu vois enfin ? Et qui m'a demandé une ambulance pour rentrer chez elle. Elle avait donc elle était pas âgée, une quarantaine d'année je pense. Et donc là j'ai dit Non ! (Rires.) Et donc ils n'ont pas compris pourquoi j'ai dit non, et euh... Comme quoi les pompiers étaient venus les chercher. Et donc j'ai dû parlementer pendant peut-être 20 minutes avec les 10 patients qui attendaient encore en salle d'attente aux urgences. Et euh en plus, elle était avec sa belle-sœur et m'insultaient enfin je pense en turc. Donc voilà, je percevais ça en plus et à la fin je lui ai dit « au fait, c'est 1000 €. » Elle m'a dit « quoi ?? Moi paie pas, moi paie pas, avoir CMU ». Je fais « oui mais alors le déplacement des pompiers, l'échographie, plus la consultation aux urgences et tous... » Et en fait voilà c'était des gens qui profitaient à mort du système parce que en fait elle se déclarait comme mère célibataire et faisait des enfants tous les 3 ans pour avoir les indemnités des mères célibataires et elle venait aux urgences avec les pompiers donc tout ça, ça m'insupporte et donc du coup voilà. Du coup j'ai dit non peut-être un peu trop fermement et elle n'a pas trop apprécié. (Rires.) Et ça par contre elle ne parlait pas français du tout mais le non elle a très bien compris.

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I14 : Ouais ça a dû arriver, après... Oui c'est arrivé, quand j'étais aux urgences adultes où j'ai dit non dans une situation où moi je trouvais ça abusée et en fait j'en ai parlé à mon chef qui m'a dit « oui, mais quand même, tu devrais le faire. Quand même sinon elle n'est pas sortie des urgences, on a pas fini, jusqu'à je ne sais pas quelle heure ». Donc en fait, j'ai dû le faire.

M : Que ressens-tu en disant « non » ? De la gêne ?

I14 : Hum non... Enfin franchement moi je ne ressens pas de gêne. Des fois, un peu d'appréhension de la réaction que je vais avoir en face selon le contexte mais quand je dis non c'est que je suis sûre que j'ai raison de dire non et du coup, enfin, en général ça passe. Je

te dis, j'ai eu deux ou trois fois où les gens ont déblatéré derrière et n'était pas d'accord avec ma décision mais dans la majorité des cas, ça passe quand même.

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I14 : Les avantages ? Euh... De l'éducation parce que en général je dis non en expliquant pourquoi je dis non donc des informations sur peut-être la loi et puis sur son éducation à lui dans quel cas on donne ou pas des médicaments etc... Et puis l'éducation sur sa maladie en général car c'est de là que part l'arrêt ou les traitements etc. Et euh le fait que la fois d'après il ne te demande plus, il ne te pose plus ce genre de questions. Il sait que si tu le proposes, il sait mais qu'il n'en aura pas forcément.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ? A céder à la demande ?

I14 : Un gain de temps. Un gain de temps sur la consultation qui est quand même énorme car on perd pas de temps à expliquer du coup. Euh... Et voilà, mais je pense que pour lui, pour le patient, l'avantage il n'y en a pas quoi.

M : Quels sont les inconvénients à « non » ?

I14 : Bah le fait que tu t'exposes quand même à une confrontation avec le patient. Que du coup, le corollaire, que tu perds ton temps à expliquer pourquoi tu dis non et puis que ça te fait de la paperasse en plus. (Rires.) Voilà j'ai pas d'autres...

M : Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ? A céder à la demande ?

I14 : Avoir du mal à dormir le soir. (Rires.) Moi franchement quand je ne suis pas en accord avec moi-même et avec un patient ça me travaille pendant un moment. Ça me travaille plus que si je suis entrée en conflit avec un patient mais en respectant ma décision. Si je ne suis pas en accord avec moi-même sur la décision que je prends, voilà.

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilises-tu pour faire accepter le refus ?

I14 : (Rires.) Je ne sais pas si j'utilise une méthode. Je dis juste non ! Hum... Je dis « alors je vais vous dire non, parce que ... » Et blabla. C'est comme ça que je fais.

M : Tu leur expliques quoi.

I14 : Oui, voilà, je leur explique.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I14 : Ben quand j'étais en stage chez le prat, la conséquence c'est que finalement ils avaient plus confiance en toi après pour les décisions que tu prends car comme tu avais expliqué pourquoi tu ne le faisais pas il a l'impression que tu maîtrises un peu ton sujet. Enfin notamment pour les prescriptions de... Enfin les non-prescriptions de médicaments justement. Il a l'impression que comme tu lui expliques le mécanisme de la maladie et le pourquoi tu ne prescris pas et ben j'ai l'impression qu'ils te font plus confiance, ils ont l'impression que tu es plus calée dans ton sujet et donc du coup ils reviennent.

M : As-tu demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I14 : Euh... Oui. En fait c'est peu arrivé moi chez le prat les refus car j'étais avec un prat qui ne passait son temps qu'à faire des arrêts de travail en fait. 100 % de son temps c'était ça, d'ailleurs il a eu un contrôle sécu pendant mon stage. Et donc en fait je ne les ai pas vu seule les patients pour ce qui est des arrêts de travail par exemple parce que lui travaillait tellement. Sa patientèle était habituée comme ça et n'aurait jamais compris que moi je dise

non en fait. Pour les médicaments, c'est arrivé que je dise non mais mon médecin référent l'a fait derrière mon dos, donc je n'ai pas eu trop de souci par rapport à ça.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidée pour dire « non » ?

I14 : Euh... Bah il n'y a pas eu de formation théorique déjà. Enfin moi je n'en ai pas eu. Genre on ne m'a jamais appris à dire non, comment faire pour dire non aux patients. Je n'ai jamais eu de cours là-dessus. Et euh... Après pratique en écoutant les chefs faire oui. En observant quoi, comment ils le prenaient et ça oui. En étant toujours calme, en étant jamais dans la confrontation directe mais plutôt en expliquant posément le pourquoi. C'est vrai que ça m'a aidé quand les chefs disaient non sans prendre de pincette, en allant de but en blanc, les gens se braquaient beaucoup plus en fait. Sans expliquer les gens se braquaient beaucoup plus en fait et du coup ça passait beaucoup moins bien. Alors que finalement en se posant et en expliquant les choses les gens comprennent plutôt bien. Donc la formation pratique m'a aidé sans que ce soit « viens je vais te montrer comment on dit non » mais juste l'observation, oui ça m'a aidé.

M : Est-ce difficile de refuser ?

I14 : Oui. C'est difficile mais à partir du moment où tu es en accord avec ce que tu fais, de ta décision et que tu penses que c'est justifié, ben tu t'en sors ! (Rires.)

2. 15- Entretien 15

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation où soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I15 : Euh oui.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amenée à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I15 : Alors les plus fréquentes, je dirais que c'est le refus de donner des antibiotiques dans des fièvres surtout chez les enfants que ce soit à l'hôpital aux urgences ou en cabinet de ville. Quand j'étais chez mon maître de stage il était euh... Médecin généraliste et pédiatre. Je voyais beaucoup d'enfant et c'est vrai que là il y avait souvent des fièvres et les parents qui poussaient pour prescrire des antibiotiques.

M : D'accord. Est-ce que tu vois d'autres demandes ?

I15 : Euh... Bah par exemple pour les traumatismes crâniens de faire un scanner cérébral ou alors de faire des imageries pour des entorses de cheville. Voilà.

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I15 : Euh... Parce que j'estime qu'il n'y en a pas besoin. Ça serait soit poser des patients à des risques inutiles par rapport aux rayons donc des risques cancérigènes surtout chez les enfants. Ou alors, humm quand c'est en pédiatrie, parce que ce n'est pas efficace et pas forcément toxique pour l'enfant. Euh... Et parce qu'on sait qu'il faut préserver on va dire l'écosystème et qu'il faut lutter contre les résistances d'antibiotiques et donc du coup voilà. Et aussi pour la santé publique quoi.

M : Dans quel intérêt penses-tu agir ?

I15 : Dans l'intérêt du patient, dans l'intérêt de santé publique et euh... l'économie aussi pour éviter de dépenser trop de sommes car un scanner ça coûte je ne sais pas j'imagine 200 € donc du coup, voilà !

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I15 : Hum... Les difficultés je dirais c'est de euh... En fait j'ai l'impression d'avoir peur de me tromper et du coup de finalement de regretter de ne pas l'avoir fait par précaution. Voilà, par exemple pour l'imagerie comme il vomissait et tout, bon l'examen neurologique était normal du coup je me dis « ah bah peut-être que finalement... » C'est plus une remise en question de mes convictions personnelles. « Ah bon vous êtes sûr docteur ? » Quand ils insistent et tout, après on va peut-être se dire zut, j'ai tort, peut-être qu'ils ont raison. Une remise en cause personnelle, c'est ça qui me met mal à l'aise et donc du coup il faut vraiment être très sûre de soi, assurée pour pouvoir être ferme dans sa décision. Comme ça eux ça les rassure aussi, si ils voient qu'on est hésitant, qu'on bafouille là ça va pas aller. Il ne faut pas se laisser perturber par la réaction du patient, ou de la famille quand ils insistent et rester ferme dans son truc même si à l'intérieur tu cogites et que tu te dis zut il a peut-être raison.

M : Quelles situations sont les plus difficiles ?

I15 : Euh... Bonne question. Euh bah c'est quand moi-même j'ai un doute et que je me dis « je fais, je fais pas, je pense qu'il n'y en a pas besoin ». Voilà où j'aurais plus de mal à refuser c'est quand je ne suis pas complètement convaincue que c'est complètement inutile.

M : Pour quel patient est-ce le plus difficile ?

I15 : Hum ceux qui sont un peu agressifs, qui vont insister lourdement, qui vont remettre en cause ta parole, qui vont douter de toi, par rapport au fait qu'on soit interne, par rapport à ton statut. C'est ceux qui vont être le plus virulent et le plus insistant.

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I15 : Euh... alors oui. Mais pas très souvent. Là je n'arriverai pas à en trouver un récemment. Ah si, ça y est. Un conflit avec un parent, bah c'était ici en pédiatrie. La mère en fait, nous a traité de nul, que l'hôpital était pourri, qu'on ne savait pas faire notre métier pour des raisons administratives. C'est -à dire que comme on ne l'avait pas demandé de s'inscrire auprès des admissions, du coup moi je lui ai demandé de faire la sortie alors qu'elle n'était pas inscrite. Du coup elle était très énervée contre le service et a demandé qu'on enlève tout de suite le scope, qu'on le déperfuse et qu'elle prenait son enfant et qu'elle se cassait. Qu'elle en avait rien à foutre des admissions et qu'elle se cassait.

M : Comment tu t'es sentie ?

I15 : Bah mal, car tu te sens agressée. On remet en cause tes compétences pour des choses en plus qui ne sont pas justifiées, devant d'autres parents, d'autres personnes et d'autres personnels. Ouais c'est la honte quoi ! (Rires.)

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I15 : Euh... Surement mais là... Hum je n'ai pas d'exemple mais je pense que oui.

M : Que ressens-tu en disant « non » ?

I15 : Ressens ? Hum... En fait c'est la peur je pense de décevoir. Qu'ils ne sont pas convaincus de ce que tu dis donc de tes attentes et que du coup ils se disent bah... Je n'ai pas réussi à les

convaincre que ce n'est pas la peine et que eux ressortent de la consultation pas convaincus. On a un doute on, on est pas sur quoi. Voilà c'est la peur de ne pas se sentir à la hauteur, de pas avoir réussi à convaincre et rassurer.

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I15 : Ah bah c'est parce que... En fait on n'est pas là pour répondre à toutes leurs attentes. On n'est pas un service. On n'est pas des biens de consommation. On n'est pas là pour tout ce qu'il souhaite. D'ailleurs dans le non, dans les choses que j'ai refusées par exemple c'est les sorties d'hospitalisation chez les patients en psychiatrie. J'ai refusé qu'ils sortent ou des permissions car ils étaient trop mal quoi. Souvent en psychiatrie, on est amené à dire non et du coup on est le mauvais objet. C'est vrai que ce n'est pas très agréable, comme le méchant quoi. Mais euh... En psychiatrie je l'ai surtout ressenti. Pour les avantages, bah en fait tu te mets aussi dans une position où tu as ton point de vue et qui peut être différent du patient donc tu lui apportes quelque chose. Lui il ne sait pas, ce n'est pas le patient qui donne des ordres au médecin « fais-moi ça ». Le médecin a son mot à donner, son opinion par le fait de son expérience et de ses connaissances et du coup, ça peut apporter quelque chose en plus en disant non. Il apporte son expertise quoi. C'est bien de pouvoir dire non, et je pense que ce serait pathologique de dire oui tout le temps.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ? A céder à la demande ?

I15 : Les avantages ? Bah pour le rassurer je dirai. Comme ça, il a un doute, on fait la radio, bah il est sûr et nous aussi. Tout le monde est satisfait quoi. Et en plus je pense que l'autre avantage, bon ce n'est pas un très bon argument mais ça va plus vite quoi. Tu n'as pas à négocier ! (Rires.) Et c'est vrai que surtout en ville où il manque tellement de temps, que quand bah il y a des médecins qui se disent que c'est plus rapide de prescrire la chose à la demande du patient que de négocier et lui expliquer tout le blabla de la différence entre le virus- bactérie et du coup c'est plus simple de céder à la demande du patient. Comme ça lui il est content, il sort avec son ordonnance, sa radio et il est sûr du truc quoi ! (Rires.)

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I15 : Euh... bah c'est être le mauvais objet, le méchant. Euh... Le médecin qui est mal perçu car on n'est pas sûr de ce qu'il raconte. On remet en cause sa parole. Et puis que ça prend plus de temps à discuter, à expliquer, à faire de la pédagogie auprès des patients.

M : Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ? A céder à la demande ?

I15 : Bah du coup c'est aussi l'image qu'on a de soit où on peut se dire bah voilà on a été faible, on a fait ça pour faire plaisir, pour se faire bien voir, pour garder sa clientèle. Du coup, c'est peut-être l'image aussi qu'on a de soi je sais pas. On a cédé quoi. Puis après tous les autres inconvénients c'est ce que j'avais dit par rapport à perdre de l'argent inutilement, favoriser les résistances dans le cadre des antibiotiques, de mettre en danger le patient si tu le fais sortir alors qu'il y a un risque de suicide et qu'il est déprimé et suicidaire. L'inconvénient c'est que ça peut mettre en jeu la santé du patient quoi.

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilises-tu pour faire accepter le refus ?

I15 : Bah hum... Ça dépend de mon état de fatigue. (Rires.) Quand je suis énervée, fatiguée, saoulée, je vais être cash. Je vais dire « Non ! », voilà. Et puis en général, j'essaie de toujours

justifier pourquoi je ne veux pas faire tel examen en essayant de rassurer au plus les patients, en me justifiant quoi.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I15 : Bah c'est ça c'est que ça peut... Enfin si tu n'as pas réussi à les convaincre dans tes explications, qu'ils n'ont pas compris pourquoi tu ne le faisais pas, c'est que eux ils n'ont plus confiance en toi et qu'ils vont voir quelqu'un d'autre. Voire qu'ils soient déçus car ils avaient des attentes précises, ils venaient pour ça par exemple pour un arrêt de travail où tu dis non, qu'il décide de changer de médecin. Comme un enfant qui serait frustré et qui va voir ailleurs quoi.

M : As-tu demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I15 : Euh oui, moi je pense que tout travail mérite salaire donc oui je faisais payer même si je n'ai pas réussi à voir les oreilles des patients. Je pense qu'il faut car on a passé du temps. Même si ça n'a pas été le résultat parfait, et le plus performant possible, je pense que oui il faut faire payer.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidée pour dire « non » ?

I15 : Alors en tant qu'externe pas du tout. La formation à la fac euh... Oui un petit peu car on fait des ateliers avec des mises en situation où on joue le rôle du médecin et du patient. On joue le rôle des patients agressifs qui veulent quelque chose, qui sont récalcitrants tout ça donc oui on apprend un peu à faire des jeux de rôle et à apprendre à dire non. Après bah à l'hôpital, tu apprends sur le tas avec les patients, apprendre à les gérer pour ne pas entrer en conflit, que le ton monte.

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I15 : Je pense qu'il faudrait commencer un peu plus tôt ! (Rires.) C'est à dire commencer dès l'externat car les externes ils ont aussi à voir des patients à prendre en charge. Que je pense que ce serait bien de faire beaucoup plus de psychologie durant l'externat. Pour l'internat c'est bien de faire de la psychologie mais je trouve qu'après on en fait beaucoup et plus trop de théorique quoi. Tu es censée tout connaître alors que je pense qu'on a quand même pas mal de choses à apprendre. Donc je pense que ouais commencer plus tôt des cours de psychologie.

M : Est-ce difficile de refuser ?

I15 : Euh... Moi je dirais de moins en moins. Parce que quand on prend de la confiance en soi bah je pense qu'on a plus peur de dire non et qu'on commence à s'en foutre de l'opinion des autres quoi. (Rires.) Si on estime que c'est pour le bien soit des patients, des finances, de la santé bah voilà et ben je pense que oui.

2. 16- Entretien 16

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation où soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I16 : Oui

M : Quelles sont les demandes où tu as été amenée à « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I16 : Surtout les arrêts de travail. Ah si et les antibiotiques à part ça je ne vois pas. A part les examens complémentaires aussi (Rires.) Les radios et ce genre de choses.

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I16 : Parce qu'il n'y a pas d'indication.

M : Dans quel intérêt penses-tu agir ?

I16 : Ce serait plutôt euh... Bah déjà pour le patient car faire des examens c'est toujours irradiant. Ensuite les arrêts de travail, par exemple dans la dépression il vaut mieux pas trop les arrêter pour ne pas qu'il ressasse leur problème et aussi pour la société parce qu'on paie des choses qui ne sont pas forcément bien.

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I16 : Bah l'incompréhension du patient qui veut à tout prix soit son arrêt soit sa radio soit... Ouais surtout ça.

M : Quelles situations sont les plus difficiles ?

I16 : Bah où les patients sont très demandeurs et très insistants. Là c'est difficile de refuser.

M : Est-ce que tu vois une situation à part où c'est difficile ?

I16 : Je trouve que les arrêts de travail ouais c'est assez subjectif finalement au niveau des douleurs notamment on ne se rend pas bien compte quand la personne ne nous paraît pas très douloureuse mais elle, elle décrit vraiment des douleurs et veut son arrêt. C'est difficile par exemple aussi les femmes enceintes c'est difficile de refuser quand elles ont un contexte social un peu particulier.

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I16 : Rarement. Mais c'est arrivé oui par exemple aux urgences gynéco. Une dame qui voulait absolument se faire arrêter mais c'était plus de l'angoisse parce qu'elle avait fait plusieurs fausses couches et là elle était enceinte et elle avait vraiment peur de faire une fausse couche du coup elle voulait s'arrêter. Et je lui ai expliqué qu'elle ne serait pas arrêtée toute sa grossesse. Malheureusement ça n'empêcherait pas une fausse couche si elle devait arriver.

M : Elle l'avait compris ?

I16 : Non mais du coup j'ai choisis un compromis en disant que moi je l'arrêtais trois jours et que si elle voulait plus il faudrait qu'elle voie son médecin traitant. Je me suis dit que son médecin la connaîtrait mieux et jugerait de son état car c'est vrai qu'aux urgences on ne peut pas toujours creuser.

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I16 : Non.

M : Que ressens-tu en disant « non » ?

I16 : Du stress. (Rires.)

M : Pourquoi ?

I16 : En fait j'aime pas les conflits de base donc c'est vrai qu'être en conflit avec un patient ce n'est jamais agréable.

M : Tu n'aimes pas les conflits quand tu vas dire « non » ?

I16 : Ouais forcément ça va entrainer un conflit même si tu expliques. Les patients, ils restent souvent sur leurs idées et veulent absolument quoi.

M : Donc tu cèdes ?

I16 : Des fois.

M : Et comment tu te sens après ?

I16 : Mal. (Rires.) Pas très bien, je ne me sens pas fière de moi et je me dis que la prochaine fois je ferais mieux.

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I16 : Bah à affirmer ton non, tes connaissances et être sûr de tes positions aussi. On est sûr de notre indication qu'il n'y a pas d'indication quoi. C'est plus facile de dire oui.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ? A céder à la demande du patient ?

I16 : Bah déjà c'est l'éducation du patient comme ça il ne reviendra pas avec une autre demande et il comprendra comment ça marche et pour sa santé aussi.

M : Ça c'est plus l'avantage à dire « non » ?

I16 : Ah oui... Ben que c'est plus facile. Enfin on n'entre pas en conflit et c'est plus rapide aussi.

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I16 : Bah ça met plus de temps du coup d'expliquer et c'est surtout ouais le rapport de force qui n'est pas toujours évident à gérer. En cabinet quand on est seule en face du patient et qu'il peut devenir violent...

M : Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?

I16 : C'est la même la question ?? Bah c'est surtout pour soi je pense, on se sent un peu dévalorisée.

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilises-tu pour faire accepter le refus ?

I16 : Bah surtout argumenter et expliquer pourquoi on dit non. Essayer de faire comprendre aux patients.

M : Et quand tu argumentes tu te bases sur quels faits ?

I16 : Bah ce qu'on a appris en cours. Ouais les connaissances médicales.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I16 : Je pense que parfois ça peut être bénéfique.

M : Dans quel cas ?

I16 : Ben quand... Quand le patient essaye par exemple. Il sait qu'on va dire non et oui effectivement on dit non.

M : As-tu demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I16 : Oui. (Rires.) Oui.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidée pour dire « non » ?

I16 : Non pas du tout. Ils nous apprennent pas du tout à gérer des situations conflictuelles et c'est vrai que c'est dommage.

M : Et dans la formation théorique ? Euh pratique pardon.

I16 : En pratique bah on ne la rencontre pas forcément. Parce que chez le prat on est souvent seule et du coup c'est à nous de gérer, en tout cas.

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I16 : Bah avoir des cours théoriques sur le non ouais et des mises en pratique. Et puis ça serait bien de voir comment les chefs disent non.

M : C'est difficile de dire « non » ?

I16 : Oui. (Rires.) Et de moins en moins je pense car on acquiert de l'assurance et même des connaissances.

2. 17- Entretien 17

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation où soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I17 : Oui bien sûr.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I17 : Euh bah c'est souvent pour les arrêts de travail, et pour les antibiotiques en ville, enfin voilà. Là je parle surtout du stage chez le prat parce que c'est là où j'étais un peu toute seule et où j'ai dû des fois dire non.

M : Est-ce que tu vois d'autres choses ou pas ?

I17 : Euh bah après... Pff. Bah même pour la réalisation d'examens complémentaires. Euh ouais mais voilà souvent c'est « Vous me mettez pas de médicaments, bah non. Vous faites pas d'examens complémentaires, bah non. Et est-ce que vous me faites un arrêt de travail, bah non ». (Rires.)

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I17 : Bah parce que ce n'est pas indiqué de... Enfin c'est qu'il n'y a pas d'indication médicale à ce que je donne ces choses.

M : Dans quel intérêt penses-tu agir ?

I17 : Bah l'intérêt du patient déjà. Par exemple si on prend les antibiotiques déjà pour lui déjà pour lui éviter de faire des résistances et tout ça mais c'est aussi l'intérêt collectif. L'intérêt pécunier. (Rires.) Enfin voilà, non d'abord je pense au patient lui-même et puis après aux autres.

M : Quelles sont les difficultés rencontrées lors d'un refus ?

I17 : Bah il faut avoir les bons arguments pour appuyer le refus. Voilà, il ne faut pas juste dire non, il faut savoir expliquer pourquoi. Parfois on n'est pas vraiment sûr déjà nous-mêmes donc ça nous met un peu en doute et si le patient insiste bah, on a tendance à craquer un peu. Euh... Ouais donc il faut avoir les bons arguments puis euh... Voilà.

M : Quelles situations sont les plus difficiles ?

I17 : Euh... Bah quand il y a toujours des antécédents je sais pas familiaux ou des connaissances, je sais pas, qui se sont mal passés, je sais pas imaginons un petit qui a mal à la tête. On a pas envie de lui faire un scanner parce qu'il n'y a pas d'indication mais sa grand-

mère est morte d'une tumeur cérébrale. Bon bah là on a un peu plus de mal à dire non à l'examen. Euh ouais c'est un peu le contexte.

M : Pour quel patient est-ce le plus difficile ?

I17 : Non. Je pense que ça peut toucher tous les patients, les pauvres, les chiants.

M : Mais est-ce que pour toi il y a un type de patient ?

I17 : Bah les médecins. (Rires.) Mais bon ils se prescrivent les trucs eux-mêmes si ils ont besoin. Euh... bah je sais pas je dirais peut-être pour les enfants parce que tu es toujours un peu plus inquiets.

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I17 : Oui bah oui. Notamment pour une histoire d'antibiotiques que j'avais pas mis parce que la dame avait une rhinopharyngite virale et elle m'a fait un courrier à l'ordre et tout. (Rires.) En disant que j'étais un mauvais médecin, que je l'avais mal examiné et que j'avais même pas mis d'antibiotiques. Et voilà, donc oui oui ça arrive souvent mais finalement jamais de manière frontale quoi. C'est après que tu apprends qu'ils se sont plaints de quelque chose. Mais sinon je trouve que quand tu expliques bien les choses globalement ça passe bien quoi.

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I17 : Euh... Bah oui. (Rires.) Après un exemple comme ça je ne sais pas mais oui ça m'arrive de changer d'avis.

M : Et pourquoi ?

I17 : Bah parce que entre-temps on a d'autres infos. Et puis ouais quand dès le début on est sûr de soi et où on dit non généralement tu ne changes pas d'avis. Mais quand déjà à la base tu as un petit doute, bah voilà si le patient il arrive en plus à te mettre le doute bah là si initialement tu étais parti sur un non, c'est possible de dire oui. Mais par contre quand tu dis non, j'essaye de garder le non. Je ne dis pas d'abord non puis après oui au patient. C'est dans ma tête. (Rires.)

M : Vous sentez-vous coupable de refuser ?

I17 : Hum... Bah non. Enfin après c'est pareil ça dépend des situations. Oui ça a dû m'arriver mais si j'ai un doute sur un truc ben je dis oui, comme ça je ne me sens pas coupable. (Rires.) Si je dis non c'est que vraiment je suis sûre de moi et que c'est non quoi.

M : Qu'avez-vous ressenti en disant « non » ?

I17 : Euh... Je ne suis pas très l'aise avec le non. Ouais peut-être un peu de la gêne quand même parce qu'on se dit qu'ils sont dans l'attente d'un truc et qu'on leur refuse. Mais en même temps euh... ouais je ne suis pas très à l'aise pour dire non.

M : Et pourquoi ?

I17 : Bah parce que du coup on a l'impression d'aller à l'encontre de leurs attentes, de euh... Je sais pas en plus c'est plus simple de dire oui. (Rires.) C'est plus compliqué de dire non. Ouais c'est ça donc du coup on a l'impression de pas aller, enfin voilà de pas faire ce que le patient aurait aimé qu'il fasse et du coup être un mauvais médecin à ses yeux.

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I17 : Bah c'est que du coup on montre que l'on sait ce qu'on fait parce que tu vois si on dit oui à tout on va passer pour quelqu'un qui ne sait pas de quoi il parle et voilà. Je pense que ça

nous donne un peu de prestance, ça montre qu'on sait ce qu'on fait, bah des connaissances « dans quel cas il y a ça, dans quel cas il n'y a pas ça ». Les avantages à dire non, bah après tu éduques un peu ta patientèle, enfin je ne sais pas là je parle en tant que futur médecin généraliste mais si tu dis toujours oui, bah ça va se savoir que tu es un médecin qui dit toujours oui aux arrêts de travail, oui aux antibiotiques, oui aux examens complémentaires et du coup je pense qu'il faut dès le début éduquer sa patientèle. Quand c'est viral, il n'y a pas d'antibiotique. Et euh... Ouais je pense que ça montre que tu as des connaissances et que tu t'affirmes, que tu n'as pas peur de prendre des décisions.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ? A céder à la demande ?

I17 : Bah la facilité. C'est toujours plus simple quand tu as un patient un peu chiant, enfin un peu demandeur et un peu insistant, c'est toujours plus simple de lui donner ce qu'il veut. Euh... Les avantages à ne pas dire non ? Ben finalement ça nous rassure quand même, mais ça c'est pareil on se dit « voilà il va faire son truc, voir que tout est normal et comme ça tout le monde sera rassuré ».

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I17 : Bah c'est pas facile car on a toujours le doute de se dire est-ce que vraiment c'est bien, enfin voilà « est-ce que vraiment il ne faut pas que je fasse quelque chose en plus ». Et puis voilà on risque de créer quand même un conflit avec le patient si lui il s'attendait à quelque chose et qu'on lui dit non euh... Bah voilà peut-être qu'il ne va pas vouloir revenir nous voir ou qu'il va se dire qu'on est un mauvais médecin ou que je sais pas...

M : Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ? A céder à la demande ?

I17 : Euh... Bah du coup tu es faible quoi. (Rires.) Tu as un sentiment de faiblesse. Bah oui c'est ça finalement ce n'est plus toi qui est maître, c'est le patient et ce n'est plus toi qui décide et tu es un peu un prestataire de services et plus vraiment le décisionnaire quoi.

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilisez-vous pour faire accepter le refus ?

I17 : Bah je suis hyper sympa. (Rires.) J'essaye d'être souriante, aimable. Non, généralement j'explique bien les choses, je leur indique dans quel cas par exemple il faut faire tel chose ou pas. Euh... Ou voilà dans quel cas on met un arrêt de travail et dans quel cas voilà et je leur explique « que c'est non parce que... ». J'explique pourquoi c'est non et je ne leur dis pas juste non comme ça sans explication mais bon parfois c'est compliqué quand même.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I17 : Bah soit il y a des patients qui sont contents finalement qu'on leur ait dit non parce qu'on leur a expliqué les choses et qu'ils s'attendaient à plein de choses et que finalement bah non c'est non. Et puis après oui il y a des patients qui peuvent se braquer et partir et dire que c'est pas ce qu'ils attendaient.

M : Avez-vous demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I17 : Ah, bah alors ça dépend. Si j'ai examiné le patient et que j'ai pris du temps oui. Si dès le début il m'a saoulé et que ça a duré que 2 secondes, je pense qu'il peut partir sans payer mais à partir du moment où il s'est assis, il a discuté et je l'ai examiné, oui bien sûr je demande mes honoraires. Je ne vais pas passer à côté de ça. (Rires.)

M : La formation actuelle vous a-t-elle aidé pour dire « non » ?

I17 : Euh... Bah la théorie, non pas tellement. Il ne me semble pas que j'ai eu des cours sur « comment dire non ». J'y réfléchis mais je ne pense pas. Par contre la pratique bah oui, c'est ça qui fait que l'on apprend à dire non aux patients c'est en pratiquant quoi. Mais ouais non, je ne pense pas avoir eu des cours sur le savoir dire non aux patients...

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I17 : Si je dis des mises en situations cliniques on va encore avoir des trucs à la fac. (Rires.) On va devoir se mettre en situation clinique. Hum, pour l'améliorer ? Bah non je ne sais pas, ça s'apprend vraiment un peu sur le tas en pratiquant. Je ne suis pas sûre qu'une formation théorique nous aide vraiment.

M : Est-ce difficile de dire « non » ?

I17 : Ah bah oui, mais ça restera toujours difficile de refuser. Je pense qu'il faut savoir le faire mais oui c'est difficile de refuser.

2. 18- Entretien 18

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation ou soit ton maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I18 : Amenés à dire non à un patient ? Euh oui.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I18 : Euh... C'est les demandes d'arrêt de travail. Et du coup les plus fréquentes, je dirais que c'est ça, les arrêts de travail, de jour enfant-malade, de situation d'activité professionnelle en fait. D'autres situations... Après pas à dire non mais à expliquer pourquoi sur les antibiotiques dans une bronchite ou quelque chose comme ça mais in fine tu leur dis « non, je ne vous mets pas d'antibiotiques mais ils sont plus compliants je trouve. Ils comprennent plus facilement, si tu leur expliques au final ils disent « ok je comprends que j'en ai pas besoin. » Mais si ça se trouve derrière ils en prennent j'en sais rien mais en tout cas, je leur dis pas « non ». Je n'ai jamais eu de patients qui m'a dit « je veux des antibiotiques » où j'ai dû dire non...

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I18 : Parce que pour moi elles ne sont pas adaptées à la situation et du coup j'ai l'impression que le patient abuse peut-être de la situation bah pour les arrêts de travail quand il te demande pour une entorse de cheville 15 jours d'arrêts de travail ce n'est pas adapté alors qu'il travaille dans un bureau quoi.

M : Dans quel intérêt penses-tu agir ?

I18 : Dans l'intérêt de la collectivité et du coup je te parle des arrêts de travail. Et après pour le patient car je pense que ce n'est pas lui rendre service que de l'entretenir dans ses demandes en fait. Pour qu'il grandisse aussi dans la relation des deux, qu'on lui explique et qu'on n'accepte pas tout, un peu comme les enfants en fait et que c'est complètement paternaliste. Tu ne marqueras pas ça en fait ! (Rires.) Et euh... Aussi pour le médecin car ça

permet d'asseoir une autorité un peu aussi quand tu peux dire non. Si tu dis oui, les patients ils ne t'écoutent plus après. Il faut que ce soit adapté.

M : Quelles situations sont les plus difficiles ?

I18 : Bah quand c'est un patient que tu connais bien et qui revient un peu pour la même chose et à qui tu sais que tu dis non il va être complètement démoli quoi.

M : D'accord pour toi c'est plus un type de situation plutôt qu'une situation ?

I18 : Ouais plus un type de patient parce que du coup tu sais qu'ils sont un peu fragiles et si tu dis non, ils vont sortir de la consultation pas complètement convaincu et donc du coup ils te font pas moins confiance mais derrière ils vont être plus difficile je pense. C'est plus par rapport à un certain type de patients que une situation particulière.

M : D'accord. Te sens-tu coupable de refuser ?

I18 : Non, je ne me sens pas coupable. Parce que je me dis que quand je le fais c'est parce que j'ai étudié la situation. Je n'ai pas dit non sans réfléchir quoi. Donc non, je ne me sens pas coupable.

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I18 : Oui... Mais alors attends je suis en train de me remémorer. C'était aussi pour un arrêt... En fait euh... C'était un patient qui voulait un arrêt de travail et qui allait partir en vacances donc il voulait que je lui prolonge. Moi j'avais donné genre 3 jours. Je me souviens c'était un lumbago donc j'avais mis 3 jours et il ne bossait pas dans un truc compliqué mais un bureau. Et lui allait en vacances et il restait 2 jours à travailler, il me dit « je ne vais pas revenir 2 jours à travailler alors que je pars en vacances après ». Et je me souviens, je me suis énervée et in fine la situation ne s'est pas du tout réglée quoi. Il n'a pas eu son arrêt, on s'est pris la tête mais c'était aux urgences quoi. C'est pas en médecine libérale du coup c'était plus facile je pense la sortie. En plus je ne le connaissais pas donc ce n'était pas grave quoi.

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I18 : Oui. En réécoutant pourquoi et en comprenant pourquoi la personne voulait cet arrêt. Enfin j'ai été plus souple, en réécoutant peut-être au prime abord.

M : Que ressens-tu en disant « non » ?

I18 : Bah j'ai de l'appréhension par rapport à la réaction du patient. Comment il va réagir quand je dis non. Euh... Est-ce qu'il va comprendre pourquoi. Par ce que je sais qu'après quand tu dis non il va falloir expliquer et est-ce qu'il va comprendre malgré les explications. D'une est-ce qu'il ne va pas devenir agressif même si ça n'arrive pas si souvent finalement et est-ce qu'il va comprendre c'est surtout ça.

M : Quels sont les avantages à dire « non » ?

I18 : Bah c'est un peu comme je te disais tout à l'heure. C'est un peu expliquer aux patients, de les rendre plus responsables de sa santé quoi. De leur rendre compte qu'on a pas tout dans la vie et que parfois il faut savoir mettre des barrières. Et les avantages... Pour moi c'est le seul. Le but ce n'est pas de dire non quoi. Parce que dire non ça veut dire qu'il y a eu une discussion avant et que c'est fermé. Non c'est ferme quoi. Alors que quand tu dis non et que c'est compris, ce n'est pas un vrai non. Je ne sais pas si tu vois et comment tu peux traduire ça.

M : Euh non...

I18 : Non mais en gros quand tu dis non c'est que tu as discuté hyper longtemps avec le patient globalement. C'est qu'il te cherche il te dit « mais vous êtes sûr, vous êtes sûr, vous êtes sûr ? Ah mais non, je veux ça je veux ça » et puis toi tu dis non c'est ferme c'est définitif. Pour moi le non c'est vraiment un gros mot qui veut dire c'est terminé. Cette discussion est close quoi. Alors que...

M : C'est quoi l'avantage de dire « non » ?

I18 : Bah l'avantage de dire non, ouais c'est l'éducation du patient. Ouais si on veut. Je mettrais ça.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ?

I18 : C'est facile. La facilité, euh... Tu as plus de temps, le gain de temps. Tu ne te prends pas la tête. Et euh... Du coup la reconnaissance par rapport à ton patient quoi. Mais ce n'est pas de la reconnaissance viable. C'est con quoi que ton patient il t'apprécie parce que tu as dit oui alors que ça ne devrait pas l'être.

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I18 : Bah... je ne l'ai pas déjà dit ça d'ailleurs ? Non ? Bah ça prend du temps. (Rires.) Tu dois expliquer derrière. Tu risques, la relation entre les deux peut être altérée c'est l'incompréhension quoi. Et que en tant que médecin- patient ce n'est pas il y en a un qui sait et qui doit dire non, pas comme les enfants quoi. Quand je disais l'éducation du patient tout à l'heure c'est quand les gens en ont besoin mais finalement c'est... L'inconvénient c'est que tu fais un peu paternaliste quoi.

M : Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?

I18 : Bah c'est que du coup tu n'assoies pas ton... C'est un peu ambivalent ce que je dis mais tu n'assoies pas vraiment ton diagnostic, ton professionnalisme en fait. Parce que si le patient il sait ce qu'il a, qu'il a besoin de ce truc là et que toi tu dis non. Qu'est-ce que tu lui apportes de plus en fait par rapport à quelqu'un qui ne sait pas. Au moins tu lui apportes une plus-value au fait qu'il vienne te voir. Si lui il pense qu'il a besoin d'un arrêt et que toi tu penses qu'il n'en a pas besoin, c'est probablement toi qui a le plus raison parce que tu es le professionnel. Et donc du coup, ça perd en crédibilité professionnel je trouve le fait de dire oui.

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilises-tu pour faire accepter le refus ?

I18 : L'explication. Vraiment la discussion. Discuter et expliquer aux patients. Parce que souvent finalement ça passe en fait. Il y en a très peu qui sont bornés. Je ne m'énerve pas très souvent.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I18 : Bah si c'est le refus et qu'on en est arrivé aux mains parce que le type il ne veut rien comprendre. Je considère que la relation elle est... Elle n'a pas été saine depuis le début quoi. Soit c'est quelqu'un que tu ne connais pas et qui abuse de toi. Soit c'est quelqu'un que tu connais et il y a toujours moyen que ça se répare après. Mais je n'ai jamais eu ce cas-là avec des gens que je connaissais en fait. Les non, je ne les ai eus qu'avec des gens de passage et

qui ne te connaissent pas bien et donc du coup ils se permettent de te demander des trucs et...

M : As-tu demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I18 : Ah bah oui. Bah oui merde tu as fait ton job. En plus, deux fois plus que si tu avais dit oui. Il faut être payé pour ce que tu fais même si tu dis non.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidée pour dire « non » ?

I18 : Bah je pense qu'en fait on ne nous apprend pas à le dire mais on nous dit qu'il faut le dire. Combien de fois on nous dit : « les antibiotiques ce n'est pas automatique, les arrêts de travail c'est pas possible ». Finalement on te bourre ça dans la tête. Attention le mec va te demander un arrêt de travail et va forcément abuser. Du coup tu sais qu'il faut que tu le dises mais on ne te forme pas à le dire. On n'a pas eu de vrai truc de jeu de rôle où on nous a dit, « tiens un tel et un tel, tu diras non et comment vous aller le gérer quoi ». Donc je dirais plutôt, pas à dire non aux patients en vrai mais qu'on sait quand dire non parfois.

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I18 : Bah c'est ça, faire des jeux de rôles, éventuellement des situations compliquées quoi, de situations de conflits avec des comédiens ou entre nous quoi. Je sais qu'on fait ça sur pas mal de trucs euh... Oui je pense que ça, ça pourrait être pas mal parce que ça permet de se mettre en situation sans être vraiment avec quelqu'un. Et peut-être aussi... Hum non.

M : Est-ce difficile de dire « non » ?

I18 : Oui. Oui c'est difficile parce que ça t'engage et qu'il faut que tu te justifies alors que tu ne te justifies jamais quand tu dis oui en fait.

2. 19- Entretien 19

M : Dans ta propre expérience, as-tu été témoin d'une situation ou soit toi maître de stage soit toi-même avez été amenés à dire « non » à une demande d'un patient ?

I19 : Oui.

M : Quelles sont les demandes où tu as été amené à dire « non » ? Quelles sont les plus fréquentes ?

I19 : Euh... Les demandes d'arrêts de travail que je considère non justifiées. Euh... Les demandes d'antibiotiques malgré les explications que ce n'était pas nécessaire et euh... Moi il y a plusieurs fois où j'ai dû dire non pour du Subutex®, des patients qui viennent qui ne sont pas connus du cabinet et qui demandent des trucs qui sortent un peu du lot ou que tu ne peux pas vérifier. Voilà... Non c'est tout.

M : Pourquoi les refuses-tu ?

I19 : Euh... Bah parce que les antibiotiques je sais que ça n'a pas d'effet. Je suis convaincue de ma réponse et je trouve que ce n'est pas intelligent de rentrer dans le jeu du patient. Il faut savoir tenir son rôle. Si moi je sais que ce n'est pas efficace et pas nécessaire, je ne vois pas pourquoi je vais dire oui et qu'on est pas dans une relation d'épicerie où il exige ce qu'il faut et ce qu'il veut. Pour l'arrêt de travail, c'est un peu pareil. Je trouve que c'est un acte médical que ce n'est pas au jugé du patient que ce n'est pas le faire valoir pour gérer n'importe quel

conflit au travail. « Ah non mais c'était dur hier au boulot, je veux être arrêter, je suis en souffrance ». Enfin je pense que ça devient un peu compliqué de dire oui à tout et d'arrêter tout le monde tout le temps. Enfin ou du moins, moi j'ai un peu du mal à faire ça. Et euh... après pour les demandes un peu abusives de produits ou de truc comme ça, c'est plus parce que je n'étais pas à l'aise que voilà... Je me dis que si il fait tous les médecins... C'est peut-être parce que je n'ai pas l'habitude de prescrire. Et pas envie de dire oui et qu'après derrière on disent « le docteur machin... » Voilà.

M : Dans quel intérêt penses-tu agir ?

I19 : Euh... Bah j'essaie que ce ne soit pas dans mon intérêt. Dans celui du patient parce que lui donner des trucs qu'il n'a pas besoin et dire oui à des demandes où je considère qu'il n'y a pas de nécessité. Mais pas mal plus dans le truc de la collectivité. De réfléchir au budget, de dire que l'arrêt de travail ce n'est pas une solution, que ça coûte de l'argent, que les examens complémentaires qu'ils ont déjà fait et que ce n'est pas nécessaire de refaire. Bah là aussi, ça coûte de l'argent. Que euh... Ça prend la place peut-être d'autres patients qui auraient besoin plus rapidement, et du coup ça fait des délais d'attente qui sont hyper long pour certains trucs.

M : Quelles situations sont les plus difficiles ?

I19 : Dans quelles situations ? Euh... Je trouve ça dépend du patient. Enfin, il y a des patients que tu ne sens pas très bien, des gens un peu colériques. Tu sens que ça va partir tout de suite en cacahuète la fin de la consult, qu'il va claquer la porte ou des choses comme ça. Donc tu sais que là tu te mets dans un truc conflictuel où tu vas mal le vivre. Ça va pourrir la fin de la journée et tu te dis est-ce que à ce moment-là ce n'est pas plus facile de dire oui. Mais du coup, là c'est dans mon intérêt globalement. Question d'avant, des fois oui dans mon intérêt en me disant ben là je vais plutôt dire oui. Euh... Quelle situation je trouve... Dans la situation où c'est difficile de dire non quand tu es encore interne. Ils te le font ressentir « non mais je veux du coup parler à ton sénior, je veux parler au docteur que tu remplaces en cabinet » euh... Et même des fois des patients hyper sympas tu vois, ça se passe trop bien et « vous êtes sûre pour les antibiotiques » et tu sais que tu devrais dire non et des fois tu dis oui.

M : Te sens-tu coupable de refuser ?

I19 : Hum... Non. Pas spécialement.

M : Es-tu déjà entré en conflit avec un patient ?

I19 : Oui.

M : C'était comment ?

I19 : Euh... Plusieurs fois... Enfin le plus souvent c'est quand même aux urgences en plein milieu de la nuit quand les gens ils sont un peu, tu vois, fatigués éternés toi aussi ou qu'ils veulent absolument un bon de transport alors que tu dis « bah non là c'est bon il y a les premiers métros », ou alors qu'il est vingt-trois heures voilà...

M : C'était surtout pour les bons de transport quoi ?

I19 : Ouais c'était pas mal pour les bons de transport et ça m'est arrivé une fois au cabinet pour le Subutex® et une fois pour une patiente où j'essayais de lui expliquer par A+B que le

Doliprane® et l'Effergal® sont tous les deux du Paracétamol® et qu'elle avait décidé que le Doliprane® ne lui faisait rien mais que l'Effergal® était efficace. « Je vous prescris ce que vous voulez mais je tiens à vous dire quand même que c'est la même chose » et elle est partie en claquant la porte. (Rires.)

M : As-tu déjà changé d'avis ?

I19 : Ouais.

M : Pourquoi ?

I19 : Pas souvent sur les antibiotiques ou quelque chose comme ça. Mais peut-être des fois un peu plus sur l'arrêt de travail. Parce que tu dis non, tu dis non et après ils te déballet toute leur vie « mais je suis toute seule, mère célibataire, je ne vais pas pouvoir faire garder mon gamin, et machin et truc, et bidule, et je ne suis pas bien, et si je n'ai pas ça pour le boulot ça ne va pas le faire et que et que ma vie si vous avez juste à signer ce truc pour 2 jours et que moi ça me sauve vraiment la vie ou du moins parlant ».

M : Que ressens-tu en disant « non » ?

I19 : Pas vraiment de la culpabilité parce que je sais que c'est souvent en accord avec ce que je pense réellement mais de la gêne euh... Ouais je trouve que c'est un rapport assez frontal où toi tu es derrière ton bureau et tu n'as pas tous les pouvoirs mais là tu dis non. On te demande gentiment des fois en disant « mais je ne prends jamais d'arrêt », et toi tu dis toujours non. C'est pas de la culpabilité mais ça peut être un peu, je sais pas un gênant quand même. C'est compliqué comme question. (Rires.)

M : Quels sont les avantages à « non » ?

I19 : Les avantages ? Euh... Bah ça permet de mettre des bases dans une relation médecin-malade où tout n'est pas permis. Ce n'est pas le principe de l'épicerie et le médecin est juste un signataire en fait « bah signé ça, signé ça et c'est tout ». Euh... Quels sont les avantages... Bah si c'est dire non pour les bonnes raisons genre les antibiotiques ou quelque chose comme ça bah du coup c'est pour les résistances bactériennes. Si tu as des non qui sont clairement, médicament définis euh... L'avantage il est aussi économique parce que dire non c'est que tu ne vas pas donner un truc supplémentaire ni prescrire un examen. Euh... Mais je pense que le premier truc c'est que ça met des bases dans une relation où enfin voilà, c'est un échange c'est une relation mais il y a des possibilités où ça ne finisse pas toujours comme le patient veut parce que au final c'est quand même toi le médecin.

M : Quels sont les avantages à ne pas dire « non » ?

I19 : La facilité. Enfin du coup ça devient facile, ça devient rapide. C'est moins conflictuel. Euh... Ça te fait passer pour le tout gentil peut-être. Euh... Je pense que c'est surtout une facilité personne. Ça veut dire bon « ma journée est déjà assez compliquée, je ne vais pas me rajouter euh... Enfin mon temps vaut plus que ça. Je ne vais pas me rajouter un truc... Enfin tu vois, pas démoralisant mais voilà et pas créer de manière supplémentaire des conflits ».

M : Quels sont les inconvénients à dire « non » ?

I19 : Les inconvénients à dire non ? Bah c'est que ça peut être conflictuel. Que c'est un rapport plus frontal, il faut être... attends, euh. Que c'est plus difficile que de dire oui. Euh... Que des fois tu peux peut-être aussi dire non et qu'il aurait fallu l'arrêter et qu'il s'est jeté par

la fenêtre le lendemain, effectivement il nécessitait de prendre un peu de temps pour lui. Euh... L'inconvénient. Bon voilà.

M : Quels sont les inconvénients à ne pas dire « non » ?

I19 : Euh... Bah du coup déjà c'est rentrer dans une relation, c'est pas que ce soit le médecin le patron mais. Enfin ça veut dire que ce n'est plus toi qui mène un peu la danse. Et que tu te fourvoies, tu piétines un peu tes opinions et que du coup, je trouve que ça devient un peu une relation de marchandage aussi ce que tu as appris, ton métier, ta science tu ne la mets même pas, tu ne la fais pas fructifier. Tu dis toujours oui alors que tu penses le contraire et que tu sais que ça ne va pas marcher.

M : Quelles méthodes pour dire « non » utilises-tu pour faire accepter le refus ?

I19 : Euh... Moi je commence par dire « j'ai bien compris ou je vous ai entendu ou j'ai saisi, vous êtes inquiète ça se voit et vous avez raison et bien fait de venir », mais. Enfin, ouais. Au début je ne le faisais pas et maintenant j'essaie vraiment de bien cerner le problème parce que des fois quand tu dis non ils sentent que c'est comme si tu n'avais pas écouté alors que si tu reformules euh voilà... Ou si pour dire des fois je leur demande « mais qu'est-ce que vous attendez exactement de moi et si c'est ça alors ça va être non parce que ce n'est pas justifié mais... » Il ne faut pas dire non frontalement je pense. Et je pense qu'il faut le faire quand tu es extrêmement convaincue, que tu es sûre que voilà, malgré n'importe quelle question qu'il te posera tu es capable de dire non ça ne sert pas.

M : Après le refus : quelles conséquences sur la relation avec le malade ?

I19 : Bah il peut y en avoir des positifs comme des négatifs. Je pense qu'il y a des patients qui ne reviendront jamais parce que ce n'est pas du tout ce qu'ils cherchent et trouveront quelqu'un de plus conciliant. Je pense qu'il y en a que ça peut heurter et vont peut-être mettre du temps à s'en remettre. Je pense qu'il y en a qui peuvent comprendre et du coup tu deviens encore plus euh... enfin ils ont encore plus confiance en toi parce qu'ils se disent « bah au moins ce médecin il est carré, il ne donne pas tout à tout va, il réfléchit avant de prescrire ». Donc je pense que ça dépend en fait plus du patient comment lui va recevoir ce non. Donc je pense que ça peut être positif comme négatif, ça peut être vraiment variable.

M : As-tu demandé les honoraires à la fin de la consultation lors du refus ?

I19 : Euh... Ça ne m'est pas arrivé beaucoup beaucoup. Enfin ça dépend, si c'était un truc de 5 minutes de consultation où tu l'as à peine examiné et qu'il ne voulait que ça et ça part en cacahuète tout de suite, non je ne pense pas. Après je pense que si il y a eu une vraie consultation et qu'à la fin la demande arrive et que ce n'est pas ça, oui je pense je demanderai, même si c'est difficile de demander suite à une querelle.

M : La formation actuelle t'a-t-elle aidée pour dire « non » ?

I19 : Euh... Oui un peu il y a pas mal de groupes de discussions donc tu... Ça t'aide quand même un peu de savoir que, bah ça existe tu peux dire non, que bah... Mais c'est plus je pense l'expérience, tes co-internes parce que du coup tu discutes de ce qu'il s'est passé dans la journée et tu te dis « ah bah elle, elle a osé dire non, elle l'a dit comme ça », ou les séniors ils disent qu'il faut commencer par dire « je vous ai compris mais non ». Je pense qu'elle apporte un petit peu mais après elle n'est pas parfaite, ça dépend de tes stages.

M : Que pourrait-on faire pour l'améliorer ?

I19 : Je pense que c'est plus des réunions d'interne à la fac et le faire assez tôt. Car une fois que tu commences dans ton cabinet tout seul, c'est peut-être plus difficile d'apprendre de toi à toi. Ou après l'expérience aussi tu te rends compte que ce n'est pas catastrophique de dire non, qu'ils reviennent quand même la semaine d'après. Bon moi je n'ai pas encore perdu un patient... Et puis après je pense que c'est du travail aussi sur soi. Accepter bah que tu ne sois pas satisfait de toi en tant que médecin, ça n'influe pas sur le fait que tu es un mauvais médecin. Après je pense que ça dépend aussi vachement de la personne en face, euh... je pense que voilà tu améliores les formes, la façon de le dire, et qu'en fait ça reste un non et c'est ce que la personne en face va en faire...

M : Est-ce difficile de dire « non » ?

I19 : Ouais. (Rires.) Oui je pense que c'est difficile de dire non et ce n'est pas le moment que tu préfères dans la consultation quand tu sais que le patient va te demander un truc et que tu vas dire non. Euh... Je ne sais pas si c'est difficile mais je dirais que ce n'est pas facile, c'est plus ça. Ce n'est pas un truc horrible mais ce n'est pas non plus le truc le plus agréable qui soit. C'est le truc qui nécessite que tu aies travaillé un peu, que au fur à mesure tu améliores ton langage corporel ou la façon de l'enrober pour que le message passe.

X. BIBLIOGRAPHIE

1. IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. *Le rapport des français et des européens à l'ordonnance et aux médicaments*. 2005 Février;
2. Les dépenses de santé en 2014 - Résultats des Comptes de la santé - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cited 2015 Oct 14]. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-depenses-de-sante-en-2014-resultats-des-comptes-de-la,11545.html>
3. Vega A. *Prescription du médicament en médecine générale. Première partie: déterminants culturels de la prescription chez les médecins français*. Médecine. 2012 Avril;8(4):169–73.
4. Bell RA, Wilkes MS, Kravitz RL. *Advertisement-induced prescription drug requests: patients' anticipated reactions to a physician who refuses*. J Fam Pract. 1999 Jun;48(6):446–52.
5. Flouret - Guyot C. *Prescription médicamenteuse en médecine générale: les attentes des français en cas de pathologies bénignes*. [Internet] [Thèse de médecine]. Université de Nancy; Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_FLOURET_GUYOT_CELINE.pdf
6. Le Pen C., Lemasson H., Rouillière - Lelidec C. *La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens: une réévaluation*. Etude pour le LEEM. LEEM. 2007 Avril;
7. Amalric F., Loock J. *Caractériser le « modèle français de prescription »*. Etude réalisée pour le LEEM. IMS Health [Internet]. 2001; Available from: <http://www.leem.org/sites/default/files/1430/pdf>
8. Amar E., Pereira C. *Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Etudes et résultats*. DREES [Internet]. 2005 Nov;440. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf>
9. Labarthe G. *Les consultations et visite des médecins généralistes. Etudes et résultats*. DREES. 2004;315.
10. Gallois P., Le Noc Y. VJ. *Prescription médicamenteuse: un acte sous influence*. Médecine. 2007;3(10):456–61.

11. Bouvier R., Sawaya Z. *Sondage « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés »* - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cited 2015 Sep 12]. Available from: <http://www.fhf.fr/Actualite/A-la-Une/Sondage-Les-medecins-face-aux-pratiques-d-actes-injustifies>
12. Delga C., Megnin Y., Oustric S. and all. *Pression de prescription : étude pilote en médecine générale*. *Thérapie*. 2003 Nov;58(6):513–7.
13. Piguet V., Cedraschi C., Desmeules J. and all. *Prescription médicamenteuse : Les attentes des patients*. *Médecine Hygiène*. 2000;58(2296):814–7.
14. Britten N., Jenkins L., Barber N. and all. *Developing a measure for the appropriateness of prescribing in general practice*. *Qual Saf Health Care*. 2003 Aug;12(4):246–50.
15. Sarrazin C. épouse Martin. *Gestion des relations médecin-patients conflictuelles en Médecine Générale* [Thèse de médecine]. Université de Poitiers; 2012.
16. Little P., Dorward M., Warner G. and all. *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 21;328(7437):444.
17. Bradley CP. *Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners*. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 1992 Nov;42(364):454–8.
18. Charra E. *Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale : étude qualitative à partir de 4 focus groups* [Internet] [Thèse de médecine]. Université Claude Bernard Lyon 1; Available from: http://theseimg.fr/1/sites/default/files/these_charra_elisa_non-prescription%20patients.pdf
19. Dedianne M-C. *Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade pour les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups*. HAL Arch-Ouvert [Internet]. Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00784221/document>
20. Stoessel A. *Les freins et les réticences à la non-prescription médicamenteuse en consultation de médecine générale* [Internet] [Thèse de médecine]. [France] : Université de Franche-comté; 2014. Available from: <http://www.sudoc.fr/182799395>

21. Rameix S. *Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients ?* Rev Laennec Paris [Internet]. 1997 Oct [cited 2015 Sep 8];42–69. Available from: http://www.serpsy.org/actualites/Suzanne_Rameix.html
22. Du Puy-Montbrun Th. *Paternalisme, autonomie et respect de la personne : un dilemme?* Sci Conscience Courr Coloproctologie II. 2001 Mar;1:30–1.
23. Ducloux. *La maturité des patients, une chance pour le système de soins* | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cited 2015 Sep 17]. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-maturite-des-patients-une-chance-pour-le-systeme-de-soins-155>
24. Les conséquences des usagers d'internet sur les relations patients-médecin. Sondage effectué par le CNOM. IPSOS. 2010 Avril;
25. Le patient internaute. Revue de la littérature. Haute Aut Santé [Internet]. 2007 Mai; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf
26. Britten N., Ukoumunne OC., Boulton MG. *Patients' attitudes to medicines and expectations for prescriptions*. Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy. 2002 Sep;5(3):256–69.
27. SFORMG. *Consultation : Que demande le patient, que lui proposer?* Bibliomed. 2010 Mar 10;578.
28. Britten N. *Patients' expectations of consultations*. BMJ. 2004 Feb 21;328(7437):416–7.
29. Esman L., Oustric S., Michot M., Vidal M and all. *Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale*. Revue du praticien Médecine générale. 2006;20:594–6.
30. Cockburn J., Pit S. *Prescribing behaviour in clinical practice : patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations- a questionnaire study*. BMJ. 1997 Aug 30;315(7107):520–3.
31. Britten N. *Patients' demands for prescriptions in primary care*. BMJ. 1995 Apr 29;310(6987):1084–5.
32. Matthys J., Elwyn G., Van Nuland M. and all. *Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice : impact on prescribing*. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2009 Jan;59(558):29–36.

33. Lemasson A., Gay B., Duroux J-LL et G. *Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine*. Médecine. 2006 Jan 1;2(1):38–42.
34. Boivin J-M., Aubrege A., Muller-Collé F., De Korwin J-D. *Pourquoi les patients changent-ils de médecins généralistes ?* Rev Prat Médecine Générale. 2003;17(604):293–7.
35. Himmel W., Lippert-Urbanke E., Kochen MM. *Are patients more satisfied when they receive a prescription ? The effect of patient expectations in general practice*. Scand J Prim Health Care. 1997 Sep;15(3):118–22.
36. Dedianne M-C., Hauzanneau P., Labarere J., Moreau A. *Relation médecin- malade en soins primaires : qu’attendent les patients?* Rev Prat Médecine Générale. 2003;17(612):653–6.
37. Levasseur G., Schweyer F. *Les demandes des patients jugées non fondées par les médecins*. Rev Prat Médecine Générale. 2003;(603):246–51.
38. Gallagher Th., Lo B., Chesney M., Christensen K. *How do physicians respond to patient’s requests for costly, unindicated services?* J Gen Intern Med. 1997 Nov;12(11):663–8.
39. Betsch A-L. épouse Perros. *Problématique de la prescription des arrêts de travail en médecine générale : revue de la littérature et élaboration d’un guide d’entretien collectif* [Internet] [Thèse de médecine]. Université de Créteil; 2010. Available from: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0590899.pdf>
40. O’Brien K., Cadbury N., Rollnick S and Wood F. *Sickness certification in the general practice consultation : the patients’ perspective, a qualitative study*. Fam Pract. 2007;1–7.
41. Broli S. *Les arrêts de travail de un à trois jours : enjeux et déterminants de la prescription* [Thèse de médecine]. Université de Créteil; 2011.
42. Haute Autorité de Santé - Avis de la HAS sur les référentiels concernant la durée d’arrêt de travail : saisine du 8 juin 2010 [Internet]. [cited 2015 Oct 19]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_994583/avis-de-la-has-sur-les-referentiels-concernant-la-duree-d-arret-de-travail-saisine-du-8-juin-2010?xtmc=&xtcr=39
43. Galam É. *Relation médecin-malade : pour le meilleur et pour le pire*. Médecine. 2009 May 1;5(5):231–4.
44. Lotfi M. épouse Pellerin *Un aspect de la relation médecin-malade. Les refus opposés aux demandes des patients : vécu de ces situations par le médecin généraliste installé et*

remplaçant. [Internet] [Thèse de médecine]. Université Paris VI; 2014. Available from: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/lofti-these.pdf>

45. Paulus D., Kuenzi B., and all. *Divergences d'opinion entre patients et médecins généralistes*. Rev Prat Médecine Générale. 2002;16(603):263–5.
46. Saltman DC., O'Dea NA., Kidd MR. *Conflict management : a primer for doctors in training*. Postgrad Med J. 2006 Jan;82(963):9–12.
47. Gallois P. *Gérer l'incertitude de la pratique médicale*. Médecine. 2010;6(3):124–6.
48. Cartier B. *Plainte des patients à l'encontre des soignants : un phénomène moderne?* Hist Sci Médicales. 2005;39(4):359–72.
49. Bishop TF., Federman AD., Keyhani S. *Physicians' views on defensive medicine: A national survey*. Arch Intern Med. 2010 Jun 28;170(12):1081–3.
50. Lansac J., Sabouraud M. *Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale*. Trib Santé. 2004 Dec 1;no 5(4):47–56.
51. Lorphelin Martel H. *Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie : vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation?* [Thèse de médecine]. Université de Rouen; 2014.
52. Cunningham W., Wilson H. *Complaints, shame and defensive medicine*. BMJ Qual Saf. 2011 May;20(5):449–52.
53. Galam É. *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*. Comm Prév Santé Publique URML [Internet]. 2007 Juin; Available from: http://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/R_BurnOut_0707.pdf
54. Sizun J., Decroix G. *Le patient difficile : un problème de rencontre?* Responsab MACSF. 2014 Dec;15(56):6–10.
55. Krebs E., Garrett JM., Konrad T. *The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data*. BMJ Health Serv Res. 2006;6 à 128.
56. Galam É. *Burn out des médecins libéraux 3e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients*. Médecine. 2008 Jan 1;4(1):43–6.
57. Verbatim Définition. In: Wikipédia [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 21]. Available from: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Verbatim&oldid=118218626>
58. Deschamps C. *L'approche phénoménologique en recherche : Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine*. Editeur Guérin. 2005.

59. Juillard M. *Savoir dire non à bon escient: vécu des internes en médecine générale. Etudes quantitative et qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris V.* [Thèse de médecine]. Université de Paris V; 2015.
60. Borges. *La recherche qualitative.* Ameli.fr - Revue Médicale de l'Assurance Maladie 2001 n°2 [Internet]. 2001 [cited 2015 Sep 18]. Available from: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sante-publique-pratiques-et-organisation-des-soins/les-articles-de-la-revue/revue-medicale-de-l-assurance-maladie-2001-n-2/la-recherche-qualitative.php>
61. Galam E., Dumas F-R. *Oser dire « non » avec sérénité.* Rev Prat Médecine Générale. 2007;21:788–9.
62. Gallois P., Vallée J-P. *La demande exprimée d'emblée par le patient est-elle sa principale, ou sa réelle, préoccupation ?* Médecine. 2006 Jan 1;2(1):25–6.
63. Gallois P., Vallée J-P., Noc YL. *La consultation du généraliste en 2010. Pour une médecine centrée sur le patient.* Médecine. 2010 May 1;6(5):221–7.
64. Breuner C., Moreno M. *Approaches to the difficult patient/parent encounter.* Pediatrics. 2011;127–63.
65. Britten N., Stevenson FA., Barry CA. and all. *Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study.* BMJ. 2000 Feb 19;320(7233):484–8.
66. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie.* Deuxième édition. Paris : Petite bibliothèque Payot; 1973.
67. La méthode du disque rayé progressif [Internet]. [cited 2015 Sep 7]. Available from: <http://www.atoute.org/n/La-methode-du-disque-raye.html>
68. Herzig L., Soderstrom D. *Supervision individuelle - Une aide face aux patients difficiles.* Prim Care. 2013;13(5):86–7.
69. Teo Ar., Du Yb., Escobar J. *How can we better manage difficult patient encounters?* J Fam Pract. 2013;62:414–21.
70. Girard G., Grandmaison P. *L'approche négociée, modèle de relation patient-médecin.* Médecin Quebec. 1993;29–39.
71. André C., Lelord F., Légeron P. *Chers patients... petit traité de communication à l'usage des médecins.* Le quotidien du médecin. Paris; 1997.

XI. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

XII. RÉSUMÉ EN ANGLAIS

Class of 2016

Author : Margaux MANCIET

Thesis Director : Professor Jean LAFORTUNE

Title : ***THE DIFFICULTY OF SAYING « NO » TO PATIENTS***

Qualitative study of medical residents at Médecine Générale de Paris VII

SUMMARY

INTRODUCTION : *All general medicine residents have encountered difficult patient requests in their careers. The goal of my study is to identify the difficulties experienced by residents in general medicine who say « no » to their patients and to find solutions that allow productive handling of such situations.*

MATERIALS AND METHODS : *My study involves qualitative research in which I interviewed nineteen general medicine residents at Paris VII from September 2015 to January 2016.*

RESULTS : *Most residents do not outright refuse patient requests, even ones they consider unjustified. They act in the interest of the patient, the community, the economic nature of the situation, and inevitably of themselves. Upon refusing a patient request, they may encounter difficult professional and mental terrain: fear of conflict, the need to explain, the need to justify their work when it's being questioned, and patient misunderstandings. Refusing a request brings about a complex mix of feelings. Some may feel embarrassment, guilt, stress, or fear of disappointment. This discomfort can happen especially when doctors aren't sure of themselves or when there has been a misunderstanding with their patients. Thorough explanation and justification of their thought processes are the main tools residents can use to refuse patient requests.*

ARGUMENT : *This work demonstrates the gravity of the difficulties encountered by medical residents when saying « no » to their patients. Theoretical and applied training should be undertaken within the second and third cycles of medical studies to allow residents to work well and communicate effectively or with discussion groups like Balint, Groupes de Pairs ®.*

KEY WORDS : *Doctor-patient relationship, patient expectations, patient requests, conflict, inappropriate advice, general medicine, qualitative research.*

UFR de Médecine Paris Diderot - Paris 7

16 rue Henri Huchard

75018 Paris

XIII. PERMIS D'IMPRIMER

PERMIS D'IMPRIMER

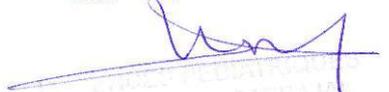
VU :

VU :

Le Président de thèse
Université Paris 6
Le Professeur
CARADJAL

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date 27/4/16


Escalier du Pr. P. CARADJAL
CH THOUSSEREAU LA ROCHE GUYON
25, av. du Dr Nélier - 75571 PARIS Cedex 12
TEL: 01 44 73 09 09



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI

Année 2016

Auteur : Margaux MANCIET

Directeur de Thèse : Professeur Jean LAFORTUNE

TITRE : LES DIFFICULTÉS DES INTERNES À DIRE « NON » À LEURS PATIENTS
Étude qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris VII

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Tous les internes de médecine générale ont été confrontés au moins une fois dans leur pratique professionnelle à des demandes abusives de la part des patients. L'objectif de mon étude est d'identifier les difficultés rencontrées lorsque les internes en médecine générale disent « non » à leurs patients et trouver des solutions pour une pratique sereine.

MATÉRIEL ET MÉTHODE : Mon étude est une étude qualitative interrogeant 19 internes de médecine générale de Paris VII de septembre 2015 à janvier 2016.

RÉSULTATS : La plupart des internes opposent un refus face à une demande d'un patient qu'ils estiment non justifiée. Ils pensent agir dans l'intérêt du patient, de la collectivité, du médecin et pour des raisons économiques. Les difficultés rencontrées lors du refus sont l'incompréhension du patient, la peur du conflit, la nécessité d'expliquer et de se justifier, la remise en cause de son travail. Le ressenti des internes face au refus est complexe. Certains peuvent ressentir de la gêne, de la culpabilité, voire du stress avec la peur de décevoir. Cette gêne peut arriver quand les internes ne sont pas sûrs d'eux, ou lors d'un défaut de communication avec le patient. L'explication et la justification de leur refus sont les principales méthodes envisagées par les internes.

DISCUSSION : Ce travail a montré l'importance des difficultés rencontrées par les internes lorsqu'ils disent « non » au patient. Les formations théoriques et pratiques doivent être renforcées au cours des deuxième et troisième cycles des études médicales pour leur permettre de travailler paisiblement avec des outils de communication efficaces ou auprès des groupes de paroles type Balint, groupes de Pairs[®].

MOTS CLÉS : Relation médecin-malade, attente des patients, demande des patients, conflit, prescription inappropriée, médecine générale, recherche qualitative.

UFR de Médecine Paris Diderot - Paris 7

16 rue Henri Huchard

75018 Paris