

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 09

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'État
Mention Médecine Générale
PAR
FIROAGUER Victoria Sarasvathy Malliga
Née le 27 juin 1990 à Saint-Pierre (La Réunion, France)

Titre de la Thèse :

**Les demandes abusives ou injustifiées des patients. Enquête auprès de
médecins généralistes.**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Christophe WEBER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anabel SANSELME (Maître de Conférence Associé de
l'Université de Médecine Générale)

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition MARS 2022
Année universitaire 2021-2022



- Président de l'Université
- Doyen de la Faculté
- Premier Doyen de la Faculté
- Doyens délégués : (1008-1009) (1085-1086) (1093-1094) (1094-2001) (2001-2011)
- Chargé en mission auprès du Doyen
- Responsable Académique

- Dr. FRIEDRICH
- M. SEBASTIEN
- Dr. FRIEDRICH
- M. DORNER
- M. KANTZ
- M. WIMMER
- M. GERL
- M. LUCAS
- M. VIGIER
- M. STEIGMANN



HOPITAL UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GAÏT Michol

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean Louis Outil pédagogique n° 8 compléto 51112200

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BARRAM Sébastien (1993-2019) (2019-2021) (2021-2022)
DOLLUS Pierre Généralisme (2019-2021) (2021-2022)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	UB*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Responsabilités du Service / Responsabilités Universitaires
ADAM Pierre 1902	MDF CS	• Pôle de l'Accueil des malades • Service d'Accueil des malades (Urgences de l'Université) (UAP)	50.07 Chirurgie orthopédique et traumatologie
AKLAWICZ Quentin 1991	MDF CE	• Pôle de Recherche Clinique • Service de Radiologie (Général) (UAP)	01.03 Anatomie Clinique / Anatomie humaine 02.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine 02.02 Anatomie Clinique / Anatomie humaine
ALFESS Emmanuel 1982	MDF CE	• Pôle de Médecine Interne, Strasbourg, Maladies Endocriniennes, Diabète (MDF) • Pôle de Médecine Interne, Maladies Endocriniennes, Diabète (MDF)	01.01 Opéculaires / Opéculaires
ANFIERI Mehdi 1903	MDF MCS	• Pôle Tête et Cou (CFO) • Service de Neurologie / Hôpital de Neurologie	01.01 Anatomie
Mme ANTEL, Elisabeth 1903 / 1903	MDF CS	• Pôle de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	42.02 Pathologie, Entérologie et Gastrologie (Urgences) (UAP)
ARNAUD Laurent 1918	MDF MCS	• Pôle MDRS • Service de Radiologie (Général) (UAP)	01.01 Anatomie
BADI OTHMAN Philippe 1981	MDF CE	• Pôle des Pathologies Infectieuses / Hôpital de Maladies Infectieuses • Service de Pathologie Infectieuse / Hôpital de Maladies Infectieuses	01.01 Chirurgie générale
BARRAM Sébastien 1903	MDF CS	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Laboratoire de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	47.01 Immunologie (Urgences) (UAP)
BALBERT Thomas 1987	MDF CS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	02.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine 02.02 Anatomie Clinique / Anatomie humaine
Mme BAILLIEUX Marie 1903 / 1903	MDF MCS	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	01.03 Anatomie Clinique / Anatomie humaine
BEAUBIEU Rémy 1919	MDF CS	• Pôle de Biologie - UIC / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	42.02 Pathologie, Entérologie et Gastrologie (Urgences) (UAP)
BECHTOLD Frédéric 1919	MDF MCS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	01.01 Anatomie
BEHRA Florent 1919	MDF CS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	01.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine 02.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine
BERTSCHY Gilles 1919	MDF CS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	01.03 Anatomie Clinique / Anatomie humaine
BERRY Odile Marie 1919	MDF MCS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	42.02 Pathologie, Entérologie et Gastrologie (Urgences) (UAP)
BEVALET Pascal 1919	MDF CS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	42.02 Pathologie, Entérologie et Gastrologie (Urgences) (UAP)
BLAKC Thomas 1919	MDF MCS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	01.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine 02.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine
BOIN FREDERIC 1919	MDF MCS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	01.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine 02.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine
BONNEVILLE Laurent 1919 / 1919	MDF MCS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	01.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine
BONNETY Frédéric 1919	MDF CS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	01.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine
BOUTIER Yann 1919	MDF MCS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	01.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine
BOURGIN Pierre 1919	MDF CS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	01.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine
Mme BRUNO Marie 1919	MDF MCS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	01.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine
BRIANT ROBERT Catherine 1919	MDF CS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	01.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine
Mme CALLARD-DE MARI Sophie 1919	MDF MCS	• Pôle de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie • Service de Biologie (Urgences) / Hôpital de Biologie	01.01 Anatomie Clinique / Anatomie humaine

NOM et Prénoms	CS	Services Hospitaliers ou autres localisations	Spécialisation du Conseil National des Universités
Mme KESMIR Lucienne MCM	NRPE NCS	- Pôle de Médecine Interne / Hôpital de la Motte - Endocrinologie / Hôpital de la Motte - Service d'Endocrinologie / Hôpital de la Motte et Endocrinologie / Hôpital de la Motte	64.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KROBLES Barbara NCS	NRPE NCS	- Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Parasitologie / Hôpital Hôtel Dieu	51.07 Parasitologie
BRICO Michel MCM	NRPE NCS	- Pôle de Diagnostic Endocrinologique / Hôpital de la Motte - Service de Diagnostic Endocrinologique / Hôpital Hôtel Dieu	51.02 Chirurgie endocrinologique et maladies métaboliques
Mme KOTIGAKOW Anna-Cristina MCM	NRPE CS	- Pôle de Spéciales Internes et d'Endocrinologie / Hôpital de la Motte - Service de Médecine Interne et d'Endocrinologie / Hôpital de la Motte	47.02 Anatomie et histologie (médecine)
KREMER Stéphanie MCM / MCM	NRPE CS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie / Hôpital Hôtel Dieu - Pathologie / Hôpital de la Motte	43.02 Radiologie et médecine nucléaire (médecine humaine)
ELFIN Pierre MCM	NRPE CS	- Pôle d'Anatomie et d'Anatomie Pathologique / Hôpital Hôtel Dieu - Service de Anatomie et d'Anatomie Pathologique / Hôpital Hôtel Dieu	54.01 Pathologie
KURTZ Jean-Emmanuel MCM	NRPE NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Onco-Hématologie / Hôpital Hôtel Dieu	47.02 Océan / Climatologie (Médecine)
Mme LAMARIE Ludovic MCM	NRPE CS	- Pôle de Pathologie, Santé Mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Hôtel Dieu	43.03 Psychiatrie (Médecine) / Addictologie (Médecine) / Addictologie (Médecine)
LAVIS Henri MCM	NRPE NCS	- Pôle de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique - Clinique de la main, Hématologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-faciale / Hôpital Hôtel Dieu	52.04 Chirurgie
LAFREY Vincent MCM	NRPE CS	- Pôle d'Anatomie et d'Anatomie Pathologique / Hôpital Hôtel Dieu - Service de Pathologie / Hôpital Hôtel Dieu	54.01 Pathologie
Mme LECAY Anne MCM / MCM	NRPE NCS	- Pôle d'Anatomie humaine et d'Anatomie Pathologique - Service de Chirurgie maxillo-faciale et de l'oreille, du nez et de la gorge / Hôpital Hôtel Dieu	51.04 Océan / Climatologie (médecine)
LE WYON Jean-Marie MCM	NRPE NCS	- Pôle d'Imagerie - Pôle de Radiologie Diagnostique / Faculté de Médecine - Service de Radiologie, Département d'Imagerie et de Diagnostic par Imagerie de l'Université de Strasbourg	42.01 Anatomie
LEONARD Jean-Marie MCM	NRPE CS	- Pôle de Génétique - Laboratoire de Biochimie humaine et spécialisée / Hôpital de la Motte / Hôpital de la Motte - Laboratoire de Biochimie humaine et spécialisée / Hôpital de la Motte / Hôpital de la Motte	52.02 Sciences Biologiques de l'Homme
LEPERRÉ Jean MCM	NRPE NCS	- Pôle de Chirurgie (général) / Hôpital Hôtel Dieu - Clinique de la main, Hématologie et Dermatologie - Service de Chirurgie / Hôpital Hôtel Dieu	52.02 Chirurgie générale
LOZERNON Philippe MCM	NRPE NCS	- Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Diagnostic de la Mal - Hôpital Hôtel Dieu / Hôpital de la Motte	52.02 Chirurgie endocrinologique et maladies métaboliques
MICHELLE Sabine MCM	NRPE NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Onco-Hématologie / Hôpital Hôtel Dieu	43.02 Cancérologie / Pathologie (Médecine) / Cancérologie
MARRI Marie MCM	NRPE NCS	- Pôle de Biologie - Département de Biologie / Hôpital Hôtel Dieu et Hôpital de la Motte / Hôpital de la Motte	54.01 Biologie et médecine des maladies infectieuses et de l'immunité (médecine humaine)
MARTIN Stéphanie MCM	NRPE NCS	- Pôle de Spéciales Internes et d'Endocrinologie / Hôpital de la Motte - Service de Médecine Interne et d'Endocrinologie / Hôpital de la Motte	47.02 (Hématologie) / (Hématologie)
Mme MARTEL Claire MCM	NRPE NCS	- Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Parasitologie / Hôpital Hôtel Dieu	51.07 Parasitologie / Endocrinologie
Mme MATHIEU Corinne MCM	NRPE CS	- Pôle de Radiologie Diagnostique - Service de Radiologie / Hôpital Hôtel Dieu	54.03 Oncologie Diagnostique / Bio-Analyse Médicale
MATHIEU Laurence MCM	NRPE CS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Histologie / Hôpital de la Motte / Hôpital de la Motte - Pôle de Pathologie / Hôpital de la Motte	47.01 Médecine / Formation Océan / Climatologie Biologique
MAZZUCCHI Jean-Philippe MCM	NRPE CS	- Pôle de Diagnostic Endocrinologique / Hôpital de la Motte - Service de Diagnostic Endocrinologique / Hôpital Hôtel Dieu	51.02 Chirurgie endocrinologique et maladies métaboliques
MONARD Océane MCM	NRPE NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie / Hôpital Hôtel Dieu	43.02 Parasitologie et médecine infectieuse (médecine humaine)
MERTES Paul-Marie MCM	NRPE CS	- Pôle de Neurologie / Hôpital Hôtel Dieu - Service de Neurologie / Hôpital Hôtel Dieu	43.01 Océan / Climatologie (Médecine) / Neurologie (Médecine)
MEYER Jean-Marie MCM	NRPE NCS	- Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Parasitologie / Hôpital Hôtel Dieu - Service de Parasitologie et d'Endocrinologie / Hôpital Hôtel Dieu / Hôpital de la Motte	44.02 Physique (médecine humaine)
MEYER Nadia MCM	NRPE NCS	- Pôle de Diagnostic Endocrinologique / Hôpital de la Motte - Laboratoire de Biochimie humaine et spécialisée / Hôpital Hôtel Dieu - Laboratoire de Biochimie humaine et spécialisée / Hôpital Hôtel Dieu	43.04 Biologie humaine / Médecine humaine et Technologies de l'Imagerie (médecine humaine)
MEZIANI Imen MCM	NRPE CS	- Pôle d'Imagerie - Service de Radiologie / Hôpital Hôtel Dieu	43.02 Radiologie
MCPASSIER Laurent MCM	NRPE CS	- Pôle de Pathologie Infectieuse - Laboratoire de Parasitologie et d'Endocrinologie / Hôpital Hôtel Dieu - Service de Parasitologie / Hôpital Hôtel Dieu	43.02 Océan / Pathologie Infectieuse (Médecine)
MICHEL Théo MCM	NRPE NCS	- Pôle de Diagnostic Endocrinologique / Hôpital de la Motte - Service de Diagnostic Endocrinologique / Hôpital Hôtel Dieu	51.02 Endocrinologie
MCM N. Marie MCM	NRPE CS	- Pôle de Spéciales Internes et d'Endocrinologie / Hôpital de la Motte - Service de Parasitologie / Hôpital Hôtel Dieu	43.03 Parasitologie
MUTTER David MCM	NRPE NCS	- Pôle de Diagnostic Endocrinologique / Hôpital de la Motte - Service de Diagnostic Endocrinologique / Hôpital Hôtel Dieu	52.02 Chirurgie générale
NOMER Jean-Jacques MCM	NRPE CS	- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et d'Imagerie Diagnostique / Hôpital Hôtel Dieu	43.01 Endocrinologie et maladies métaboliques
NRD Georges MCM	NRPE NCS	- Pôle d'Imagerie - Service de Diagnostic Endocrinologique / Hôpital Hôtel Dieu	43.02 Cancérologie / Radiologie (Médecine) / Océan / Climatologie (Médecine)
RAU Sébastien MCM / MCM	NRPE NCS	- Pôle d'Anatomie / Hôpital Hôtel Dieu / Hôpital Hôtel Dieu - Service d'Anatomie / Hôpital Hôtel Dieu / Hôpital Hôtel Dieu	43.01 Anatomie humaine / Anatomie
RAMA Mickael MCM	NRPE NCS	- Pôle d'Imagerie - Service de Radiologie / Hôpital Hôtel Dieu	43.02 Radiologie et médecine nucléaire (médecine humaine)
REYNAUD Pierre MCM	NRPE CS	- Pôle de Diagnostic Endocrinologique / Hôpital de la Motte - Service de Diagnostic Endocrinologique / Hôpital Hôtel Dieu	51.07 Endocrinologie
Mme RILLARD Anne MCM	NRPE NCS	- Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Diagnostic Endocrinologique / Hôpital Hôtel Dieu	51.02 Chirurgie endocrinologique et maladies métaboliques
Mme RIVARD Catherine MCM	NRPE CS	- Pôle d'Anatomie et d'Anatomie Pathologique / Hôpital Hôtel Dieu - Service de Pathologie / Hôpital Hôtel Dieu	54.01 Pathologie
REACQUA Jean-Yves MCM	NRPE NCS	- Pôle de Neurologie / Hôpital Hôtel Dieu - Centre de formation et de recherche en neurologie des enfants de la Motte / Hôpital Hôtel Dieu	43.02 Neurologie / Médecine de l'enfant / Océan / Climatologie (Médecine)

NOM et Prénoms	CS	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Spécialisation du Conseil National des Universités
Mme PERRINTEA Genevieve R111	MRP MCS	+ FMA Médecine des Femmes / CHU - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Hôpital Hôtel Dieu	02 01 Chirurgie Digestive
M. PESSIER Nicolas R111	MRP CS	+ Pôle de Pathologie Digestive (Gastro) et de la - Intérogation - Service de Chirurgie Visérale et Digestive / Hôpital Hôtel Dieu	02 01 Chirurgie Digestive
M. PETIT Henry R111	CS	+ CASG - Département de Médecine Endocrinologie	41 02 Endocrinologie - Gynécologie 02 01 Ophtalmo - Ophtalmologie Oculaire
M. PIGNATIER R111	MRP MCS	+ CASG - Département de Médecine Endocrinologie	02 02 Dermatologie - Psoriasis 02 01 Ophtalmo - Ophtalmologie Oculaire
M. POT (ECHR) Jean R111	MRP CS	+ Pôle d'Anesthésie / Hauts niveaux de soins (SANTÉ-SMCM) - Service d'Anesthésie et de Réanimation / CHU Hôtel Dieu	40 01 Anesthésiologie (réanimation) Médecine d'urgence (réanimation)
M. PRADIGNAN Jean R111	MRP MCS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Néphrologie, - Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de Diabète (MIR)	41 01 Médecine
M. PRUD'HOME Florent R111	MRP CS	+ Pôle Tumeurs CHU - Service de Neurologie / Hôpital Hôtel Dieu	40 02 Neurologie
M. RAVAL Jean Etienne R111	MRP CS	+ Pôle de Radiologie - Service de Médecine / Agrie, Concomitant d'opinion médicale - Laboratoire de Toxicologie et de Biologie et de PHU - Unité de Médecine d'Agrie / Ecole de Médecine	40 08 Médecine Légale et Toxicologie
M. REAUME Jean-Marc R111	MRP MCS	+ Pôle de Pathologie Digestive / Agrie et de la - Gastroentérologie - Serv. d'Endocrinologie et d'ophtalmologie (Hôtel Dieu)	02 01 Ophtalmo - Gastroentérologie
M. RIZZO Raphaël R111	MRP MCS	+ Pôle de Radiologie - Département de Radiologie de Développement et de l'adulte / CHU	40 01 Radiologie et Radiologie Nucléaire
M. RIZZO Serge R111	MRP CS	+ Pôle de Pathologie Digestive / Agrie et de la - Gastroentérologie - Service de Chirurgie Digestive et Digestive / CHU	02 02 Chirurgie générale
M. ROBIN Geneviève R111 / R111	MRP MCS	+ Pôle de Pathologie Digestive / Agrie et de la - Gastroentérologie - Service de Chirurgie Digestive et Digestive / CHU	02 02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL BERNARD R111 R111	MRP MCS	+ Pôle de Radiologie et de - Service de Médecine / Hôpital de Neurologie	40 01 Radiologie
M. ROUILLON R111	MRP MCS	+ Pôle de Pathologie Digestive - Centre Hospitalier - Service de Gastrologie / Hôpital Hôtel Dieu	02 02 Gastrologie
Mme ROY Catherine R111	MRP CS	+ Pôle d'Agrie - Serv. d'Endocrinologie - Agrie et de la - Gastroentérologie / Hôpital	40 02 Radiologie et Médecine Nucléaire (MIRNED)
M. SARRIS Nicolas R111	MRP MCS	+ Pôle de Gastrologie / CHU - Service de Gastrologie - CHU Hôtel Dieu	02 01 Gastrologie (Généraliste) - Gastrologie Ophtalmo - Gastrologie (Généraliste)
M. SAUTER Arnaud R111	MRP MCS	+ Pôle de Spécialité Médicale - Ophtalmologie / CHU - Service de Dermatologie / Hôpital Hôtel Dieu	02 02 Ophtalmologie
M. SELLIERE Eric-François R111	MRP MCS	+ Pôle de Diabète et de - Service de Santé Publique / Hôpital Hôtel Dieu - Médecine d'Agrie / Hôpital Hôtel Dieu - Service de Médecine Interne / Hôpital Hôtel Dieu	40 04 Endocrinologie, Médecine Interne et Techniques de Contraception (Agrie, Endocrinologie)
M. SIBREAU Christian R111	MRP CS	+ Pôle de Diabète, Endocrinologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Hôpital Hôtel Dieu	02 01 Endocrinologie
Mme SCHAEFFER Jean R111	MRP CS	+ Pôle de Spécialité Médicale - Ophtalmologie / CHU - Service de Médecine Interne / Hôpital Hôtel Dieu	02 02 Ophtalmologie
Mme SCHULTE-BLANCK Caroline R111	MRP MCS	+ Pôle de Radiologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Hôpital Hôtel Dieu	40 04 Génétique (Agrie et Endocrinologie)
M. SCHUBER Pierre R111	MRP CS	+ Pôle Agrie - Endocrinologie, Médecine Interne / Centre Hospitalier - Service de Radiologie / Hôpital Hôtel Dieu	40 02 Radiologie
Mme SCHROBER Corinne R111	MRP CS	+ Pôle de Pathologie Digestive / Agrie et de la - Gastroentérologie - Service de Pathologie Digestive / Hôpital Hôtel Dieu et Médecine Interne / Hôpital	40 01 Pathologie Digestive / Agrie et de la Gastroentérologie
M. SCHULTZ Patrick R111	MRP MCS	+ Pôle de Radiologie / CHU - Serv. d'Agrie et de la - Gastroentérologie / Hôpital Hôtel Dieu	40 01 Gastroentérologie
M. SERPANT Laurent R111	MRP CS	+ Pôle de Pathologie Digestive / Agrie et de la - Gastroentérologie - Service de Agrie - Gastro-Endocrinologie et d'Endocrinologie / Hôpital Hôtel Dieu	02 01 Gastroentérologie - Agrie et de la Gastroentérologie
M. SERRA Jean R111	MRP MCS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Néphrologie, - Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Radiologie / Hôpital Hôtel Dieu	40 01 Médecine
M. STREPEL Françoise R111	MRP CS	+ Pôle de Pathologie Digestive / Agrie et de la - Gastroentérologie - Serv. de Médecine Interne / Hôpital Hôtel Dieu	02 01 Ophtalmo - Médecine Interne
M. THIVET Fabrice R111	MRP MCS	+ Pôle de Spécialité Médicale - Ophtalmologie / CHU - Service de Chirurgie - Ophtalmologie / Hôpital Hôtel Dieu	02 01 Ophtalmo - Ophtalmologie Oculaire
Mme THÉBAULT Corinne R111	MRP CS	+ Pôle Tumeurs CHU - Service de Neurologie / Hôpital Hôtel Dieu	40 01 Neurologie
M. THOUVENIN R111	MRP CS	+ Pôle d'Agrie - Service d'Endocrinologie - Agrie et de la - Gastroentérologie / Hôpital Hôtel Dieu	40 02 Endocrinologie et Médecine Nucléaire (MIRNED)
M. THUREL Michel R111	MRP MCS	+ Pôle de Spécialité Médicale - Ophtalmologie / CHU - Service de Médecine Interne / Hôpital Hôtel Dieu	40 01 Ophtalmologie
M. THUREL Denis R111	MRP MCS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Néphrologie, - Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Médecine - Interne / Hôpital Hôtel Dieu	02 01 Médecine - Gastroentérologie
M. THUREL Pierre R111	MRP CS	+ Pôle de Psychiatrie et de - Service de Psychiatrie d'Agrie et de la - Gastroentérologie / Hôpital Hôtel Dieu	40 02 Psychiatrie / Agrie
M. THUREL Stéphane R111	MRP MCS	+ Pôle de Radiologie - Laboratoire de Médecine et de Pathologie / Hôpital Hôtel Dieu	40 02 Radiologie et Médecine Nucléaire (MIRNED)
M. THUREL Thomas R111	MRP CS	+ Pôle de Gastrologie - Serv. de Gastrologie et de - Gastroentérologie / Hôpital Hôtel Dieu	02 01 Ophtalmo - Gastrologie et de la Gastroentérologie
M. THUREL Jean-Christophe Pierre R111	MRP CS	+ Pôle de Spécialité Médicale - Ophtalmologie / CHU - Service de Médecine Interne / Hôpital Hôtel Dieu	02 01 Ophtalmo - Médecine Interne

NOM et Prénoms	US*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLFF Marie-Cécile 02007	EPHE NCS	• Pôle des Pathologies infectieuses, bactériologiques et de la parasitologie • Service de Médecine Générale et de Thérapeutiques Généralistes / HP • Coordonnateur des activités de pré-diagnostic et de diagnostics débattés	01/07 - Chimie clinique
Mme WOLFF Odette 02001	EPHE CS	• Pôle Santé et Eau • Unité AM, recherche sur l'AMBI de l'hygiène	43/01 - Parasitologie

NC - Spécialité - HP - Hôpital de l'Université - H.E. - Service Hospitalier - HP - Pôle - Plateau Hospitalier de référence

CC - Chef de service au NCU (Bis) Chef de service hospitalier (CS) - Chef de service par service (SS) - Chef de service principal (CSA)

CU - Unité de soins complémentaires

DR - DRH (Responsable de DRH) ou DRP (Dir. Responsable de Pôle)

SCN - Coordonnateur scientifique (pour les activités de formation) Hospitalier, non chef de service (M) - Directeur

(1) Un établissement universitaire jusqu'au 31/08/2017

(2) (3) Coordonnateur scientifique (pour un seul service) (pour les) -> 31/08/2017

(4) Financement hospitalier jusqu'au 31/08/2016. Coordonnateur scientifique (pour un établissement) -> 31/08/2017

(5) Etablissement universitaire jusqu'au 31/08/2017 (M) Coordonnateur scientifique (pour un service) -> 31/08/2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	US*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GAUVEL Laurent	EPHE CS	• Pôle Spécialisations - Chimie clinique / ANU • Service de Biologie Infectieuse (SIC)	46/01 Médecine infectieuse
MASCHKEITZER François	US	• Pôle Santé-Eau • Service de Gastro-Entérologie - H.E.	02/01 Gastro-Entérologie
MEYERET Yann		• Pôle de Biologie • Laboratoire Chimie/Médecine Biologique / HC	
BLANCHET Em	US	• Pôle Santé-Eau • Centre d'Évaluation et de Traitement de l'Eau / HP	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS	Services Hospitaliers du Institut / Faculté	Secteur médical du Centre Hospitalier des Universités
M. ANH Arnaud M300		Services Hospitaliers du Institut / Faculté - PNE - Pneumologie - Service de Médecine nucléaire en oncologie Médiocentre / CHU	43.11 Radiophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTOINI Delphine M310		- PNE - Pneumologie - Service de Radiothérapie / CHU	47.07 Chimie organique - Radiochimie
Mme AYME-DETROCH Emeline M311		- PNE - Pneumologie - Unité de Pneumologie et soins / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale : pharmacodynamie ; pharmacocinétique ; pharmacologie toxicologique
Mme BANGALAMA Valérie M307		- PNE - Pneumologie - Unité de Diagnostic Génétique / Institut d'Agrochimie	47.04 Chimie des hydrides métalliques
B. BONDET Cyril M306		- PNE - Pneumologie - Service de Médecine nucléaire en oncologie Médiocentre / CHU	43.01 Radiophysique et médecine nucléaire (autres disciplines)
BOLIGES D'Amélie M300		- PNE - Pneumologie - Unité de Biochimie et de Biologie moléculaire / CHU	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Van Anh M305		- PNE - Pneumologie - Unité de Pneumologie et de Neurologie médicale / PTH / CHU - Unité de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (autres disciplines)
Mme BURDORFF M311		- PNE - Pneumologie - Service de médecine nucléaire en oncologie Médiocentre / CHU	43.01 Radiophysique et médecine nucléaire
CARAPIC Sophie M312		- PNE - Pneumologie - Unité de Immunologie Moléculaire / Institut d'Agrochimie	47.02 Immunologie
CAZEN G Hubert M313		- PNE - Pneumologie - Service de médecine nucléaire en oncologie Médiocentre / CHU	43.01 Radiophysique et médecine nucléaire (autres disciplines)
Mme CEBULA Marie M314		- PNE - Pneumologie - Service de Neurologie / CHU	46.02 Neurochimie
DEBONNE Justine M302		- PNE - Pneumologie - Unité de Diagnostic Génétique / Institut d'Agrochimie / IERM	47.02 Chimie organique - Radiochimie (autres disciplines)
CHIFFOLET Thomas M310		- PNE - Pneumologie - Unité de Immunologie Moléculaire / Institut d'Agrochimie	47.03 Immunologie (parasitologie)
CHOLET P-Steph M304		- PNE - Pneumologie - UFR03 - Biologie Moléculaire / CHU	45.01 Biophysique et médecine nucléaire
CHRE-REH Bastien M310		- PNE - Pneumologie - Radiothérapie Oncologie / Centre de radiothérapie - Service de Radiothérapie Oncologie / Centre de radiothérapie	48.02 Radiothérapie
Mme COUDREAU Claire-Mélodie M310		- PNE - Pneumologie - Radiothérapie Oncologie / Centre de radiothérapie - Service de Radiothérapie Oncologie / Centre de radiothérapie / IERM	41.04 Chimie / Médecine nucléaire
DALL'VOZCEP Anne-Rose M311		- PNE - Pneumologie - Unité de Biochimie et de Biologie moléculaire / IERM	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELORME Jean-Denis M310		- PNE - Pneumologie - Radiothérapie Oncologie / Centre de radiothérapie - Service de Chimie / UFR03 et UFR04 / CHU	45.02 Parasitologie et mycologie (autres disciplines)
DEVYS Stéphanie M303		- PNE - Pneumologie - Unité de Diagnostic Génétique / Institut d'Agrochimie	47.04 Chimie des hydrides métalliques
Mme DIKOU-ROBERT Yann M314		- PNE - Pneumologie - CHU - Service de Neurologie / Hôpital de Neurologie	45.01 Neurologie
DOLE Pascal M302		- PNE - Pneumologie - Unité de Biochimie et de Biologie moléculaire / IERM	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme FRACIER Coralie M304		- PNE - Pneumologie - Radiothérapie Oncologie / Centre de radiothérapie - Service de Radiothérapie Oncologie / Centre de radiothérapie / IERM	44.02 Physicochimie
Mme FARRIGIA-JACQUIN Audrey M304		- PNE - Pneumologie - Service de Médecine Légale - Département d'urgence médicale - Unité de Laboratoire de Toxicologie / Centre de Médecine - UFR03 de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine légale et droit de la santé
HEITER Nicolas M310		- PNE - Pneumologie - CHU - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AMI / Hôpital de Neurologie	48.04 Thérapeutique - Médecine - Chimie - Biologie - Immunologie
F. JEMTS Dierk M305	CS	- PNE - Pneumologie - Centre de Parasitologie et de Biologie moléculaire (PBM) / UFR03 / Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (autres disciplines)
TRUCHET Jean M307		- Unité de Physiologie / Faculté de Médecine - PNE - Pneumologie - Centre de Médecine - Service de Radiothérapie / Hôpital de Neurologie	44.02 Physicochimie (autres disciplines)
SCHUBER Florent M310		- PNE - Pneumologie - Unité de Biochimie et de Biologie moléculaire / IERM	48.01 Biologie - Virologie - Mycologie - Immunologie - Chimie - Biochimie - Biologie - Biologie
GIFS Vincent M310		- PNE - Pneumologie - Radiothérapie Oncologie / Centre de radiothérapie - Service de Neurologie - Unité de Neurologie Clinique / IERM	47.05 Immunologie (parasitologie)
SKILLON Aurélien M307		- PNE - Pneumologie - Unité de Immunologie Moléculaire / PTH / UFR03 et Faculté	45.01 Chimie - Biochimie - Virologie - Biologie - Immunologie
DACTON Emeline M303		- PNE - Pneumologie - Unité de Biochimie et de Biologie moléculaire / CHU	44.02 Biochimie et biologie moléculaire (autres disciplines)
DEFFROY Aurélien M310		- PNE - Pneumologie - Radiothérapie Oncologie / Centre de radiothérapie - Service de Radiothérapie Oncologie / Centre de radiothérapie / IERM	47.02 Immunologie (autres disciplines)
Mme FARGAN-BADET Laure M310		- PNE - Pneumologie - Service de Médecine Nucléaire en oncologie Médiocentre / CHU	43.01 Radiophysique et médecine nucléaire
HEBEL Fabrice M302		- PNE - Pneumologie - Service de Médecine nucléaire en oncologie Médiocentre / CHU - Service de Diagnostic et de Médecine Nucléaire / IERM	43.01 Radiophysique et médecine nucléaire
GADREB Philippe M306		- PNE - Pneumologie - Unité de Diagnostic Génétique / Institut d'Agrochimie / IERM	47.04 Chimie des hydrides métalliques
Mme REMVEL Valérie M308		- PNE - Pneumologie - Unité de Biochimie et de Biologie moléculaire / CHU	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOZI Carole M310		- PNE - Pneumologie - Unité de Anatomie Fonctionnelle et de Médecine	45.01 Anatomie (autres disciplines)
Mme KRASHY-POURE Ryah M314		- PNE - Pneumologie - Physique et de Radiochimie - Unité de Médecine Nucléaire en oncologie Médiocentre	45.05 Médecine Physique et Radiochimie
Mme LANGELO Valérie M306		- PNE - Pneumologie - Unité de Biochimie et de Biologie moléculaire / CHU	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LUKKE Sophie M304		- Unité de Immunologie Moléculaire / Centre de Médecine - PNE - Pneumologie - Service de Radiothérapie / Hôpital de Neurologie	48.02 Thérapeutique - Immunologie et Chimie (autres disciplines)
LAVAL Fabrice M302		- PNE - Pneumologie - Unité de Biochimie et de Biologie moléculaire / CHU	44.02 Biochimie moléculaire

NOM et Prénoms	GR	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Spécialisation du Conseil National des Universités
M. CEREMOND Claude 4011		• Pôle de Chimie et autres locaux / Microbiologie et Dermatologie • Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermatologie-Vénérologie
M. GUERINTE Jean 4012		• Pôle de Biologie • Service de Pathologie / Hôpital de Valenciennes	41.01 Anatomie et cytologie pathologiques
M. LIZ Jean-Christophe 4045		• Pôle de Chimie (plateaux) et microbiologie et autres locaux, Chimie • Unité de Recherche / Microbiologie et Dermatologie • Service de Chimie / Plateaux et autres locaux / Hôpital Civil	50.03 Chimie et matériaux et développement et de la nutrition (opinion biologique)
M. MARTIN Lucien 4046		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'Immunologie clinique / Pôle de Développement et RMC	41.04 Biologie cellulaire Généraliste - biochimie
Mme MOUTON Odette et GUYOTIER 4048	GR	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic Préventif, Précoce et Curatif / CHU de Valenciennes	34.05 Biologie et médecine du développement et de la nutrition (opinion biologique)
M. L. P. Jean 4049		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic généraliste / Hôpital Civil	41.04 Généraliste (opinion biologique)
Mme NICOLLE Rita 4013		• Pôle de Biologie • Service de Pathologie / Hôpital de Valenciennes	41.02 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Exclusif C. Weiss)
Mme NOURRY Nathalie 4014		• Pôle de Santé publique et Santé au travail • Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du Travail / CHU	46.02 Médecine du Travail ou Santé au Travail (Exclusif)
M. NIZARDIN Franck 4002		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / HEC	41.01 Biochimie et biologie moléculaire
M. P. P. Alexander 4003		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Microbiologie (Pôle HEC)	46.02 Parasitologie et mycologie
Mme P. TON Anne 4047		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic généraliste / HEC	41.04 Généraliste (opinion biologique)
Mme P. TON Lucie 4015		• Pôle de Biologie • Service de Dermatologie-Vénérologie / HEC et Hôpital Civil	41.04 Généraliste (opinion biologique)
M. P. O. G. G. G. G. 4001		• Pôle de Biologie • Institut d'Anatomie de Biologie humaine / PFM / HEC et PSC 93	46.01 Océan - Bactériologie - écologie des végétaux
Mme BARDASLEVIC Milica 4044		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'Immunologie clinique / Hôpital Civil	41.03 Immunologie (opinion biologique)
Mme BIKI Katerina 4005		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biologie moléculaire / HEC • Service de Chimie / CHU	41.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme BILU Mirena 4011		• Pôle de Pathologie humaine • Service de Pathologie et anatomie - Anatomie / HEC	41.02 Anatomie et biologie moléculaire (Exclusif Biologie)
M. BILU Patrick (P. B.) 4002		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / HEC	41.01 Biologie humaine - Biologie humaine - Biologie humaine
Mme B. J. B. B. B. B. B. 4017		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'Immunologie clinique / Hôpital Civil	41.01 Immunologie
Mme B. P. P. P. P. P. P. 4018		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie / HEC et PFM / HEC • Institut de Parasitologie / Hôpital de Valenciennes	46.02 Parasitologie et mycologie (opinion biologique)
Mme B. P. P. P. P. P. P. 4012		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic généraliste / Hôpital Civil	41.04 Généraliste
M. SCHRAMM Frédéric 4043		• Pôle de Biologie • Institut d'Anatomie de Biologie humaine / PFM / HEC et PSC 93	46.01 Océan - Bactériologie - écologie des végétaux
Mme SOLB Margot 4016		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Chimie / Pôle de Biochimie	41.01 Bactériologie - écologie - écologie humaine Océan - Bactériologie - écologie Rhumatologie
Mme SORDY Christiane 4041		• Pôle de Médecine humaine, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Oncologie / URMET • Service de Rhumatologie / Hôpital de Valenciennes	41.01 Océan - Bactériologie - écologie Biologie humaine
Mme TALAGRAND-HERBIE Emile 4014		• Pôle de Biologie • Institut (Laboratoire) de Biochimie / PFM / HEC et PSC 93	46.02 Parasitologie (opinion biologique)
M. TALLA Semy 4019		• Pôle de Pathologie humaine • Service de Pathologie humaine et autres locaux / HEC	41.01 Immunologie
Mme TALLA Inès W. 4008		• Pôle de Chimie et de Biologie • Service de Chimie / Plateaux et autres locaux / Hôpital Civil	75.02 Chimie générale
M. TELIER Marie 4011		• Pôle de Biologie • Service de Biologie de la Médecine / CHU de Valenciennes	34.05 Biologie et médecine du développement et de la nutrition (opinion biologique)
M. VALAT Laurent 4016		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'Immunologie clinique - HEC et Hôpital Civil	41.01 Immunologie / Rhumatologie Exclusif Rhumatologie
Mme VILLY-REUCI Anne 4013		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Pathologie humaine / CHU	41.01 Bactériologie - Microbiologie - Parasitologie Océan - Bactériologie - écologie - Microbiologie
Mme VILLARD Odile 4009		• Pôle de Biologie • Unité de Développement et de Biologie humaine / PFM / HEC et PSC 93	46.02 Parasitologie et mycologie (opinion biologique)
Mme VIGLE Myriam 4018		• Pôle de Chimie / Anatomie humaine / HEC • Unité de Santé / Hôpital Civil	46.01 Océan - Biophysique - biologie humaine
Mme ZALOSZYC Anna et NARCANTON 4013		• Pôle de Chimie / Anatomie humaine / HEC • Service de Pathologie / Hôpital de Valenciennes	51.01 Pathologie
M. Z. J. W. W. 4011		• Pôle de Pathologie humaine • Service de Pathologie et de Biochimie humaine / HEC	41.02 Physiologie (opinion biologique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

M. B. B. B. B. B. B. B.

Biochimie et Biologie humaine / HEC et Hôpital Civil

41.01 Biologie humaine - Biologie humaine - Biologie humaine

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

M. KESSSEL Fab	Département d'Hygiène et Médecine Préventive Médecine	24	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. LANDRE Jean	GRUP LMR 1107 - Equipe IMST Faculté de Médecine	25	Bioprotéomique
Mme VIALLES Catherine	Département d'Hygiène et Médecine Préventive Médecine	26	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARTONE Marie-Françoise	Département d'Hygiène et Médecine Préventive Médecine	27	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Christelle	Département d'Hygiène et Médecine Préventive Médecine	28	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. LAURENçon YVANNI	Département d'Hygiène et Médecine Préventive Médecine	29	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. ZWIMPER Jean	Département d'Hygiène et Médecine Préventive Médecine	30	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

M. ALEX. GILLES Jean-Luc	50004	Médecine générale (C1, C2, D1, F)
M. ALEX. GROS-BERTHOUD Alexis	50001	Médecine générale (C1, C2, D1, F)
M. ALEX. GUILLOU Pascal	50002	Médecine générale (C1, C2, D1, F)
M. ALEX. RELOT Nicolas	50002	Médecine générale (C1, C2, D1, F)
M. ALEX. ROUSSEAU Emmanuelle	50002	Médecine générale (C1, C2, D1, F)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

M. CHAMSE Julien	50003	C1, C2 Médecine générale (C1, C2, D1, F)
M. CRENCO Vincent	50003	C1, C2 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

M. DUMAS Claire	50004	Médecine générale (C1, C2, D1, F) ou C1, C2, D1, F
M. SAUSSENE Anne Elisabeth	50004	Médecine générale
M. GILBERT Thomas	50004	Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACHOU-COBLER Fab	50001	Préparation certifiée d'anglais (Médical) (D1, D2, D3)
Mme CANDAC Peggy	50001	Préparation agrégée et enseignement de l'anglais (D1, D2, D3)
Mme BERENDEUR Marie-Hélène	50001	Préparation certifiée d'Allemand (D1, D2, D3)
Mme JUNGHEM Nicole	50001	Préparation certifiée d'Anglais (Médical) (D1, D2, D3)
Mme MARTER Suzanne	50002	Préparation certifiée d'Anglais (Médical) (D1, D2, D3)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

D. ASTROUC Djibril Ngue	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médecine interne et de soins de PMI (Hôpital de l'Université de Yaoundé I) • Service de Radiodiagnostic (Hôpital de l'Université de Yaoundé I)
D. DE MARCO Hubert	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie (Hôpital de l'Université de Yaoundé I) • Service d'Oncologie Médicale (Hôpital de l'Université de Yaoundé I)
Mme Dr. CERRAD Bérénice	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie • Laboratoire de Chimie analytique (Hôpital de l'Université de Yaoundé I)
Mme Dr. COURREUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Formation paramédicale • Service de Biophysique (Hôpital de l'Université de Yaoundé I)
D. KACHER Fabrice	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Cardiologie • Service de Soins de suite de l'Institut de Cardiologie et d'Intervention cardiovasculaire (ICIC) / Hôpital de l'Université de Yaoundé I
Mme Dr. LALLERAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Epidémiologie - SANUM - Médecine Préventive et Santé Publique • Département d'écologie aux milieux de PMI - La Biopôle (SASS)
D. LEYDRE Raphaël	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé publique - Santé Préventive - Hygiène (SANUM) • Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (Nouvel Hôpital Civil)
Mme Dr. NICOLAI Lucienne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie • Laboratoire de Biologie et Immunologie / DMCO de Yaoundé I
Mme Dr. MARTIN-OKIVATA Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Génétique • Service de Génétique / Hôpital de l'Université de Yaoundé I
D. NSANGI Gilbert	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé Préventive • Service de Santé Préventive - DM / Yaoundé I Civil
Mme Dr. PETIT Fany	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Soins de Santé - Cardiologie - Hygiène (SANUM) • ICIC
D. PIRELLO Jean	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Cardiologie et DM (Hôpital de l'Université de Yaoundé I) • Service de Cardiologie (Hôpital de l'Université de Yaoundé I)
D. REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Soins de Santé - Cardiologie - DM (Hôpital de l'Université de Yaoundé I) • Centre de diagnostic et de traitement de l'infarctus du myocarde (ICM) / Hôpital de l'Université de Yaoundé I
Mme Dr. MOND-DUSTREAU Sarah	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Laboratoire • Service de Chimie Analytique / Hôpital de l'Université de Yaoundé I
Mme Dr. MENGESHA Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Cardiologie et DM (Hôpital de l'Université de Yaoundé I) • Centre de Diagnostic et de Traitement de l'Infarctus du Myocarde (ICM)
D. TCHAMBAIN Denise	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médecine Chirurgicale de Périné • Service des Urgences Médicales Chirurgicales périmétriques / Hôpital de l'Université de Yaoundé I
Mme Dr. WELLS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SANUM - Médecine Préventive et Santé Publique • SANUM

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- de 1974 à 1984 (septembre 1974) :
CHARBON Pierre (Biologie et Ecologie microbienne)
MARFET Jean-Claude (Mathématiques et Statistique mathématiques et applications)
- de 1985 à 1994 (février 1985 au 31 mars 1994)
Mme TCHER Anne (Anatomie - Anatomie et physiologie)
- de 1995 à 2004 (septembre 1995 au 31 août 2004)
DUPON Hubert (Biophysique et chimie)
NSANGI Gilbert (Physiologie microbienne)
RANGI Michel (Endocrinologie, diabète et troubles métaboliques)
Mme GOCHE Elisabeth (Psychologie)
- de 2005 à 2014 (septembre 2005 au 31 août 2014)
BELLOC Jean-Pierre (Biologie de Population)
DANKO Jean-Marie (Psychiatrie)
GOMI Jean-Marie (Chirurgie orthopédique et traumatologie)
WPFERSCHATT Jacques (Génétique moléculaire et génétique humaine)
- de 2015 à 2024 (septembre 2015 au 31 août 2024)
DANKO Anne (Psychiatrie, addictions)
DUMASOT Pierre (Psychiatrie et Biostatistique appliquée)
REMBUSCHT René (Microbiologie)
WEE Jean-Pierre (Chirurgie de l'oreille)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. BELLELLE (Dakar) - ECAD (01/03/2018 - 30/03/2017) - (www.ecad.org) (01/03/2018-30/03/2017)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

M. DUBROUQ Dorcas	(2013-2019)
M. KAYE Pascal	(2013-2019)
M. LANG Roland	(2013-2019)
M. MINE Jeanne	(2013-2019)
M. NESTELL Anne	(2013-2019)
M. REIS Jacques	(2013-2019)
M. SCHAEFER Catherine	(2013-2019)

(* Contrat à durée déterminée)

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 sont 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.

REMERCIEMENTS

A mon Président de thèse, Monsieur le Professeur Weber Jean-Christophe :

Vous m'avez fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous fais part de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect.

Merci pour vos relectures, vos directives, vos remarques toujours justes et constructives ainsi que vos précieux conseils qui m'ont permis de finaliser la dernière partie de mon travail de thèse.

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon sujet d'étude, pour votre investissement, votre disponibilité, votre patience et surtout votre soutien au cours de ce travail.

Je vous prie d'accepter l'expression de mes plus sincères remerciements et vous exprime toute l'estime et l'admiration que je vous porte.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Sanselme Anabel :

Merci de m'avoir donné l'opportunité de travailler avec toi, merci pour tes conseils, pour ton accompagnement et pour la confiance que tu m'as accordée lors de la rédaction de cette thèse mais aussi de mon mémoire. Merci de m'avoir guidée et soutenue jusqu'au bout. Merci de m'avoir fait sortir et d'avoir partagé avec moi tes très bons petits plats faits maison. Je t'exprime toute ma reconnaissance et suis fière de te compter parmi mes amis.

A mes juges :

Monsieur le Professeur GRIES Jean-Luc,

Je suis honorée que vous ayez accepté de participer à ce jury de thèse et d'avoir été mon président de jury de mémoire. Que ces quelques mots témoignent de ma respectueuse reconnaissance et de mon profond respect à votre égard.

Monsieur le Professeur HIRSCH Edouard,

Je vous remercie sincèrement d'avoir pris de votre temps pour participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère gratitude et du profond respect que je vous porte.

Monsieur le Professeur VIDAILHET Pierre,

Je tiens à vous remercier pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail en acceptant de faire partie de ce jury de thèse. Je vous prie de croire en mon profond respect ainsi qu'à ma reconnaissance.

A tous les médecins qui ont participé à cette thèse et qui ont fait don de leur temps afin de partager leurs expériences, leur vécu et sans qui ce travail de thèse n'aurait pas été possible. Merci de m'avoir accueillie avec sincérité et bienveillance.

A tous les médecins qui ont participé à ma formation à travers ces années et qui ont partagé leurs connaissances, leurs expériences, leur bienveillance, avec une pensée particulière et reconnaissante à mes maîtres de stage qui m'ont beaucoup appris, autant en médecine qu'au niveau des relations humaines et de la bienveillance.

A l'attention du

Dr SANSELME, Dr GROC, DR MARTINEZ HOLGUIN, Dr HODONOU, Dr DALMAS,

Dr SCHAEFFER, Dr DUTTO-RAMMAERT, Dr FREUCHET, Dr WILLEMAIN, Dr ALLAM N'DOUL.

A tous les médecins qui m'ont permis de les remplacer et d'acquérir de l'expérience en me conseillant et me motivant pour l'avenir.

A ma mère,

sans laquelle je ne serai pas là où je suis aujourd'hui. Je te remercie de ton soutien inébranlable au cours de toutes ces années, de ta confiance, de ta patience, de m'avoir guidée, supportée et soutenue à chacune de mes épreuves, bonnes ou difficiles. Merci d'être là et de continuer à veiller sur moi. Merci de tout ton amour inconditionnel, sans limite et sans faille. Merci d'être ma force, mon roc à travers tous les obstacles de ma vie et surtout de continuer à l'être jusqu'à plus de 100 ans. Ne l'oublie pas !!!

A ma sœur Léana et à Yannick,

qui me soutiennent et sont toujours présents, malgré la distance qui nous sépare. Léana, ma petite sœur qui est plus grande que moi et que j'aime énormément. Je serai toujours là pour toi.

A Tonton Didi et Quynh,

Merci de m'avoir soutenue, aidée, guidée, nourrie, logée et encouragée dans mes épreuves quelles que soient les saisons, le moment de l'année. Je suis heureuse de vous avoir rencontrés et vous remercie énormément de votre soutien, votre confiance et votre affection.

A Laetitia,

qui m'a énormément soutenue à travers mon mémoire et ma thèse. Merci de ton aide indéniable, de tes encouragements, de tes conseils et cela, même dans la vie professionnelle. Merci de partager mon quotidien, d'être là dans nos délires et aussi nos doutes. Et merci à la mignonne petite Victoire qui a approuvé tous tes dires.

A Naéma,

qui m'a réveillée, surveillée et aidée à distance pour la rédaction de cette thèse. Je suis heureuse que ces études nous ont permis de nous rencontrer et d'avoir continué notre belle amitié. Merci d'être ma dingo, souriante, dynamique.

A Julie,

mon amie, depuis le jardin d'école. Je te remercie de ton soutien dans les moments difficiles, de tes conseils, d'être toujours là, malgré la distance qui, maintenant, nous sépare. Merci de ta confiance inébranlable.

A Marine et Vivien,

qui m'ont soutenue depuis notre première année de médecine. Merci encore à toi Vivien de l'enthousiasme et motivation partagés quant au sujet de ma thèse. Je vous remercie tous les deux de vos encouragements, de vos conseils et de votre confiance. Pleins de gros bisous, au magnifique petit ange Yuna qui a rejoint les étoiles mais qui restera à jamais dans nos cœurs.

A Muriel,

pour ton aide inestimable dans ce travail. Reste toujours souriante, aimable et dynamique comme tu es. Merci à toi et Virginie de me faire découvrir de nouveaux endroits. Merci de m'avoir soutenue et aérée l'esprit pendant cette thèse.

A Hervé et sa famille, Mme Marlyse et Mr Prinio,

pour vos conseils et votre aide indéfectible. Merci à toi Hervé de m'avoir aidée, remis les idées en place et dans le bon ordre, conseillée et soutenue pendant cette thèse. Je suis

heureuse d'avoir rencontré ton adorable famille. Merci à tes parents pour leurs conseils, leur aide précieuse et à Mme Marlyse pour sa patience, son temps accordé à ses relectures dans mes travaux de mémoire et de thèse.

A Joan,

qui a toujours été là, depuis les bancs de l'école. Merci énormément pour ton aide technico-informatique pour mon mémoire et ma thèse, cela à des heures pas possibles, de retour de vacances ou encore dans tes week-ends et tes vacances. Toujours de bonne humeur ! Je te remercie encore et encore et plus encore. En espérant que cette belle amitié durera.

A Isabelle, Aurélie et Leslie,

qui m'ont aidée et soutenue pendant cette thèse. Je vous en remercie énormément. Merci d'avoir fait part d'une énorme patience, surtout toi Isabelle qui a lu et relu pour la correction mes quarante-six entretiens. Merci à vous de votre patience, de votre courage, de votre soutien et de votre temps que vous avez investi pour m'aider. Je vous en suis très reconnaissante.

A Maria et Charles,

Je suis heureuse de vous avoir rencontrés. J'espère que notre amitié durera toujours. Merci de votre soutien. Je vous embrasse ainsi que vos loulous que j'adore.

Pensées à papa.

Sommaire

1	Introduction.....	27
2	Contexte et problématique.....	29
2.1	Évolution de la relation médecin-patient.....	29
2.1.1	Le modèle paternaliste.....	29
2.1.2	Le modèle conflictuel.....	29
2.1.3	Le modèle négocié et partenariat.....	30
2.1.4	Autonomisation du patient.....	30
2.2	Les demandes abusives ou injustifiées.....	31
2.3	Objectif de ce travail de recherche.....	32
3	Matériel et méthode.....	34
3.1	Recherche bibliographique.....	34
3.2	Choix de l'étude.....	34
3.3	Population étudiée.....	35
3.4	Mode de recrutement et déroulement de l'étude.....	35
3.5	Entretiens semi-dirigés.....	36
3.6	Retranscription et analyse des données.....	37
3.7	Aspects éthiques et réglementaires.....	38
4	Résultats.....	39
4.1	Caractéristiques de la population étudiée.....	39
4.2	Les demandes abusives ou injustifiées.....	42
4.2.1	Définition des demandes abusives ou injustifiées.....	42
4.2.1.1	Une exigence « autoritaire ».....	42
4.2.1.2	Les arrêts de travail.....	43
4.2.1.3	Les médicaments.....	44
4.2.1.4	Les certificats, bons de transport et papiers divers.....	45
4.2.1.5	Les examens complémentaires.....	46
4.2.1.6	Les demandes d'ordonnances.....	47
4.2.1.7	Les visites à domicile.....	48
4.2.1.8	La « liste de course ».....	48
4.2.1.9	Les consultations.....	49
4.2.1.10	L'intervention d'un tiers.....	51

4.2.1.11	Pas de demande abusive	52
4.2.1.12	Récapitulatif des demandes abusives ou injustifiées	52
4.2.2	Différence entre demandes abusives et injustifiées	53
4.2.3	Notion subjective et variable	53
4.2.3.1	Récapitulatif de la notion subjective et variable des demandes abusives ou injustifiées	56
4.2.4	Les demandes justifiées cachées derrière les demandes abusives des patients.....	56
4.2.4.1	Identifier les réelles demandes	56
4.2.4.2	Être à l'écoute	57
4.2.4.3	Savoir poser les bonnes questions	57
4.2.4.4	L'inquiétude des patients	58
4.2.4.5	La méconnaissance médicale des patients	58
4.2.4.6	Récapitulatif des demandes justifiées cachées derrière les demandes abusives des patients	59
4.2.5	Tendances des demandes abusives ou injustifiées.....	59
4.2.5.1	Variabilité en fonction du temps.....	59
4.2.5.2	Variabilité en fonction des patients	60
4.2.5.2.1	<i>Age du patient.....</i>	60
4.2.5.2.2	<i>Situation du bénéficiaire selon sa participation financière aux soins.....</i>	60
4.2.5.2.3	<i>Patients hors parcours de soins</i>	61
4.2.5.2.4	<i>Les patients addicts.....</i>	61
4.2.5.3	Récapitulatif des tendances des demandes abusives ou injustifiées.....	61
4.3	Les facteurs influençant les demandes abusives ou injustifiées.....	62
4.3.1	Les facteurs intrinsèques au médecin	62
4.3.1.1	Identification des caractéristiques du médecin	62
4.3.1.1.1	<i>Selon le caractère ou la personnalité du médecin</i>	62
4.3.1.1.2	<i>Selon l'humeur du jour du médecin</i>	63
4.3.1.1.3	<i>Selon la tenue vestimentaire.....</i>	64
4.3.1.1.4	<i>Selon l'apparence physique</i>	64
4.3.1.1.5	<i>Selon le sexe.....</i>	65
4.3.1.1.6	<i>Selon l'âge ou la durée d'exercice en libéral.....</i>	65

4.3.1.1.7	<i>Selon l'origine ou la culture du médecin</i>	65
4.3.1.1.8	<i>Selon l'ethnie du médecin</i>	66
4.3.1.2	Les caractéristiques relationnelles du médecin et de son patient.....	66
4.3.1.2.1	<i>Selon l'attitude relationnelle du médecin ou de son comportement</i>	66
4.3.1.2.2	<i>Selon la communication non verbale et la distance physique du médecin</i>	68
4.3.1.2.3	<i>Selon l'expression faciale du médecin</i>	69
4.3.1.2.4	<i>Selon la tonalité ou le déroulement de la conversation</i>	69
4.3.1.2.5	<i>Selon le type de relation</i>	69
4.3.1.2.6	<i>Selon l'éducation de la patientèle, les règles établies dès le début</i>	70
4.3.1.3	La réputation du médecin	71
4.3.2	Les facteurs extrinsèques au médecin	71
4.3.2.1	L'organisation pratique du cabinet	71
4.3.2.1.1	<i>Selon le type d'exercice</i>	71
4.3.2.1.2	<i>Selon l'organisation des consultations</i>	72
4.3.2.1.3	<i>Selon la présentation des locaux</i>	72
4.3.2.2	Le lieu d'exercice et la fréquence ressentie des demandes par les médecins.....	73
4.3.2.3	Les facteurs extérieurs influençant le ressenti des médecins dans les demandes	73
4.3.2.3.1	<i>Le facteur temps, la charge de travail</i>	73
4.3.2.3.2	<i>L'influence de la vie personnelle et professionnelle</i>	74
4.3.2.3.3	<i>En fonction des relations personnelles du médecin</i>	75
4.3.2.3.4	<i>En fonction de la formulation de la demande du patient</i>	76
4.3.3	Récapitulatif des facteurs intrinsèques et extrinsèques influençant les demandes abusives ou injustifiées	77
4.4	Les conséquences des demandes abusives ou injustifiées sur le médecin.....	78
4.4.1	Les conséquences sur la vie professionnelle du médecin.....	78
4.4.1.1	Retentissement sur les consultations.....	78
4.4.1.2	Evolution du médecin.....	78
4.4.1.3	Conséquences sur la relation médecin-patient.....	79
4.4.1.4	Conséquences sur le ressenti du médecin	79
4.4.1.5	Conséquences au niveau juridique.....	80

4.4.1.6	Pas de conséquence professionnelle	81
4.4.2	Les conséquences sur la vie personnelle du médecin	81
4.4.2.1	Conséquences au niveau émotionnel	81
4.4.2.2	Conséquences au niveau familial	83
4.4.2.3	Pas de conséquence personnelle	83
4.4.3	Récapitulatif des conséquences des demandes abusives sur le médecin	83
4.5	Les solutions ou barrières adaptées afin de réduire les demandes abusives ou injustifiées et conseils.....	84
4.5.1	L'éducation	84
4.5.2	Ecouter le patient et entretenir un respect mutuel.....	85
4.5.3	Savoir dire « non ».....	85
4.5.3.1	Nécessité de dire « non » ou « stop ».....	85
4.5.3.2	L'apprentissage par l'expérience.....	86
4.5.3.3	Les difficultés à dire « non » et amenant à céder	87
4.5.3.3.1	<i>Céder en fonction du patient</i>	87
4.5.3.3.2	<i>Céder en fonction du médecin et de son ressenti</i>	88
4.5.3.3.3	<i>Céder en fonction du temps</i>	89
4.5.3.3.4	<i>Céder en fonction de la demande et de ses répercussions</i>	89
4.5.3.4	Les situations facilitant le « non »	90
4.5.3.4.1	<i>Face aux demandes abusives ou injustifiées.....</i>	90
4.5.3.4.2	<i>Responsabilité du médecin</i>	90
4.5.3.4.3	<i>En fonction de la personnalité ou du caractère du médecin.....</i>	91
4.5.3.4.4	<i>Âge du médecin.....</i>	91
4.5.3.4.5	<i>Etat émotionnel du médecin</i>	91
4.5.3.4.6	<i>Par manque de temps.....</i>	92
4.5.3.4.7	<i>En raison du coût des soins et du tarif de la consultation.....</i>	92
4.5.3.4.8	<i>En fonction du contexte démographique.....</i>	92
4.5.3.5	Attention au « non »	93
4.5.4	La distance relationnelle et séparer vie professionnelle/vie personnelle	93
4.5.5	La réputation du médecin	94
4.5.6	Prendre le temps d'évacuer	94

4.5.6.1	Parler aux autres /Faire des pauses	94
4.5.6.2	Loisirs et temps libre	94
4.5.7	Cours/Formations.....	95
4.5.8	Les barrières ou solutions pour le cabinet	95
4.5.8.1	Le secrétariat	95
4.5.8.2	L'organisation du cabinet	96
4.5.8.3	Les panneaux d'affichage	97
4.5.9	Quelques conseils non évoqués	97
4.5.9.1	Remplacer.....	97
4.5.9.2	S'installer	97
4.5.9.3	Se spécialiser	98
4.5.9.4	Avoir un plan B	98
4.5.9.5	Avoir ses propres réponses aux questions posées.....	98
4.5.10	Récapitulatif des solutions ou barrières adaptées afin de réduire les demandes abusives ou injustifiées et conseils	99
5	Discussion.....	101
5.1	Forces et faiblesses de l'étude	101
5.1.1	Intérêt du sujet	101
5.1.2	Biais et validité interne.....	101
5.1.2.1	Biais de sélection	101
5.1.2.2	Biais d'information et limite due à l'inexpérience de l'enquêtrice.....	102
5.1.2.3	Biais de recueil.....	102
5.1.2.4	Limites de l'analyse	102
5.1.3	Validité externe	103
5.2	Discussion au sujet des résultats.....	104
5.2.1	Les demandes abusives ou injustifiées	104
5.2.1.1	Une définition subjective et variable	104
5.2.1.2	Les différents types de demandes abusives.....	105
5.2.1.3	Les réelles demandes cachées.....	107
5.2.1.4	Tendances des demandes abusives ou injustifiées.....	108
5.2.1.4.1	<i>En fonction du temps</i>	<i>108</i>
5.2.1.4.2	<i>En fonction des patients.....</i>	<i>109</i>

5.2.2	Les facteurs influençant les demandes abusives ou injustifiées.....	111
5.2.2.1	Les facteurs intrinsèques au médecin	111
5.2.2.2	Les facteurs extrinsèques au médecin	115
5.2.2.3	Les facteurs extérieurs influençant le ressenti du médecin dans les demandes	117
5.2.3	Les conséquences et solutions mises en place afin d'éviter les demandes abusives ou injustifiées	119
5.2.3.1	Les conséquences sur le médecin	119
5.2.3.2	Les solutions ou barrières adaptées afin de réduire les demandes abusives	122
5.2.3.2.1	<i>Les solutions applicables au médecin</i>	122
5.2.3.2.2	<i>Les solutions applicables au cabinet</i>	128
6	Conclusion	130
7	Annexes	133
8	Abréviations et Acronymes	137
9	Bibliographie	138

Table des illustrations

Tableaux

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée.....	40
Tableau 2 : récapitulatif des demandes abusives ou injustifiées.....	52
Tableau 3 : récapitulatif de la notion subjective et variable des demandes abusives ou injustifiées	56
Tableau 4 : récapitulatif des demandes justifiées cachées derrière les demandes abusives de patients.....	59
Tableau 5 : récapitulatif des tendances des demandes abusives ou injustifiées	61
Tableau 6 : récapitulatif des facteurs intrinsèques et extrinsèques influençant les demandes abusives ou injustifiées	77
Tableau 7 : récapitulatif des conséquences des demandes abusives sur le médecin	83
Tableau 8 : récapitulatif des solutions ou barrières adaptées afin de réduire les demandes abusives ou injustifiées et conseils	100

Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien semi-dirigé	133
Annexe 2 : Extraits d'entretiens semi-dirigés	135

1 Introduction

Comme de nombreux autres secteurs, le domaine médical semble avoir été touché par la société de consommation. Le statut social du médecin et son rôle dans la société ont évolué également. De celui qui savait tout et décidait seul, le médecin est devenu un expert respectueux de l'autonomie du patient, en les accompagnant dans leurs choix. Les connaissances médicales se sont considérablement développées. L'évolution des technologies a permis aux patients d'accéder plus facilement aux informations liées à leur santé et aux soins qui en découlent (1) (2). Certains patients cherchent même leurs diagnostics sur internet et voudraient dicter leurs décisions aux médecins, sans prendre en compte l'avis de ce dernier. Parmi les diverses requêtes des patients, certaines peuvent être perçues comme des abus par certains soignants. Par ailleurs, notre déontologie nous pousse à être empathique, compréhensif et flexible. Il est donc parfois difficile de fixer des limites nettes. Cela pourrait amener les patients à tenter d'imposer leurs propres règles, par exemple ne pas respecter les horaires du cabinet, venir à plusieurs sur un seul créneau de consultation ou encore demander des prescriptions qu'ils estiment nécessaires sans attendre l'avis du praticien. Les soignants sont de plus en plus confrontés à cette exigence ou pression émise par les malades (3). La gestion de ces demandes peut être éprouvante pour le soignant. En effet, refuser une demande peut être source de conflit entre le médecin et son patient et ainsi le soignant peut se retrouver en difficulté dans la gestion de ces demandes (4). Ces requêtes influencent même le comportement du médecin, qui peut être amené à modifier sa prise en charge et prescrire des actes qu'il juge non justifiés (5) (6). Ces demandes jugées abusives ou injustifiées sont éreintantes pour le professionnel de santé et peuvent même avoir de lourdes répercussions sur la relation entre le médecin et son patient (7).

Le sujet des demandes abusives a été traité dans certaines thèses de médecine générale. Toutes ont évoqué l'existence de certains facteurs influant sur la fréquence de ces requêtes inadaptées et le fait que celles-ci aient des conséquences sur les médecins. Pour autant, ces facteurs n'ont jamais été étudiés en détail et notre enquête vise à les identifier et à déterminer si certains d'entre eux peuvent être contrôlés afin de réduire la fréquence des demandes abusives en médecine générale.

Ce travail de recherche vise donc à étudier les facteurs inhérents et extérieurs au médecin qui influencent les demandes abusives ou injustifiées, dans le but d'améliorer la qualité de vie des médecins et indirectement la qualité des prises en charge.

2 Contexte et problématique

2.1 Évolution de la relation médecin-patient

La société a connu de nombreux changements qui ont bouleversé la médecine au niveau des connaissances scientifiques, des divers moyens techniques de diagnostics et de traitements mais aussi au niveau de la relation entre le médecin et le patient. Ainsi, plusieurs modèles ont été décrits :

2.1.1 Le modèle paternaliste

Ce modèle a été théorisé par Talcott Parsons dans les années 1950 où l'autorité médicale est prépondérante (8). Le médecin, membre actif de la relation, possède le savoir et soigne avec bienveillance. Il décide des solutions adaptées pour la santé et le bien-être du malade, l'épargnant ainsi des décisions à prendre (9). Le patient est quant à lui un membre passif et se remet entièrement au jugement du médecin(10) (11). Il n'y a pas de dialogue entre les deux intervenants, le médecin est le seul décisionnaire, ce qui sous-entend une confiance totale de la part du patient.

2.1.2 Le modèle conflictuel

Le paternalisme prédomine jusqu'aux années 1970. En parallèle, une nouvelle pratique décrite par Freidson émerge, à savoir le modèle conflictuel (12). De nombreuses interactions sociales, culturelles ou encore intellectuelles peuvent être source de conflits (13). Le médecin s'applique à préserver son monopole sur la santé mais partage son savoir, face aux sollicitations de plus en plus nombreuses et diverses des patients (10) (14). Un dialogue se forme où le patient se fait entendre mais sans véritable consensus, ce qui peut créer des tensions.

2.1.3 Le modèle négocié et partenariat

Dans les années 1990 se développe progressivement le modèle négocié appuyé par Strauss qui affirme que le statut hiérarchique n'est pas figé. Les deux intervenants participent dans la décision, s'ouvrant ainsi sur des négociations (15). Le dialogue entre le médecin et le patient se développe, aboutissant à des interactions négociées (10)(14).

Progressivement la relation entre le médecin et le malade évolue vers l'apparition d'un modèle de décision partagée, où les soignés deviennent acteurs de leur santé et partenaires avec le soignant. La Haute Autorité de Santé a publié un rapport détaillé à propos de cette thématique, en octobre 2013 (16). Ce modèle comporte plusieurs étapes essentielles. Tout d'abord, le partage des informations : le médecin apporte ses connaissances scientifiques, son expérience et le patient émet ses informations recueillies, ses doutes, ses interrogations mais surtout son expérience vécue de la maladie et ses préférences quant aux traitements envisageables. Ensuite vient la délibération où les deux parties examinent les différentes options proposées, pour enfin prendre, en accord mutuel, la décision la mieux adaptée par rapport au soin étudié (17). Ainsi le patient devient acteur dans la prise en charge de sa santé. Dans ce modèle, le dialogue a une place prépondérante où un consensus entre le médecin et le patient se développe.

2.1.4 Autonomisation du patient

Au cours des années, le statut du patient a évolué, passant de membre passif à un participant actif dans la prise en charge de sa santé (18). La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, renforce la position du patient, en lui donnant accès aux informations sur sa santé, sur ses droits mais également en lui permettant de prendre part à la décision thérapeutique finale, avec le principe du

consentement éclairé (19). Ainsi elle fortifie le partage de pouvoir entre le médecin et le patient, basé sur la décision médicale partagée.

L'autonomie du patient grandit d'autant plus avec le développement fulgurant des divers moyens technologiques. Les patients se renseignent de plus en plus grâce aux différents moyens d'information et de communication tels que les médias, Internet... (20). Cela peut avoir un impact bénéfique dans la relation médecin - patient, permettant un échange des connaissances acquises (21). Cependant, les patients qui sont très informés ont des exigences de plus en plus importantes (22). Certains ont même tendance à remettre en cause les solutions thérapeutiques proposées par le médecin (23) (24). Cette exigence a des répercussions sur la relation avec le médecin, qui ressent plus de pression et se sent comme un prestataire de service (9) (25). Le consumérisme médical a tendance à se majorer depuis l'autonomie et l'acquisition du savoir des patients (25)(26).

Néanmoins le médecin demeure l'unique responsable de ses prescriptions conformément à l'article 69 du Code de Déontologie Médicale (27). Il est tenu de respecter les décisions du patient mais, il doit être vigilant lors de ses actes, conformément à l'article 28 du Code de Déontologie Médicale (27).

2.2 Les demandes abusives ou injustifiées

Selon le dictionnaire français Larousse, le mot abus a pour définition un « *mauvais emploi, usage excessif ou injuste de quelque chose* » ou encore le « *fait d'outrepasser certains droits, de sortir d'une norme, d'une règle et, en particulier, injustice, acte répréhensible établis par l'habitude ou la coutume ; excès* » (28). De même, il définit le terme injustifié comme « *ce qui n'est pas justifié* » (29).

Il n'y a pas de définition unique d'une demande abusive ou injustifiée, en médecine. Certains travaux ont abordé cette thématique sans pouvoir y donner une définition précise.

Le Dr Lofti ne pose pas de définition exacte de la demande injustifiée car celle-ci est variable en fonction du ressenti de chaque médecin, de ses valeurs, du contexte et de nombreux autres facteurs pouvant entrer en cause (30).

Il en est de même pour le Dr Jouve qui évoque plusieurs termes « *abusives, injustifiées, non fondées* » quant à ses demandes émises par le patient. Elle insiste sur le fait que la définition de la demande abusive est difficile et plurifactorielle (31).

Le Dr Audouin-Dubreuil évoque succinctement la différence entre demande abusive et injustifiée sans entrer dans les détails. Elle met en évidence le caractère subjectif de la demande injustifiée dépendante de chaque médecin, de chaque patient et du contexte (7).

Ainsi la définition d'une demande abusive ou injustifiée en médecine n'est pas unique, mais elle est variable, dépendante de chaque médecin et de nombreux autres critères.

2.3 Objectif de ce travail de recherche

La société évolue considérablement. Les avancées scientifiques, technologiques et thérapeutiques tendent à majorer le consumérisme médical. La mentalité des patients change. Ils deviennent plus documentés, plus investis mais aussi plus exigeants envers le corps médical. Néanmoins les médecins généralistes jouent aussi un rôle primordial dans cette relation médecin-patient. Quelle est leur influence dans les demandes abusives ou injustifiées ?

→ QUESTION - PROBLEMATIQUE

Quelles sont les demandes perçues comme abusives ou injustifiées par les médecins ?

Quels sont les facteurs chez le médecin généraliste qui peuvent influencer les demandes ressenties comme abusives ou injustifiées ?

→ HYPOTHÈSE

Il existe certains facteurs qui favorisent les comportements abusifs des patients. Ils peuvent être intrinsèques, c'est à dire propres au médecin ou extrinsèques, c'est à dire reposant sur des critères extérieurs ou sur l'environnement du médecin.

→ OBJECTIF

Définir les facteurs intrinsèques et extrinsèques au médecin généraliste qui influencent les comportements d'abus des patients.

3 Matériel et méthode

3.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été élaborée grâce à plusieurs sources telles que :

Pub Med, Cismef (Catalogue et index des sites médicaux de langue française), Sudoc (Système universitaire de documentation), Cairn (plateforme de revues et ouvrages en sciences humaines et sociales).

Les sites officiels tels que le Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'Assurance Maladie ont été consultés.

Les moteurs de recherche Google et Google Scholar ont été exploités.

Les mots clés utilisés dans la recherche sont : « abus », « demandes abusives », « demandes injustifiées », « médecine générale », « relation médecin-patient ».

3.2 Choix de l'étude

C'est une étude qualitative. Elle analyse des données verbales recueillies grâce à des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes.

Le choix d'une étude qualitative a été adopté puisque les facteurs étudiés ne peuvent être quantifiés objectivement. En effet, cette recherche se base essentiellement sur le ressenti subjectif de chaque participant, ce qui est donc un biais pour une analyse quantitative et théorique. Ainsi, l'étude qualitative semble adaptée dans notre cas, car elle permet d'analyser le ressenti et le vécu à travers les expériences personnelles des participants (32) (33). En effet, la demande peut être qualifiée normativement d'abusives si le patient est menaçant, agressif ou met de la pression envers le médecin. En revanche, pour une demande formulée respectueusement, certains médecins recadreront calmement le patient

et proposeront une alternative, quand d'autres perdront patience et ressentiront un abus. Ainsi pour une même demande, certains soignants ont le ressenti d'une demande abusive alors que d'autres ont uniquement l'impression de répondre à une demande.

3.3 Population étudiée

L'étude s'intéresse à des médecins généralistes libéraux installés. Ils ont été recrutés dans le département du Haut-Rhin et à l'île de la Réunion.

Les critères d'inclusion sont :

- Être un médecin généraliste installé
- Accepter de participer à l'entretien

Les critères d'exclusion sont :

- Être un médecin remplaçant

Dans le but d'acquérir une grande diversité auprès des participants sur le thème étudié, le recrutement s'est fait sur les trois quarts du Haut-Rhin et le sud de l'île de la Réunion, de façon à obtenir des profils variés en âge, sexe, lieu et mode d'exercice.

3.4 Mode de recrutement et déroulement de l'étude

Les premiers médecins interrogés sont des connaissances de la thésarde, puis les autres médecins ont été contactés directement par téléphone. Une recherche aléatoire a été réalisée en s'appuyant sur les médecins se trouvant dans les Pages Jaunes, mais également à l'aide du site de recherche Google Maps.

De nombreux appels ont été passés, certains médecins ont refusé (essentiellement par manque de temps dans le Haut-Rhin ou absence en raison de congés majoritairement à l'île

de la Réunion), certains appels n'ont pas abouti et beaucoup de demandes sont restées sans réponse à la suite du contact avec le secrétariat. Ces derniers ont été rappelés une seconde fois. Une minorité de médecins a demandé à être contacté par courriels après le contact téléphonique.

Lors de la prise de contact, les participants ont été prévenus de la durée moyenne de l'entretien, de la méthode choisie (entretien à questions ouvertes enregistré afin d'être retranscrit) et plus particulièrement du caractère anonyme de l'échange. Le thème de la thèse qui a été évoqué est la relation médecin-patient et les demandes abusives des patients. Les détails n'ont pas été communiqués dans le but de garder la spontanéité de l'échange et de ne pas orienter les réponses.

Les entretiens se sont déroulés dans les cabinets des médecins généralistes afin de favoriser la convivialité de l'échange par un contact direct et pour une question de praticité. Cependant, un entretien s'est effectué par téléphone suite à la requête de l'interviewé.

Au total, 48 médecins ont participé à l'étude, 36 médecins dans le département du Haut-Rhin et 12 médecins à l'île de la Réunion. Malheureusement 2 entretiens ont été exclus pour cause de perte de données (1 médecin du Haut-Rhin et 1 médecin de l'île de la Réunion). Finalement 46 médecins figurent dans l'analyse de l'étude.

3.5 Entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés ou encore appelés semi-structurés ont été la technique de recueil des données la plus adaptée. Ces entretiens sont individuels et se présentent sous forme de questions ouvertes afin de permettre au médecin interrogé de s'exprimer le plus librement possible, tout en respectant le thème étudié.

L'élaboration d'un guide d'entretien a été le support de la discussion et a permis d'explorer les thématiques suivantes :

- La définition d'une demande abusive ou injustifiée du point de vue du médecin, associant si possible un ou plusieurs exemples.
- Les réactions du médecin face à ces demandes ou suite à un refus de sa part, ainsi que son ressenti dans ces situations vécues et son évolution au cours de sa carrière.
- Les facteurs intrinsèques et extrinsèques au médecin qui influencent ces demandes abusives ou injustifiées.
- Les solutions mises en place afin de limiter ces demandes.
- Les répercussions de ces demandes aussi bien sur le médecin lui-même que sur sa vie professionnelle et de l'impact au niveau de la relation entre le médecin et le patient.

Pour clore la discussion, le praticien est invité à prodiguer des conseils aux nouveaux médecins qui veulent s'installer.

Le guide d'entretien est présenté en Annexe 1.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un enregistreur vocal sur un téléphone portable avec accord au préalable du médecin interrogé. Le caractère anonyme des données a été rappelé au début de chaque entretien.

Le recueil des données a été fait de manière à être neutre le plus possible, en étant à l'écoute et en abordant une attitude positive, sans influencer les réponses. Des questions de relance ont été posées afin de permettre la progression de l'échange et d'approfondir certaines réponses.

3.6 Retranscription et analyse des données

Tous les entretiens ont été retranscrits intégralement et manuellement à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word). Les pauses, les rires, les intonations, les hésitations, les gestuels ont également été retranscrits de manière à reproduire l'échange le plus fidèlement.

Dans le but de préserver l'anonymat des participants, chaque médecin s'est vu attribuer un numéro dans l'ordre chronologique des enregistrements. Des lettres aléatoires ont été affectées aux noms propres et lieux cités au cours des discussions. Par souci de confidentialité ou sur demande du médecin, certaines données ont été volontairement supprimées et sont signalées entre crochets. Ces entretiens retranscrits forment ainsi le verbatim.

La thésarde a retranscrit personnellement 26 entretiens. Elle a bénéficié de l'aide d'une amie qui a retranscrit 20 entretiens, qui ont été tous relus par la thésarde avec l'enregistrement audio.

Les entretiens ont été étudiés afin de dégager les grands axes de réflexion. Chaque entretien a été étudié un à un, plusieurs fois, afin d'extraire et de classer les phrases décrivant la même idée, qualifiées comme les unités de signification. Les unités de signification ont ensuite été organisées en sous-thèmes et thèmes.

La lecture des entretiens s'est faite plusieurs fois par la thésarde, afin de n'omettre aucun élément essentiel au travail de recherche.

3.7 Aspects éthiques et réglementaires

Selon l'article 2 du décret 2017 – 884 du 9 mai 2017, cette étude qui vise à évaluer les modalités d'exercice des professionnels de santé, les médecins généralistes, n'est pas une recherche sur la personne humaine. L'accord d'un Comité de protection des personnes n'a donc pas été nécessaire.

4 Résultats

4.1 Caractéristiques de la population étudiée

La population étudiée comprend au total 46 médecins généralistes installés, 36 médecins dans le département du Haut-Rhin et 12 médecins à l'île de la Réunion. Les entretiens se sont déroulés du mois d'août 2021 à janvier 2022. Les entretiens ont duré de 11 à 46 minutes et la durée moyenne des entretiens a été de 25 minutes.

Parmi les médecins interrogés, il y avait 23 femmes et 23 hommes, âgés de 31 à 69 ans.

Les années d'exercice libéral allaient de 4 à 42 ans de pratique.

Concernant le lieu d'exercice, 12 médecins exerçaient en milieu urbain, 20 en semi-urbain (semi-urbain représente un milieu péri-urbain, banlieue, agglomération) et 12 en semi-rural (semi rural qui représente proche de l'agglomération mais plus en campagne) et 2 seulement en milieu rural. 18 médecins étaient installés dans un cabinet individuel et 28 pratiquaient dans un cabinet de groupe.

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée.

	<u>Sexe</u>	<u>Age</u> (années)	<u>Durée</u> <u>d'exercice</u> <u>libéral</u> (années)	<u>Lieu</u> <u>d'exercice</u>	<u>Type</u> <u>d'exercice</u>	<u>Secrétariat</u>	<u>Rendez-vous</u> Avec (+) Sans (∅)
M1	F	62	36	Urbain	Groupe	Oui	+
M2	M	62	29	Semi-rural	Seul	Oui	+
M3	F	58	27,5	Semi-rural	Groupe	Oui	+ / ∅
M4	F	61	34	Urbain	Groupe	Oui	+
M5	F	45	15	Semi-rural	Groupe	Oui	+
M6	F	35	4	Semi-urbain	Groupe	Oui	+ / ∅
M7	M	32	3,5	Semi-urbain	Groupe	Oui	+ / ∅
M8	M	38	7	Semi-urbain	Groupe	Oui	+ / ∅
M9	F	41	6	Semi-urbain	Groupe	Oui	+ / ∅
M10	M	66	37	Semi-rural	Seul	Oui	+ / ∅
M11	M	65	36	Urbain	Seul	Non	∅
M12	M	64	35	Urbain	Groupe	Oui	+
M13	F	57	24	Semi-urbain	Groupe	Oui	+
M14	M	69	38	Semi-urbain	Seul	Non	∅
M15	F	47	20	Semi-urbain	Groupe	Oui	+ / ∅
M16	F	55	24	Semi-urbain	Groupe	Oui	+
M17	F	34	6	Semi-urbain	Groupe	Oui	+ / ∅
M18	F	47	19	Semi-urbain	Seule	Oui	+
M19	M	56,5	26	Urbain	Groupe	Oui	+
M20	F	34	6	Urbain	Seule	Oui	+ / ∅
M21	M	65	38	Semi-urbain	Groupe	Oui	+

M22	F	45	13	Urbain	Groupe	Oui	+ / \emptyset
M23	M	57	24	Semi-urbain	Seul	Oui	+ / \emptyset
M24	M	64	32	Semi-rural	Groupe	Oui	+ / \emptyset
M25	F	43	13	Semi-urbain	Groupe	Oui	+
M26	M	49	11	Urbain	Seul	Non	+ / \emptyset
M27	F	60	31	Semi-urbain	Groupe	Oui	+
M28	M	65	37	Rural	Seul	Oui	\emptyset
M29	M	59	27	Semi-urbain	Groupe	Oui	+
M30	F	50	18	Semi-rural	Seule	Non	+ / \emptyset
M31	F	40	12	Semi-urbain	Groupe	Oui	+
M32	F	60	17	Semi-rural	Groupe	Oui	+
M33	M	35	8	Rural	Seul	Oui	+
M34	F	60	34	Semi-rural	Seule	Oui	+ / \emptyset
M35	M	63	42	Urbain	Seul	Oui	\emptyset
M36	F	37	10	Semi-Rural	Groupe	Oui	\emptyset
M37	F	33	5	Semi-urbain	Groupe	Oui	+ / \emptyset
M38	M	34	5	Semi-urbain	Groupe	Oui	+ / \emptyset
M39	M	54	25	Rural	Groupe	Oui	+ / \emptyset
M40	M	60	30	Urbain	Seul	Oui	+ / \emptyset
M41	M	64	34	Urbain	Seul	Oui	+ / \emptyset
M42	M	62,5	16	Semi-rural	Seul	Oui	\emptyset
M43	F	31	6	Semi-urbain	Groupe	Oui	\emptyset
M44	M	44	17	Urbain	Seul	Oui	\emptyset
M45	M	64	36	Semi-urbain	Groupe	Oui	+ / \emptyset
M46	F	36	6,5	Semi-rural	Seule	Oui	+ / \emptyset

Pour la suite, les réponses les plus représentatives seront citées, pour éviter une surcharge au vu du nombre d'entretiens effectués.

4.2 Les demandes abusives ou injustifiées

4.2.1 Définition des demandes abusives ou injustifiées

Plusieurs définitions de demandes abusives ou injustifiées ont été proposées par les répondants. Nous allons les étudier et les détailler par ordre de fréquence.

4.2.1.1 Une exigence « autoritaire »

Le thème prépondérant est **l'exigence autoritaire**. L'immense majorité des médecins considère que le principal critère d'une demande abusive ou injustifiée est l'exigence imposée par les patients. Comme l'affirme M8 « *les gens veulent imposer leur choix. [...] c'est limite un ordre* » ou encore M12 qui explique que les patients « *exigent tout, tout de suite [...] c'est une exigence qui est tout à fait autoritaire* ». M6 rajoute que cette exigence est **immédiate** où « *c'est tout maintenant, tout de suite, à la seconde* ». M22 évoque le sentiment de contrainte ressenti devant les demandes jugées abusives « *qui vous mettent devant le fait accompli* ». Le plus souvent, « *c'est une demande **sans explication*** », comme le souligne M34. Par ailleurs, les interrogés expliquent que les patients **ne sollicitent pas l'expertise du médecin**, comme l'indique M22 « *ils viennent et ils savent déjà ce qu'ils ont ! Et ils veulent ça !* » ou encore M34 « *c'est le fait que je n'ai pas mon avis à donner* ». M43 avoue que certains patients « *insistent et ils insistent « comment ça pas d'antibio ? Comment ça pas d'antibio ? Comment ça pas d'antibio ? Comment ça pas d'arrêt ?* ». M6 révèle le fait que le médecin est devenu « **un prestataire de service** » ou comme le décrit M27 « *j'entends, euh, « mais vous êtes médecin, vous êtes là pour faire ce que je vous dis* ». M23 admet que pour certains patients, « *ils ont l'air de croire que tout leur est dû* ». M32 avoue

que certains soignés pensent qu'une consultation médicale dans ce contexte n'est pas nécessaire ou encore ne représente pas du travail, « *pour eux, c'est pas des consultes* ». M2 explique que cette exigence vient de « *l'attitude consumériste des gens* ». M40 souligne le fait que ces demandes exigées par les patients sont abusives car « *ça n'est pas forcément nécessaire* ». M41 « *estime que c'est encore à nous de décider* » face aux demandes abusives ou injustifiées.

4.2.1.2 Les arrêts de travail

Un des thèmes principaux évoqués par la majorité des médecins sont « *les demandes abusives d'arrêts de travail* ». Ces derniers « *ne sont pas justifiés* » au niveau de la pathologie « *une demande d'arrêt de travail pour une rhino-pharyngite alors que pour moi ça ne nécessite clairement pas un arrêt de travail* » précise M5 ou encore « *c'est quelqu'un, par exemple, qui vient me voir qui veut un arrêt de travail et qui n'est pas malade* » ajoute M24. Par ailleurs, M17 avoue que **la durée de l'arrêt** peut être la cause de la demande abusive « *si je propose un arrêt d'un ou deux jours et qu'on veut la semaine* ». Ces demandes concernent aussi la **prolongation des arrêts de travail**, qui peuvent être abusives ou injustifiée par rapport au contexte de la demande comme l'évoque M5 « *c'est l'arrêt de travail qui va être prolongé parce que la personne est d'équipe et ça ne l'arrange pas de reprendre juste pour deux nuits* » ou encore M6 « *donc il est venu pour que je lui prolonge son arrêt. Je dis « bon ben, on va voir votre peau », mais il n'avait rien sur la peau. Pourquoi je le mettrai en arrêt pour un truc qu'il n'a pas.* » M25 donne l'exemple d'une prolongation injustifiée sur la durée « *je voulais lui remettre quinze jours. Et puis elle a insisté, elle me dit « Oh, quinze jours, ça ne fait pas beaucoup, est-ce que je pourrai avoir tout le mois de décembre ? »* ».

Certains médecins évoquent « *un arrêt antidaté* ». Ils ne transigent pas sur le fait d'**antidater un arrêt de travail**, comme l'affirme M46 « *Non ! Ah non. Ah jamais ! Antidater un arrêt de travail, je ne le fais pas.* »

4.2.1.3 Les médicaments

Un autre thème évoqué autant que les arrêts de travail est celui des « **médicaments** ». M6 explique « *un médicament qui n'est pas adapté à sa situation, je ne vais pas lui prescrire parce qu'il me demande* ». Les médicaments énumérés sont divers et variés et comportent essentiellement « **les antibiotiques** », « **les antalgiques** », « **les psychotropes** » et **les stupéfiants**, comme le rapporte M17 « *il avait décidé qu'il fallait dormir et qu'il avait de la Morphine* » ou encore M22 « *tout ce qui est traitement de substitution Subutex, traitement également morphinique* ».

La demande de **renouvellement** de certains traitements **sans consultation** est aussi relevée par quelques médecins. Cela concerne essentiellement le renouvellement « *d'ordonnance pour un traitement chronique* », « *de Méthadone à distance* », « *d'antidépresseurs* » ou encore d'un contraceptif comme le signale M17 « *la pilule, le machin, le renouvellement parce qu'on n'a pas le temps de venir parce que vous comprenez nous on travaille* ».

Quelques médecins mentionnent que ces demandes peuvent concerner **la mention « non substituable »**. En effet, les patients réclament de notifier cette mention sur l'ordonnance, malgré le fait que le soignant « *n'avait plus le droit de marquer non substituable pour les médicaments* » explique M43.

La prescription pour un traitement **sur une longue durée** est mentionnée par M9 « *quelqu'un qui va me dire, euh « il me faut mon ordonnance de traitement chronique pour*

six mois, délivrance en une fois parce que pendant six mois je me barre, euh, dans un autre pays » ».

4.2.1.4 Les certificats, bons de transport et papiers divers

La moitié des médecins mentionnent également les demandes « *de **certificats*** », comme l'explique M8 « *les demandes de certificats quelque fois on se demande d'où elles sortent, pourquoi le médecin doit attester n'importe quoi* ».

Ces demandes concernent des certificats divers et variés, notamment les **certificats concernant la Covid**. M9 évoque « *un certificat médical de contre-indication à la vaccination pour pouvoir continuer à aller en dialyse, euh, parce qu'il ne voulait pas se faire vacciner* » ou encore M39 qui précise où « *un monsieur qui est venu me demander un certificat Covid, sans date de début, sans date d'arrêt.* »

Certains médecins évoquent « *les **certificats médicaux pour le sport*** » ou encore les « *dispenses de sport de piscine pour des jeunes filles* ». M25 explique le manque d'anticipation des patients concernant ces certificats de sport « *j'ai une course à pied samedi* », *on est jeudi*, « *il me faut absolument un certificat médical là, tout de suite en urgence* » ». M46 ajoute que certains patients considèrent comme une perte de temps la consultation dans ce contexte et réclament ainsi le certificat de sport sans consultation préalable « *il estime qu'il n'a pas grand-chose et donc quand il vient pour lui c'est une perte de temps. Il vient pour son certificat pour le tir et il me dit « ah ben vous savez, chez l'ancien médecin, j'envoyais ma mère et puis euh... elle faisait le certificat médical* » ».

Par ailleurs, les médecins avouent avoir eu des demandes concernant « *un **faux certificat*** » ou encore « *des **certificats de complaisance*** ». M10 explique qu'il a « *refusé de faire un certificat pour quelqu'un qui devait partir en vacances et qui voulait un certificat effectif qu'il était malade hein, pour se faire rembourser son voyage* ». M19 notifie que certains certificats

peuvent être abusifs car ils sont « *un peu tendancieux, certifier des trucs qu'on n'a pas à certifier. Ça arrive très souvent, ou certifier des trucs ésotériques* ». M15 ajoute les « *certificats pour changer de logement alors qu'il n'y a pas de raison médicale pour avoir un logement social ou un logement au rez-de-chaussée* », comme certificat de complaisance.

M8 n'hésite pas à rappeler le caractère légal des certificats en précisant que « *je peux aller en prison pour ça* ».

Quelques médecins ajoutent « **les certificats pour l'école, pour la crèche** ». D'autres médecins, dont M43, citent les « **bons de transports, demandes injustifiées, demandes abusives excessives, récidivantes, redondantes, récurrentes !** »

4.2.1.5 Les examens complémentaires

Les « **examens complémentaires** » sont largement rapportés. Les demandes concernent la **biologie**, comme l'indique plusieurs médecins dont M22 « *donc j'avais prescrit une prise de sang standard habituel. « Pour me rassurer, je me suis fait des D-dimères ». Elle a fait elle-même. Elle a demandé au labo de rajouter les D-dimères !* » ou encore M32 « *vont tout de suite vouloir qu'on fasse les marqueurs cancéreux* ». Les « **demandes d'imagerie** » font partie des requêtes des patients selon plusieurs médecins. « *Des radios* » peuvent être demandées par les patients. Cependant les scanners et IRM sont les imageries le plus souvent réclamées, comme l'explique M15 « *« je veux un check-up. Il me faut un scanner. [...] Faire une IRM cérébrale tous les mois à quelqu'un qui a mal à la tête par exemple, ça, ce n'est pas possible* ». M13 souligne le fait que ces examens sont souvent demandés « *pour une pathologie qui ne le justifie pas* ».

De plus, avec l'émergence du COVID 19, les demandes de **test PCR COVID 19** sont très nombreuses, comme l'évoquent plusieurs médecins dont M36 « *sur l'abusif en ce moment (rires), les demandes de dépistages pour les patients non vaccinés* ». M12 partage son

épuisement face à ces requêtes « *Les gens qui doivent faire un test PCR, j'ai une dizaine de demandes par jour pour que ce test soit remboursé. C'est fatigant ! Les bras m'en tombent.* »

4.2.1.6 Les demandes d'ordonnances

Les **demandes d'ordonnances** se font par différents recours. Plusieurs médecins relèvent que beaucoup de patients veulent des ordonnances sans venir au préalable en consultation. M1 l'explique par « *une ordonnance qui est demandée **sans consultation physique, présentielle ou au-moins visuelle, hein, en vidéo, par exemple** »*. M21 précise que certains patients peuvent réclamer ces ordonnances « *vite sur le pas de la porte* » ou encore, selon M29 « *il y en a qui me dépose ça dans la boîte à lettres et ils me disent « je viens chercher l'ordonnance demain », comme si c'était quelque chose de logique* ». M28 remarque que certains soignés se justifient de ne pas venir en consultation car « *« ouais, je n'ai pas le temps, euh, préparez une ordonnance, ou il me faut la pilule, je n'ai pas le temps d'attendre »* ». M46 regrette que les patients ne prennent même plus la peine de se déplacer pour consulter « *Je n'aime pas faire les choses sans voir les patients parce que je trouve ça un petit peu abusé parce que les gens ils peuvent quand même se déplacer* ».

Les demandes sont aussi réclamées pour des **tiers absents**, comme l'affirme M31 « *il y a une personne qui prend le rendez-vous et elle demande les ordonnances pour les autres, pour le conjoint, pour un enfant, pour... qui ne sont pas là* ».

Ces ordonnances sont majoritairement demandées « **par téléphone** », comme le décrit M19 « *maintenant c'est au téléphone, un arrêt de travail par téléphone. Alors déjà une consultation par téléphone ça, c'est abusif et injustifié* ». Ces demandes faites par téléphone sont tellement nombreuses que M43 affirme « *qu'on a l'impression de devenir un médecin téléphonique* ».

M36 annonce qu'une minorité des demandes sont faites « *par mails. (Rires). Et je me fais sonner les cloches après par téléphone parce que je n'ai pas répondu tout de suite au mail.* »

M23 qualifie ces demandes faites par courriel comme un « *harcèlement numérique* ».

4.2.1.7 Les visites à domicile

M1 évoque, comme plusieurs médecins, les demandes de **visites à domicile** par les patients qui ne veulent pas se déplacer « *une visite, euh, pour confort, une visite pour planifier la date alors que les patients peuvent très bien se déplacer et ont un moyen de locomotion ou un moyen de transport en commun* ». M4 affirme que « *l'abus le plus courant dans la médecine courante c'est, comment dire, euh, c'est les convenances personnelles, quand la visite à domicile est demandée pour une convenance personnelle* ». Par ailleurs, certains motifs de visites à domicile sont jugés comme non justifiés, selon M9 « *une patiente que j'avais, qui voulait des visites à domicile, pour moi totalement injustifiées, hein. Je veux dire, il n'y avait aucun intérêt que je me déplace chez elle* ».

4.2.1.8 La « liste de course »

Des médecins jugent abusif le fait que les patients se présentent avec plusieurs motifs lors d'une consultation, c'est-à-dire « *les gens qui viennent déjà avec une **liste de courses*** », comme le déclare M7. Par ailleurs, M31 explique cela par le fait que certains patients « *essayent de profiter au maximum, ils nous demandent plusieurs choses en même temps. Donc, ça le shopping médical* ». M32 relate qu'un patient « *arrive ici comme au supermarché, qui arrive avec sa liste et qui va nous dire « ben là, je veux ci, je veux ça, je veux ça » »* ».

4.2.1.9 Les consultations

Les demandes de rendez-vous **en urgence** pour des motifs non justifiés sont plusieurs fois signalées. M6 le décrit comme « *une demande de consultation dans un délai qui est hyper urgent alors que ça ne relève pas d'une urgence médicale, par exemple, mais du confort du patient ou d'un oubli de sa part* ». Par ailleurs, deux médecins évoquent les gardes médicales, comme M6 qui souligne que « *les gardes, c'est l'archétype de la demande abusive. C'est-à-dire une garde, soit tu es malade au point que c'est une urgence vitale qui ne peut pas attendre le lendemain, donc tu vas aux urgences qui sont là pour ça ; soit tu n'es pas malade au point que ça peut attendre le lendemain et tu vas consulter ton médecin le lendemain.* »

Des médecins citent le fait que plusieurs patients s'imposent sur un créneau prévu pour une personne. M31 définit ainsi les **rendez-vous surnuméraires** comme étant abusifs « *les demandes abusives, ça peut être aussi, par exemple, le rendez-vous pour une personne et la personne vient avec trois enfants qui sont malades, hein, et ils veulent pour quatre* ».

Les demandes de consultation pour **voir un spécialiste** alors que le médecin ne juge pas nécessaire sont mentionnées par plusieurs médecins dont M6 « *c'est comme les gens qui veulent absolument aller voir le dermatologue, pour un contrôle, alors qu'ils n'ont pas d'antécédents, qu'ils n'ont aucun grain de beauté suspect ou qu'ils ont une pauvre verrue qui va finalement finir par partir toute seule* ». De plus, des médecins rapportent que certains patients veulent voir le spécialiste plus rapidement et demandent ainsi au médecin traitant de prendre rendez-vous pour eux, comme le précise M28 « *c'est « j'ai un rendez-vous chez le dermatologue dans six mois, vous ne pouvez pas appeler pour m'avancer le rendez-vous ? » »*

Le fait de consulter plusieurs médecins **pour le même motif** est évoqué par M4 « *quand on demande un deuxième avis alors qu'on vient d'être vu par un médecin* ». M39 affirme quant à lui, que certains patients peuvent « *revenir plusieurs fois pour le même type de*

consultation. Par exemple, si les gens ils viennent me revoir à chaque fois, parce qu'ils ont le nez qui coule, ça va être peut-être abusif. »

Pour de nombreux médecins, le temps alloué à la consultation représente une difficulté, comme l'affirme M31 « *si la durée de consultation est trop importante, si les patients ont envie encore de parler, de continuer, donc le temps, la gestion du temps, la durée de la consultation* ». Ainsi **la durée de la consultation** est un élément primordial. Il est nécessaire de savoir gérer le temps de consultation car selon M28 « *notre réponse est peut-être devenue plus embêtante, enfin plus sévère ou plus stricte, parce que nous, on a moins le temps* ».

Plusieurs médecins s'interrogent sur la **pertinence des consultations**, comme le précise M19 « *Il faut appeler un chat un chat, qui viennent pour des trucs, on se demande pourquoi ils viennent* » ou encore M33 « *et puis finalement, après ils viennent et ils n'ont pas forcément grand-chose mais comme ils ont pris rendez-vous, ils viennent quand même. C'est un peu... voilà* ».

L'anticipation d'un rendez-vous prévisionnel est perçue comme injustifié pour M33 « *je dirai une personne qui vient, et ça, ça arrive malheureusement régulièrement maintenant, qui vient parce qu'elle a réservé et que pour honorer son rendez-vous elle vient, mais elle avait réservé par principe. [...] J'ai malheureusement des patients qui **préservent des rendez-vous** à distance au cas où. »*

La demande en fin de consultation est rapportée par M6 « *Après la demande, des fois, c'est toute une consultation se passe super bien et c'est à la fin de la consultation, il y a un truc ça dégénère. Genre « est-ce que vous pouvez aussi regarder les oreilles de ma fille ? »* Ainsi, M6 revient sur le fait que certains patients peuvent faire des demandes en fin de consultation pour un tiers présent mais qui n'était pas prévu sur le planning des consultations.

4.2.1.10 L'intervention d'un tiers

Certains médecins disent que la demande du patient peut être considérée comme abusive quand elle fait **intervenir un tiers**. En effet, les demandes peuvent être émises par **un membre de la famille, par l'entourage du patient**, comme l'évoque M15 « *ce n'est pas le patient qui... ou sa copine ou sa cousine ou son voisin qui décide des examens qu'il faut faire* ». M10 relate l'intervention d'un professionnel « *« ah, j'étais voir l'avocat. Vous allez chez le médecin. Est-ce que vous ne pouvez pas me faire un papier comme quoi... » »* ou encore M32 « *alors il y a des gens, ils viennent « moi, j'ai vu mon naturopathe. Alors mon naturopathe, il m'a dit qu'il faudrait que je dose le sélénium, euh, le phosphore, le machin... »»*. Les demandes à l'initiative des **tiers médicaux ou paramédicaux** peuvent être perçues comme abusives par certains médecins. M18 évoque « *une demande d'examen abusive par le radiologue qui demandait des examens complémentaires, donc notamment une IRM* ». M28 souligne le fait que « *tous les kinés, tous les ostéos veulent des IRM pour tout et n'importe quoi* ».

Par ailleurs, **internet, les médias ou les autres sources d'informations** jouent un rôle important dans les demandes émises par les patients, selon les médecins interrogés. Comme le souligne M18 « *moi, je ne connais pas finalement docteur Google ou ce que dit docteur Google, je risque après d'avoir les demandes, quoi* ». M24 précise que « *maintenant les gens viennent, ils ont des sources d'informations sur internet dans beaucoup de domaines ou les journaux qui vulgarisent parfois trop la médecine mais souvent sans relativiser, quoi. Donc les gens ils prennent un peu pour argent comptant ce qu'on leur raconte dans les journaux ou à la télévision ou sur internet.* »

4.2.1.11 Pas de demande abusive

M45 est l'unique médecin qui affirme que les demandes abusives n'existent pas « *Il n'y en a pas. [...] Moi, je considère qu'il n'y a pas de demandes abusives* ».

4.2.1.12 Récapitulatif des demandes abusives ou injustifiées

Tableau 2 : récapitulatif des demandes abusives ou injustifiées

Une exigence autoritaire	
Les arrêts de travail	- injustifiés
	- prolongés
	- antidatés
Les médicaments	- les antibiotiques
	- les antalgiques
	- les psychotropes
	- les stupéfiants
	- les renouvellements de certains traitements
	→ traitements de fond ou traitements non spécifiés
	→ stupéfiants
	→ contraception
	→ psychotropes
	- la mention « non substituable »
- les traitements pour une longue durée	
Les certificats, bons de transport et papiers divers	- certificat autour du Covid
	- certificat de sport ou dispense de sport
	- certificat de complaisance ou faux certificat
	- certificat scolaire
	- bon de transport
	- certificat pour un logement
Les examens complémentaires	- biologie
	- imagerie
	- test PCR COVID 19
Les demandes d'ordonnances	- sans consultation
	- pour un tiers absent
	- par téléphone
	- par courriel
Les visites à domicile	
La « liste de course »	
Les consultations	- consultation en urgence
	- rendez-vous surnuméraires
	- rendez-vous chez le spécialiste
	- consultation pour le même motif

	- la durée de la consultation
	- consultation pour un motif injustifié
	- la pré-réservation de rendez-vous
	- Les demandes en fin de consultation
L'intervention d'un tiers	- un membre de la famille, entourages ou autres
	- les professionnels de santé et paramédicaux
	- internet, les médias ou autres sources d'informations
Pas de demande abusive	

4.2.2 Différence entre demandes abusives et injustifiées

La quasi-totalité des médecins ne font pas la distinction entre le terme « abus » et « injustifié » et certains d'entre eux s'appuient uniquement sur le terme de « demande abusive ». M15 est l'un des rares médecins qui a fait la différence, à savoir « *injustifiée sur le plan médical ou abusive sur le plan, euh, oui légal on va dire* ».

4.2.3 Notion subjective et variable

Définir le terme de « demande abusive ou injustifiée » n'est pas évident, comme l'affirme M5 « *Alors, c'est difficile à définir ça* ». Effectivement, certains médecins reconnaissent qu'il s'agit d'une notion imprécise et large, dont M18 « *une demande abusive ou injustifiée, houlà... Alors c'est un vaste sujet effectivement* ».

Par ailleurs, il s'avère que la notion de demande abusive ou injustifiée est **subjective** et **variable**, à commencer **du point de vue de l'exercice médical**. Il peut y avoir des discordances entre la demande du patient et l'examen clinique, comme le démontre M7 « *il m'a dit « il me faut des antibiotiques, je tousse ». Il n'avait pas de fièvre, il n'était pas pris aux poumons* » ou encore M37 « *par exemple, une demande de prescription d'antibiotique quand il n'y a pas besoin. Enfin quand je juge qu'il n'y a pas besoin suite à l'examen* ». Et il existe aussi des discordances entre la requête du patient et les recommandations médicales,

comme le souligne M18 « *Or, nous on sait en fait, par la connaissance médicale ou par euh, les indications que ce n'est pas du tout justifié* ».

M41 utilise la pédagogie auprès des patients et insiste sur le fait que le médecin ne se résume pas à être un automate « *moi, j'essaie de faire comprendre aux gens que nous, on n'est pas des distributeurs de médicaments et d'arrêts de travail, et d'examens. On est des médecins qui avons une démarche. Et cette démarche, soit ils la comprennent et c'est bon, s'ils ne la comprennent pas et ben, on ne fait pas n'importe quoi.* »

Par ailleurs, quelques praticiens soulignent le fait que l'exercice médical est propre à chaque médecin, comme le dit M10 « *C'est ma façon de travailler* ». Il peut donc différer d'un médecin à l'autre, comme le souligne M6 « *je suis dans un cabinet de groupe où même si on a les mêmes idées de base, on n'a pas forcément les mêmes façons de les mettre en application* » ou encore M36 « *les habitudes avec l'autre médecin font qu'on ne travaille pas tout à fait pareil* ».

Cette notion de demande abusive ou injustifiée n'est pas unique, elle est propre à chaque médecin, comme l'affirme M10 « *après c'est subjectif, ça dépend de la personnalité du médecin. On est tous, euh, une personnalité...* ». Elle varie selon les **convictions personnelles du médecin** M5 « *quand ça va à l'encontre, voilà, des principes que j'ai* », de **leurs états émotionnels** M2 « *quelque chose qui dépasse les limites, hein. Et donc, les limites c'est quelque chose d'assez flou. Je pense que ça dépend du moment, ça dépend de la fatigue* », mais aussi de **leurs vécus** M10 « *on va réagir en fonction de notre passé, de notre caractère, en fonction de la situation* ». De plus, M39 explique que chaque soignant a sa propre interprétation d'une demande « *moi, je n'ai pas l'impression d'être abusé, en tout état de cause, je ne le ressens pas comme ça. Je le suis, mais je ne le ressens pas comme ça* ». Par ailleurs, chaque médecin a sa propre limite, comme le précise M2 « *la limite, c'est ta propre déontologie* » ou encore M34 « *ça dépend de la limite et du seuil, voilà, du médecin* ». Ainsi,

la notion « d'abus » ou « d'injustifiée » peut être différente pour chaque médecin, en fonction de son interprétation personnelle et de son ressenti au moment de la consultation. M26 conclut en rappelant que ces différences sont dues au fait que les médecins sont avant tout « *des êtres humains* ».

Cependant face à ces demandes abusives ou injustifiées, plusieurs médecins mettent en évidence une limite bien définie et objective, à savoir l'encadrement réglementaire et déontologique. Comme l'évoque M5 « *il y a un cadre légal [...] On a des règles maintenant qui sont fixées par la sécurité sociale* » ou encore M26 « *mais on a des textes et des lois à respecter* ». Ainsi face à certaines demandes, les médecins n'hésitent pas à expliquer au patient les règles auxquelles ils sont soumis, du point de vue **légal et déontologique**. M6 donne un exemple concret « *j'ai une patiente qui voulait absolument que je lui fasse un document pour la K, un arrêt de travail où je mettais le motif de la maladie. Et ça, je lui ai dit que je n'ai pas le droit de lui faire un arrêt maladie où je mets le motif de la maladie. C'est totalement interdit. [...] Et au bout d'un moment, je lui ai dit « écoutez, vous savez quoi, appelez l'Ordre des Médecins. Ils vont confirmeront que je n'ai pas le droit de faire ça. Et comme ça, vous saurez » ».*

M19 n'hésite pas à imager des exemples afin de faire comprendre aux patients qu'il ne peut accéder à leurs demandes « *« mais tu dois des comptes à la société puisque la caisse... enfin il y a des règles. Je leur dis toujours « moi, je ne suis pas au-dessus de la loi hein ». Je veux dire le feu rouge, tu le grilles toi ou pas ? S'il le grille oui, moi je ne le grille pas. Ben voilà, c'est pareil, en médecine c'est pareil, les frais engagés voilà. Il y a des lois, je les respecte et puis c'est tout »*.

4.2.3.1 Récapitulatif de la notion subjective et variable des demandes abusives ou injustifiées

Tableau 3 : récapitulatif de la notion subjective et variable des demandes abusives ou injustifiées

Notion subjective et variable des demandes abusives ou injustifiées	- du point de vue de l'exercice médical
	- du point de vue des convictions personnelles du médecin

4.2.4 Les demandes justifiées cachées derrière les demandes abusives des patients

4.2.4.1 Identifier les réelles demandes

Il est primordial de notifier que les demandes abusives ou injustifiées peuvent cacher de réelles demandes, comme l'évoque M33 « *combien de fois je me suis rendu compte qu'une personne qui avait l'air de venir pour des choses qui étaient plus ou moins superficielles et que... et si j'étais passé vite fait dessus... quand vous avez posé la bonne question, vous, vous rendez compte que derrière il y a une grande souffrance* », ou encore M1 « *il y a parfois un patient qui vient parce qu'il réclame un arrêt de travail, voilà, et que, ben, il dit qu'il y a une charge de travail ou quelque chose comme ça. Mais en fait la raison profonde c'est qu'il vit un drame dans sa famille dont il ne peut pas parler à son employeur, voilà.* »

En effet, certaines demandes jugées abusives au premier abord peuvent se révéler justifiées après un examen clinique selon M7 « *si je constate en effet qu'il est pris, euh, qu'il y a une infection, oui, je lui mets des antibiotiques* ». De plus, une écoute et un échange plus approfondis permettent de mettre en évidence les véritables préoccupations ou besoins du patient qui peuvent se cacher derrière une demande jugée abusive, comme l'évoque M1 « *j'ai compris*

aussi l'importance de comprendre le besoin du patient derrière une demande qu'on peut juger, au départ, abusive, voilà. Ça c'est important », ou encore M45 « donc ça peut paraître abusif mais il suffit de discuter. Il y a quelque chose qui explique ce... ce passage au cabinet ».

Ainsi, il est fondamental de savoir **identifier les réelles demandes** des patients derrière une demande jugée abusive initialement. En effet, M6 soutient que parfois à la suite de l'examen médical, l'écoute ou encore la discussion, la demande jugée abusive peut tout à fait être justifiée *« il y a des fois où effectivement, ce que moi je pense au niveau médical va dans le sens de ce que m'a demandé le patient ».*

4.2.4.2 Être à l'écoute

Plusieurs médecins mettent en avant l'importance d'écouter les patients. M1 explique que *« pour s'adapter, quand on a une écoute profonde du patient et qu'on comprend que ses raisons vont au-delà de celles qui sont dites »,* l'échange se fait beaucoup plus facilement et le soignant peut ainsi identifier les réelles préoccupations du patient. Pour cela, *« il faut déjà laisser parler le patient »* rapporte M45, mais surtout selon M10 *« il faut croire ce que dit le patient et l'écouter ».* Ainsi, il faut *« prendre le temps d'entendre, voilà, et de demander »* confirme M1 et *« il faut réfléchir à pourquoi ils disent et pourquoi on a jugé abusif »* selon M34. **Être à l'écoute** du patient est donc une étape primordiale afin d'identifier ses réelles préoccupations.

4.2.4.3 Savoir poser les bonnes questions

De plus, poser les bonnes questions afin de comprendre aux mieux les patients est indispensable et permet de rechercher les réelles demandes de ces derniers. M18 rapporte qu'il est essentiel de *« chercher la cause, chercher la demande »* ou encore selon M40 *« je cherche à savoir, si effectivement c'est raisonné ou pas ».* Il est important de communiquer avec les patients et de *« s'intéresser à ce qu'ils sont, à ce qu'ils font, à comprendre le*

pourquoi de leurs demandes. Parce que les gens quand ils ont des demandes abusives faut bien comprendre pourquoi » nous explique M4.

M1 cite un exemple « *Il m'est arrivé, par exemple, d'emblée de refuser un arrêt de travail à un monsieur. En fait, je ne lui avais pas demandé pourquoi en fin de journée. Et tout à coup, je lui ai demandé de s'asseoir et je lui ai quand même demandé : « expliquez-moi ». Et en fait, il avait un conflit très dur avec son responsable qui le mettait dans une situation complètement inextricable. Il lui fallait du temps pour un peu intégrer ça. Et là, j'ai compris aussi l'importance de comprendre le besoin du patient derrière une demande qu'on peut juger, au départ, abusive* ». Il est donc capital de savoir **communiquer** avec les patients, la discussion, **poser les bonnes questions**. Ce sont des atouts majeurs afin d'identifier les réelles préoccupations des patients.

4.2.4.4 L'inquiétude des patients

Selon plusieurs médecins, dont M2 « *les situations ressenties comme vraiment abusives ne sont généralement pas le fait des patients, parce que bon les patients ne connaissent pas la médecine, ils sont inquiets. Et donc ce qu'il peut paraître abusif c'est de l'inquiétude* ». Ces demandes peuvent donc être le reflet de l'anxiété des patients par rapport à leur santé. Et « *parce qu'ils sont angoissés, ou euh, parce qu'ils veulent une réponse rapidement* » selon M8 ou encore ils ont besoin de se « *rassurer* », selon M22, les patients peuvent émettre ces demandes jugées abusives par le médecin afin de répondre à leurs inquiétudes.

4.2.4.5 La méconnaissance médicale des patients

M39 rapporte que « *dans la mesure où les gens n'ont pas forcément de culture médicale* », les patients peuvent faire ces demandes jugées abusives ou injustifiées. Cependant ces derniers font ces demandes sans arrière-pensée ou sans mauvaise intention car selon M2

« les patients **ne connaissent pas la médecine** ». Ainsi, M18 affirme que « finalement ils viennent quand même ici pour avoir une information, euh fiable ».

4.2.4.6 Récapitulatif des demandes justifiées cachées derrière les demandes abusives des patients

Tableau 4 : récapitulatif des demandes justifiées cachées derrière les demandes abusives de patients

Les demandes justifiées cachées derrière les demandes abusives	- identifier les réelles demandes
	- être à l'écoute
	- savoir poser les bonnes questions
	- l'inquiétude des patients
	- la méconnaissance médicale des patients

4.2.5 Tendances des demandes abusives ou injustifiées

La fréquence ressentie des demandes abusives ou injustifiées diffère selon les médecins et varie en fonction de plusieurs autres facteurs.

4.2.5.1 Variabilité en fonction du temps

De très nombreux médecins affirment qu'ils perçoivent une **hausse de ces demandes** au cours du temps, comme le confirme M16 « beaucoup plus je trouve maintenant qu'il y a trente ans ».

M10 est l'unique médecin déclarant qu'il y a une **baisse de ces demandes** par rapport à son début d'activité. Il affirme ainsi qu'il y a « une sacrée amélioration de l'exercice médical » au fil du temps.

Quelques médecins ne constatent **pas de modifications des demandes** au cours de leur activité.

4.2.5.2 Variabilité en fonction des patients

4.2.5.2.1 Age du patient

Plusieurs médecins considèrent que les demandes sont essentiellement émises par les patients « **jeunes** ». Comme l'indique M15 « **jeunes**. Alors, pas les très jeunes, hein, mais euh... ouais, trente, quarante ans, je dirais, la trentaine ».

Selon d'autres médecins, « **il n'y a pas d'âge** », comme l'affirme M30. Par ailleurs, M34 précise que « « les demandes, elles sont de différents ordres, donc un peu des deux. C'est différent. Le jeune, il va demander un AT, un arrêt de travail, bon non justifié, parce que pas d'explication. Donc du coup, euh... ben ça va être, ça va être ou refus ou explication. Ça, c'est pour ça. La personne âgée euh... elle veut, euh... ben des médicaments, euh, c'est surtout pour eux des médicaments non justifiés, ou euh, de prescription supermarché ».

Un médecin M36 constate que ce sont « surtout des **patients âgés** » qui font des demandes abusives ou injustifiées.

4.2.5.2.2 Situation du bénéficiaire selon sa participation financière aux soins

Un peu plus d'un tiers des médecins interrogés estime que certains patients bénéficiant du **tiers payant**, des **couvertures sociales à 100%** ont des comportements favorisant les demandes abusives ou injustifiées. Plusieurs médecins, dont M12, expriment le fait que « les gens qui sont les plus exigeants, c'est pas les gens qui payent, c'est les gens **qui ne payent pas** ! » M24 explique cela car « à partir du moment où le montant de ce que le patient paie est dérisoire, s'il est à 90%, il paie 2,50€, hein. Je pense que ça participe de... de croire que tout lui est dû au patient ». Il avoue que le « tiers payant est probablement une mauvaise chose puisque ça **déresponsabilise** un peu le patient parce qu'il pense que la médecine ne coûte rien. Et donc, c'est sûrement à l'origine de demande abusive ou injustifiée parce que le patient pense que tout lui est dû et que la médecine n'a pas de coût ». A l'île de la Réunion,

les médecins évoquent le « **tiers-payant généralisé** » et M36 explique que « *techniquement, ce n'est pas justifié de consulter que pour ça, après vu que c'est remboursé, c'est compliqué de refuser* ». M41 conclut que « *le tiers payant généralisé, je trouve que c'est une énorme connerie, voilà. Ça ne responsabilise pas les gens* ».

4.2.5.2.3 Patients hors parcours de soins

Quelques médecins, dont M30, signalent que les demandes abusives ou injustifiées sont plus fréquentes chez « *les **nouveaux patients** qui viennent* », c'est-à-dire les patients ne faisant pas partie de leur patientèle ou ceux des autres confrères. M2 rapporte que « *les patients qui sont **suivis par un autre médecin** euh... Les patients abusifs sont souvent ceux des autres* ». Quelques médecins révèlent que les patients font plus facilement des demandes à des médecins qui leur sont inconnus, comme l'explique M36 « *un nouveau, quelqu'un qui est nouveau, on va le tester. On va tenter. On va tenter et on va voir si ça passe* ».

4.2.5.2.4 Les patients addicts

Quelques médecins reconnaissent avoir plus de demandes avec les patients ayant des **addictions**. M35 constate qu'« *en général, vous les connaissez parce que vous connaissez que c'est des alcoolos ou les toxicomanes. Alors ça, il faut faire très attention.* »

4.2.5.3 Récapitulatif des tendances des demandes abusives ou injustifiées

Tableau 5 : récapitulatif des tendances des demandes abusives ou injustifiées

Variabilité en fonction du temps	- augmentation dans le temps
	- diminution dans le temps
	- pas de variation dans le temps
Variabilité en fonction des patients	- âge du patient
	- situation du bénéficiaire selon sa participation financière aux soins
	- patients hors parcours de soins
	- les patients addicts

4.3 Les facteurs influençant les demandes abusives ou injustifiées

4.3.1 Les facteurs intrinsèques au médecin

4.3.1.1 Identification des caractéristiques du médecin

Divers critères inhérents au médecin sont mis en valeur, tels que les profils socio-démographiques, psychographiques, physiques...

4.3.1.1.1 Selon le caractère ou la personnalité du médecin

La quasi-totalité des médecins affirment que « **la personnalité, le caractère** » du médecin ont un rôle prépondérant dans les demandes abusives ou injustifiées. M9 explique que le caractère « *est propre à chacun* ». En effet, « *on n'est pas tous pareil hein. On n'est pas tous fait dans le même moule* » ajoute M14.

En effet, certains traits de caractère ou de personnalité du médecin peuvent favoriser les demandes. Comme l'affirme M1 « *Si on est trop gentil, la demande devient plus abusive* ». Ainsi en étant « *trop gentil* », « *sympathique* » ou encore « *plus chaleureux* », M38 révèle que le soignant « *s'ouvre beaucoup plus à ce genre de demandes* ». Cependant M16 rapporte que « *ce n'est pas parce que je serai plus sympa que, euh, qu'ils vont exagérer. Non je pense qu'au contraire, il faut instaurer de la confiance mais par contre, continuer à montrer qu'en fait, quand je refuse quelque chose, ce n'est pas parce que je veux être méchante avec eux* ».

Par ailleurs, M3 avoue que « *je ne sais pas dire « non » à ce genre de demande. Je suis un peu le maillon faible du groupe. C'est moi qui ai le plus de demandes* ». Plusieurs médecins, dont M44 confirme en révélant que « *ce qui va influencer le patient c'est que si on a dit*

« oui » au début, euh, il va revenir et il va continuer ». **Céder, dire « oui » tout le temps** ou encore **ne pas savoir dire « non »** ressortent comme des facteurs influençant les demandes abusives selon les médecins interrogés.

De plus, les médecins soutiennent que le fait d'être « **ouvert** », « **tout timide, tout reclus** », « **pas sûre d'elle** », « **plus souple** » ou encore « **plus empathique** » peut favoriser ces demandes.

D'autre part, M18 explique que « si on n'explique pas beaucoup et qu'on **impose un peu toujours toutes les décisions, même si c'est les bonnes, hein, et ben je pense qu'on finit quand même toujours par avoir plus de demandes abusives** ».

A l'inverse, d'autres traits de caractère ou de personnalité peuvent freiner les demandes, à savoir le fait d'être « **ferme sur ses positions et pouvoir les justifier et pas hésiter** », « **plus éloigné, plus froid, plus scientifique** », « **dur tout le temps** », « **hyper carré** », « **direct** ». M13 affirme qu'il « **faut vraiment plus en imposer** » afin de tarir les demandes abusives.

Ainsi, l'immense majorité des médecins s'accordent sur le fait que la personnalité ou le caractère du soignant joue un rôle primordial face à ces demandes et peut aussi bien les favoriser que les freiner.

4.3.1.1.2 Selon l'humeur du jour du médecin

Certains médecins reconnaissent que les demandes peuvent être perçues comme abusives ou injustifiées en fonction de plusieurs éléments comme l'évoque M23 « *« tout dépend de la personne, du jour, de l'humeur, le machin, la fatigue, de plein de choses »*. M6 explique que « *ça dépend des jours et de mon état de fatigue, ça dépend de ce que j'ai fait avant, ça dépend de plein de choses. [...] Parce que des fois, on est fatigué ou on va se braquer sur des choses. Mais des fois ce n'est pas forcément justifié de se braquer* ». Ainsi, **l'humeur du jour**, l'émotion ressentie par le médecin au moment de la demande peuvent influencer

l'interprétation de ces demandes. Par ailleurs, M30 révèle que la fatigue ressentie par le médecin peut être amenée à abaisser son seuil de tolérance « *quand tu es fatiguée, tu acceptes beaucoup moins de choses* ».

4.3.1.1.3 Selon la tenue vestimentaire

Des médecins affirment que le code vestimentaire peut influencer sur les demandes. M6 explique que « *la blouse clairement impose plus de respect, tu vois. Je pense de la part du patient, ça lui rappelle qui tu es, que tu es le médecin* ». Les médecins interrogés précisent qu'avoir une tenue « *très classique, style une chemise, un pantalon, des petits mocassins* », ou « *une tenue hyper sophistiquée* » du genre « *costard cravate* » peut donner, selon les termes de M8 « *une espèce de droiture* » ou encore selon M16 « *une barrière artificielle* ». De ce fait, M29 conclut que « *la **tenue vestimentaire** joue certainement* » sur les demandes abusives.

Dans la même proportion, d'autres médecins déclarent qu'à l'inverse, la tenue vestimentaire n'a aucun impact sur les demandes, comme l'affirme M15 « *franchement, je ne pense pas que c'est une histoire de tenue* ».

Une minorité des médecins interrogés reste indécise à propos de la tenue vestimentaire. M41 répond même que « *c'est au patient qu'il faudrait demander ça. (Rires)* ».

4.3.1.1.4 Selon l'apparence physique

Quelques médecins rapportent que « ***le physique*** » ou *la corpulence du médecin* peut jouer un rôle dans les demandes abusives. M28 explique que les patients « *vont avoir un peu plus de mal de me prendre la tête, avec mes cent dix kilos, que quelqu'un qui en pèse quarante* ».

A l'inverse, d'autres médecins estiment que le physique du médecin n'impacte pas sur les demandes abusives ou injustifiées des patients. M46 le confirme avec ses dires « *pour moi,*

je dirai que non parce qu'avec mon petit un mètre cinquante, quarante-cinq kilos et voilà. Euh... non, moi non ».

4.3.1.1.5 Selon le sexe

Plusieurs interviewés révèlent que « **le sexe du médecin** » tient un rôle face aux demandes. Plusieurs médecins soulignent le fait « *qu'un homme aura moins de demandes qu'une femme* », comme l'évoque M6. Par ailleurs, M27 partage son vécu « *je dois reconnaître qu'en tant que femme, je vois aussi une différence, hein, avec la façon dont les patients vont répondre à mon mari ou me répondre à moi* ».

M42 est le seul médecin qui déclare qu'il n'y a pas de différence en fonction du sexe du médecin « *homme ou femme, non, je ne vois pas de... Homme ou femme, non.* »

4.3.1.1.6 Selon l'âge ou la durée d'exercice en libéral

Quelques médecins attestent qu'un « **médecin jeune** » ou « **qui vient de commencer** » dans la profession est « *la porte ouverte à toutes les tentatives* » selon les termes de M36. Ainsi, comme le décrit M43 « *l'âge du médecin, un médecin jeune, les patients vont avoir tendance à demander en plus* ».

4.3.1.1.7 Selon l'origine ou la culture du médecin

Quelques médecins avouent que partager une même « **origine** » ou appartenir à une même « **culture** » ou communauté peuvent majorer les demandes abusives ou injustifiées. M26 explique que M26 « *si tu as quelqu'un qui vient de la... réunionnais. Il va dire, il est réunionnais, elle est de mon pays, de mon... de la même culture et tout ça. C'est bon ! Il se permet, oui* ». De plus M22 dévoile que « *parce que je parle aussi vietnamien avec eux* », les patients peuvent ainsi plus facilement faire des demandes jugées abusives ou injustifiées.

4.3.1.1.8 Selon l'ethnie du médecin

M8 est le seul médecin qui a rapporté que **l'ethnie** du médecin peut accentuer le nombre de demandes rencontrées *« pour les personnes de couleur aussi peut-être. Je n'ai pas ce problème-là, heureusement pour moi (rires). Mais je pense que ça joue »*.

4.3.1.2 Les caractéristiques relationnelles du médecin et de son patient

4.3.1.2.1 Selon l'attitude relationnelle du médecin ou de son comportement

La grande majorité des médecins déclare que *« le **comportement** »* ou *« l'**attitude du médecin** »* dans la relation avec le patient peut influencer directement sur les demandes abusives ou injustifiées. M9 l'affirme par ces dires *« ce qui est déterminant pour le comportement des patients, c'est la manière de se comporter du toubib »* ou encore M33 *« l'attitude du médecin va jouer énormément »*.

En effet, certains comportements ou certaines attitudes du médecin favorisent les demandes abusives ou injustifiées. M11 affirme que *« plus on est **proche**, plus ils vont oser demander »*. M20 explique que si le soignant est *« un peu trop en lien avec le patient, il peut se sentir aussi un peu comme relation copain-copine et peut demander des choses abusives »*. M21 avoue même qu'au fil du temps, la relation médecin-patient *« est comme un vieux couple »* ou encore M22 qui raconte que les patients la considèrent comme *« leur petite sœur ou leur grande sœur »*. Ainsi, M24 conclut en relatant *« qu'effectivement peut-être il y a une petite minorité de gens qui profite de la **proximité** avec un médecin pour avoir des demandes abusives »*.

Par ailleurs, plusieurs médecins rapportent que le fait d'avoir *« un rapport un peu **plus amical** »*, d'être *« trop **familier** »*, ou encore *« si un médecin a l'habitude de **tutoyer** tous ses patients »*, alors les patients peuvent se permettre de faire plus facilement leurs demandes.

De plus, plusieurs médecins, dont M27, ajoutent que « *quand on **connait** très bien les gens **depuis longtemps**, quand on connait toute leur famille parce qu'on a plusieurs générations et cetera* » les patients peuvent solliciter plus librement le médecin.

M10 explique que si un soignant « *a tendance à converser, à rentrer dans la vie des gens, dans la personnalité des gens, à essayer de comprendre* », cela peut les mettre « *en confiance* » et « *ils vont essayer plus* » dans leurs demandes. Ainsi le fait de **discuter facilement** avec les patients et « *pas que de leurs pathologies* » comme le cite M3 « *comment va le chat, les tomates elles poussent bien, et cetera [...] donc ils profitent de ça. On a parlé de ses tomates et cetera. Bon « allez hop, je peux lui demander de me faire une ordonnance pour un vaccin et tout* » ».

M12 relate que « *dans la mesure où les gens me voient **bienveillant** avec eux, ils ont l'impression que je peux tout... qu'ils peuvent accéder à tout par mon intermédiaire.* »

A posteriori, d'autres comportements ou attitudes font obstacle aux demandes des patients. Plusieurs médecins révèlent que le fait de « **garder une distance** » tout en « *en restant dans l'empathie* » permet d'entretenir une bonne relation avec le patient et de limiter les demandes abusives. « *Il faut garder quelque chose d'assez formel* » confirme M37. « *Maintenir une relation courtoise, mais il ne faut pas faire de copinage, y compris même quand on voit les gens depuis des années* » ajoute M42. En effet, M43 insiste sur le fait que « *si je donne un doigt, ils vont me prendre un bras entier, donc ce n'est même pas une main, c'est un bras* ». Ainsi il faut savoir garder une juste « *distance dans le rapport médecin-malade* ».

Il est à noter, que certains médecins soulignent le fait que plus le médecin est **proche** et **connaît son patient** depuis un certain temps, il y a « *des liens qui se créent* » et « *au contraire, les gens qui vous connaissent depuis longtemps vous respectent plus* », soutient

M4. Ainsi, une relation basée sur « **le respect** » et « **la confiance** » se construit et les demandes semblent moins nombreuses ou ne sont pas ressenties comme abusives ou injustifiées.

Plusieurs médecins affirment que le fait qu'un médecin « **ne parle pas beaucoup** », qu'il « **vouvoie** » ses patients, qu'il soit **peu accueillant** ou qui « *de base n'a pas l'air avenante* » limitent les demandes.

Par ailleurs, quelques médecins signalent, dont M5, remarquent que les patients ne font pas ou peu de demandes « *avec un médecin qu'il ne connaît pas* ».

Trois médecins révèlent que la proximité peut aussi bien favoriser que limiter les demandes abusives ou injustifiées, comme l'explique M26 « *plus on est proche, plus ils se permettent et tu en as d'autres, plus ils sont proches, plus ils te respectent* ».

4.3.1.2.2 *Selon la communication non verbale et la distance physique du médecin*

Quelques médecins, dont M9, affirment que **les gestuelles** du médecin, ou encore la **distance physique**, « *la manière de se tenir derrière le bureau, d'être plus ou moins proche des gens* » peuvent influencer les requêtes des patients. M3 explique que le fait de changer de pièce « *de les emmener à côté, de ne plus les avoir en face de moi ça désamorce un peu quelque chose* ». Par rapport aux gestuelles, M32 évoque le fait de se mettre « *en position de combat* ». M3 précise que certains gestes ou approches peuvent aider lors des consultations. Par exemple, il explique que quand « *c'est quelqu'un d'agressif, je me recule. Je mets les mains sur les accoudoirs, pour, euh, je ne m'avance pas. [...] quand quelqu'un ne va pas bien, je me rapproche, même je change de chaise, je me mets dans un siège à côté. Quand*

quelqu'un, je sens qu'il devient agressif, j'ai un mouvement physique de recul, pas violent mais de recul. Je m'éloigne du bureau, je m'éloigne de l'entretien ».

4.3.1.2.3 Selon l'expression faciale du médecin

Certaines **expressions du visage** peuvent inciter ou à l'inverse freiner les demandes abusives ou injustifiées, comme par exemple « *le fait de sourire, de ne pas sourire* », selon M9. Par ailleurs, M2 explique que « *quand tu commences à froncer les sourcils, la demande elle recule* ».

4.3.1.2.4 Selon la tonalité ou le déroulement de la conversation

Quelques médecins révèlent que « **le ton** » de la conversation peut influencer sur les demandes abusives. Avoir « *un ton plus sec* », « *un ton un peu plus sévère* » ou encore le fait de « *hausser le ton* » peut faire reculer certaines demandes. Alors que si le médecin aborde « *un ton badin* », selon M24, les demandes augmenteront. Cependant M42 révèle que « *l'agressivité je veux dire engendre l'agressivité* ». Et ainsi M1 soutient que le patient peut « *s'accrocher à sa demande, voilà. Il va se justifier. Moi, je vais justifier ma réponse et on monte dans l'affrontement* ». Il faut donc avoir « *une attitude plus posée* », « *il faut rester calme* », même si « *ce n'est pas toujours facile* », ajoute M39.

4.3.1.2.5 Selon le type de relation

La grande majorité des médecins estime que le type de relation, plus précisément paternaliste, conflictuel, négociant, ou partenariat, qu'entretient le médecin avec son patient influence les demandes. M6 explique que « **le type de relation, clairement, influence. Déjà un paternaliste, il ne va pas te faire de demande puisque c'est « tout est entre vos mains ».** **Conflictuel, il va te faire des demandes incessantes, tu n'en peux plus. Négociant, ben ça dépend à quel point de vue on se situe au niveau de la négociation. Partenaire, ça**

c'est l'idéal, donc là tu as forcément envie d'accéder aux demandes, puisque ça va un peu dans les deux sens ». M33 confirme « *que le paternaliste aura moins de problème. C'est tout, c'est on-off* ». M37 ajoute que « *le partenariat, ça permet d'être plus équilibré* » et qu'il y a moins de demandes car « *à partir du moment où on est partenaire, ça veut dire qu'on rame dans le même sens* » ajoute M13.

A l'inverse, quelques rares médecins disent que le type de relation que peut entretenir le médecin et son patient n'influence pas sur les demandes abusives ou injustifiées. Et M36 ajoute que « *je pense que des patients abusifs, il y en a partout* ».

4.3.1.2.6 Selon l'éducation de la patientèle, les règles établies dès le début

La plupart des médecins s'accordent sur le fait que « ***l'éducation*** » de la patientèle a une grande part de responsabilité dans les demandes abusives ou injustifiées. M37 affirme qu'il faut « ***dès le départ*** en fait, de ne pas ouvrir la porte, voilà. C'est-à-dire que dès le départ en disant que « *voilà moi, je ne fais pas ça* » ». M42 approuve en ajoutant que le médecin « ***fixe les règles dès le départ*** ». Par ailleurs, selon M18 « ***le caractère d'explication*** en fait qu'on va faire, y compris via l'examen clinique, les examens » sont primordiaux afin que le patient comprenne la démarche et le refus du médecin face à ces demandes. M13 explique en disant que « *ça doit être éducatif. Je ne me justifie pas mais j'explique au patient le pourquoi du refus, pour qu'il ne me refasse pas la même demande et qu'il ait compris, euh, que c'était dans son intérêt* ». M18 ajoute que « *si je n'explique pas bien, ou si je ne vais pas donner toutes les informations, euh, ça entraînera une demande* ». Ainsi, comme le souligne M23 « *l'éducation au sens large du terme* » reste capitale afin de limiter les demandes abusives. M9 conclut en avouant qu'« *on a la patientèle qu'on éduque* ».

De ce fait, l'éducation, dire « non », les explications, établir les règles dès le départ peuvent freiner les demandes abusives ou injustifiées.

4.3.1.3 La réputation du médecin

La majorité des praticiens s'accorde sur le fait que les demandes ont tendance à se majorer ou à diminuer en fonction de « **la réputation** » du médecin. En effet, « **le bouche à oreille** », « *les rumeurs* », le fait que « *les patients se parlent* » entre eux contribuent à alimenter cette réputation que se crée le médecin. M16 explique avoir « *la réputation d'être quelqu'un de vache. [...] je ne suis pas une grande prescriptive par exemple d'arrêt de travail. Donc euh..., d'emblée ils savent que s'ils n'ont pas envie d'aller travailler le lundi matin, ce n'est pas chez moi qu'il faut venir, voilà. Ça se sait* ». Plusieurs médecins, dont M30, confirment que « *les patients, ils connaissent les médecins qui donnent les arrêts de travail et ceux qui n'en donnent pas* ». M46 ajoute que le patient « *sait très bien dans quel cabinet où il faut aller quand on veut un arrêt de travail de complaisance* ».

4.3.2 Les facteurs extrinsèques au médecin

4.3.2.1 L'organisation pratique du cabinet

4.3.2.1.1 Selon le type d'exercice

Certains médecins déclarent que le fait d'exercer en **cabinet de groupe** peut freiner les demandes abusives. M9 explique en donnant un exemple « *« c'est la force du cabinet de groupe, euh... Nous, on s'est réuni là par rapport à cette histoire d'obligation vaccinale chez les soignants, on s'est réuni vite fait ensemble. On a dit on n'acceptera aucun, sauf cas exceptionnel parce que des fois il y a des cas particuliers, on n'acceptera aucun arrêt de travail pour les soignants qui ne sont pas vaccinés. [...] nous on se l'ai dit, on s'y est tenu. On a eu deux, trois demandes, ça s'est très vite arrêté* ». M25 parle d'une « **unité de**

comportement » ou encore d'une « **attitude commune** », selon M27 et M28. Ainsi, exercer en cabinet de groupe permet d'avoir un soutien auprès de ses confrères pour limiter les demandes abusives.

M1 explique qu'elle pouvait céder face aux demandes abusives quand elle exerçait seule mais a changé d'attitude en exerçant en cabinet de groupe « *au début je cédaï facilement. Je me... comment on dit, je me tassais. Et je pouvais accéder à la demande surtout quand j'ai exercé seule au début et que j'étais seule au cabinet. Y a une espèce de crainte de fond qui dit « il peut devenir violent ». Maintenant que je suis en cabinet de groupe, ça, ça a totalement disparu, parce que je ne suis pas toute seule dans la structure. »*

4.3.2.1.2 Selon l'organisation des consultations

Quelques médecins affirment qu'avoir des **règles d'organisation** bien établies permettent de limiter les demandes abusives. Par exemple, M20 explique en disant que « *j'annonce quand même les horaires d'affichage et j'explique que selon l'afflux des patients je ferme quinze, vingt minutes avant* » ou encore M33 qui dit « *« non » par exemple, aussi à des personnes qui viennent aussi sans rendez-vous* » ou qui met « *un taquet à trente personnes par jour* ».

Il semble que chaque médecin à sa **propre organisation** et l'explique au patient afin de lui permettre de travailler dans de bonnes conditions et de réduire les demandes abusives ou injustifiées des patients.

4.3.2.1.3 Selon la présentation des locaux

Un médecin précise que **la présentation des locaux** a une influence sur les demandes abusives ou injustifiées. M8 explique « *que les locaux aussi, s'ils sont bien entretenus, euh, s'il n'y a pas de bordel partout, ça donne un autre message* ».

4.3.2.2 Le lieu d'exercice et la fréquence ressentie des demandes par les médecins

Certains médecins signalent que le **lieu d'installation** du cabinet peut influencer sur les demandes abusives ou injustifiées, comme l'affirme M38 « *la zone où on s'installe, ça joue beaucoup sur sa patientèle et sur ce qu'on aura* ».

De nombreux médecins déclarent que les **zones urbaines** ou semi-urbaines (péri-urbaines) perçoivent plus de demandes abusives, comme l'évoque M33 « *quand vous êtes en ville, je pense qu'effectivement la pression est beaucoup plus forte donc les gens ont probablement plus l'habitude d'être en mode drive* ». M7 révèle que « *plus il y a une zone défavorisée, j'ai l'impression quand même que les gens sont assez demandeurs* ».

Les médecins exerçant dans les **milieux ruraux** perçoivent peu de demandes abusives, comme le décrit M28 « *on a la chance d'être à la campagne, on n'est pas au centre-ville, hein voilà... Globalement, ça se passe plutôt très bien* ».

4.3.2.3 Les facteurs extérieurs influençant le ressenti des médecins dans les demandes

Certains facteurs extérieurs peuvent entrer en ligne de compte et influencer sur le médecin dans la perception des demandes abusives ou injustifiées.

4.3.2.3.1 Le facteur temps, la charge de travail

Certains médecins révèlent que la gestion des demandes abusives leur fait « *perdre du temps* », car cela « *prend du **temps**, il prend de l'énergie aussi pour le justifier* », ajoute M25.

M43 avoue que « *le problème c'est que je me sens épuisée aussi, (rires), d'avoir perdu du temps et de l'énergie à essayer de faire comprendre à quelqu'un quelque chose qui me paraît évident* ». M19 résume que ces demandes abusives « *ça, c'est un temps dingue !* »

Les **conditions de travail**, le **moment de la journée** peuvent influencer sur le ressenti des demandes. Comme l'explique M1, il ne faut pas qu'il y ait « *trop de **charge de travail** et il faut du temps parce que ça prend du temps. Si on est bousculé par le timing des consultations, ça devient compliqué* ». Ainsi certaines demandes peuvent être ressenties plus facilement comme étant abusives ou injustifiées. M6 ajoute un exemple « *Je suis en avance, je ne suis pas fatiguée, tout va bien, ben oui je vais regarder les oreilles de ta fille. Mais j'ai encore dix patients dans la salle d'attente parce que j'ai pris un retard dingue et je suis épuisée et en plus tu m'as fait chier toute la consulte avec tes trucs inutiles, ben je ne vais pas voir les oreilles quoi* ».

4.3.2.3.2 L'influence de la vie personnelle et professionnelle

« Parfois des **mauvaises nouvelles** concernant l'un ou l'autre patient », le « **stress** », « **l'état d'esprit du jour** » ressentis par le médecin peuvent influencer sur l'interprétation des demandes. En effet, comme l'explique M25 « *si on est crevé ce jour-là, si on est malade, si on a eu des préoccupations personnelles* », cela peut jouer sur le ressenti des demandes. Il ajoute ensuite « *avec le recul, on se dit tiens, si j'avais été dans un meilleur état d'esprit comment j'aurais réagi quoi* ». M28 ajoute que « **les soucis** qu'on doit traverser par moment, parce qu'on en a tous, hein, que ce soit **privé ou professionnel**, hein euh, surtout professionnel plutôt, peuvent peut-être influencer là-dessus ».

Ainsi, les **problèmes personnels ou professionnels du médecin** peuvent impacter son ressenti face à ces demandes.

4.3.2.3.3 En fonction des relations personnelles du médecin

Certains médecins admettent que les membres de « **la belle-famille ou la famille** », « **les amis** » se permettent de faire plus de demandes abusives. **Les proches du médecin** peuvent aussi faire des demandes comme le raconte M10 « *Je suis surtout embêté quand je vais voir mon match de foot, quand je vais à la soirée dansante, que tout le monde me parle de médecine et j'en ai plein le cul quoi. « Q, il faut que je vienne te voir. Est-ce que j'aurai une ordonnance ? » et tout ça. Quand je fais le tour du terrain de foot euh, enfin truc, j'ai dix choses à faire le lundi qu'à mettre les lettres dans les boîtes aux lettres et des machins comme ça* ». M33 explique que cela s'applique même à son **voisinage** « *« sortir de chez moi me stresse. Sortir me balader dans le village ou aller faire une promenade ici dans le secteur, ça me stresse. Ben, tout simplement parce que je risque de rencontrer des patients. Et je sais pertinemment que même si, euh, ils sont de bonnes intentions et cetera, rencontrer un patient c'est quasiment systématiquement rencontrer une demande* ».

M32 a malheureusement « *remis de la distance dans les relations avec des copains qui avaient tendance à me téléphoner* » en lui disant « *« tu pourrais me déposer ça dans la boîte aux lettres* » ».

Cependant, d'autres médecins avouent qu'ils ne perçoivent pas ces demandes comme abusives venant de leurs connaissances, comme l'évoque M34 « *quelques patients copains, ils me demandent des choses, par exemple mais jamais, ils me demandent quelque chose d'abusif pour moi* ». D'autres médecins avouent que leurs amis ne leur font pas de demandes de ce genre « *parce qu'ils ont confiance* ».

4.3.2.3.4 En fonction de la formulation de la demande du patient

La façon de faire la demande a un impact sur le ressenti du médecin face à celle-ci, avoue plusieurs médecins, dont M6 « *« si la personne, elle est gentille avec toi, qu'elle te demande gentiment, tu sens qu'elle te pose la question, ben tu as envie de le faire, tu as envie »* ou encore M22 « *il y en a qui sont gentils et qui disent « écoutez, je ne suis pas très malade, si vous pouvez au moins voir mon fils parce qu'il est malade et moi, je reviendrai un autre jour »*. Dans ce cas, comme il me dit, je vois quand même les deux ».

4.3.3 Récapitulatif des facteurs intrinsèques et extrinsèques influençant les demandes abusives ou injustifiées

Tableau 6 : récapitulatif des facteurs intrinsèques et extrinsèques influençant les demandes abusives ou injustifiées

Les facteurs intrinsèques au médecin	Identification des caractéristiques du médecin (socio-démographiques, psychographiques, physiques...)	- le caractère ou la personnalité du médecin
		- l'humeur du jour du médecin
		- la tenue vestimentaire
		- l'apparence physique
		- le sexe
		- l'âge ou la durée d'exercice en libéral
		- l'origine ou la culture du médecin
		- l'ethnie du médecin
	Les caractéristiques relationnelles du médecin et de son patient	- l'attitude relationnelle du médecin ou de son comportement
		- la communication non verbale et la distance physique du médecin
- l'expression faciale du médecin		
- la tonalité ou le déroulement de la conversation		
- le type de relation		
	- l'éducation de la patientèle, les règles établies dès le début	
	La réputation du médecin	
Les facteurs extrinsèques au médecin	L'organisation pratique du cabinet	- le type d'exercice
		- l'organisation des consultations
		- la présentation des locaux
	Le lieu d'exercice	
	Les facteurs extérieurs influençant le ressenti des médecins dans les demandes	- le facteur temps, la charge de travail
		- l'influence de la vie personnelle et professionnelle
		- en fonction des relations personnelles du médecin
		- en fonction de la formulation de la demande du patient

4.4 Les conséquences des demandes abusives ou injustifiées sur le médecin

4.4.1 Les conséquences sur la vie professionnelle du médecin

4.4.1.1 Retentissement sur les consultations

Certains médecins rapportent que ces demandes peuvent avoir un **retentissement sur « les consultations qui suivent »**. De plus, M12 précise que *« ça a un impact parce qu'il faut que je rattrape le temps perdu et ça ce n'est pas facile »*. Par ailleurs, ces demandes peuvent avoir **« impact sur la pratique »** explique M13, car par la suite le médecin *« est moins à l'écoute. Si on est trop sollicité, qu'on est toujours dans la négation et le conflit, je pense qu'à un moment donné on n'écoute plus. On devient mauvais médecin »*. Mais malheureusement M24 avoue que *« quand on a trop de demandes abusives, c'est le patient correct qui un jour demande quelque chose tous les vingt ans, ben c'est lui qui va trinquer quoi. Je veux dire à un moment donné, on est énervé par ces abus et à ce moment-là effectivement c'est peut-être la personne qui ne méritait pas, quoi, qu'on lui refuse, qui va être la victime »*.

4.4.1.2 Evolution du médecin

Quelques médecins insinuent que ces demandes ont un **impact sur eux** et les amènent à **changer de comportement professionnel**, comme l'explique M17 *« je suis beaucoup plus sévère maintenant qu'il y a trois ans »* ou encore M33 *« c'est qu'au fur et à mesure ça va aussi vous rendre de plus en plus insensible [...]. Ça va vous endurcir »*. M41 avoue *« qu'en fin de carrière, euh, je n'ai plus du tout la même attitude qu'au début. C'est-à-dire maintenant quand je ne suis pas d'accord, je ne suis pas d'accord ! »* Ces demandes l'amènent à être

« moins tolérant qu'avant ». Ainsi, M43 explique que « *je suis obligée d'évoluer, de trouver de nouvelles façons de les gérer euh... moi-même il faut que j'innove parfois* ».

4.4.1.3 Conséquences sur la relation médecin-patient

Ces requêtes faites par les patients peuvent influencer directement sur la **relation entre le médecin et son patient**, comme l'indique M18 « *ça entrave quand même un peu la confiance qu'on pouvait avoir dans la relation soignant-soigné* » ou encore M29 « **la consultation devient difficile et impersonnelle** ». Face à ces demandes, les médecins développent une « *réaction froide, distante avec des patients abusifs* ». M25 ajoute qu'en présence d'un excès d'abus, « *je vais me fermer et puis cette relation empathique elle va se perdre, elle va se verrouiller* ». Par ailleurs M18 affirme que « *souvent après c'est des patients qui vont changer de médecin traitant* ».

L'immense majorité des médecins déclare qu'ils peuvent arrêter la discussion, comme l'explique M9 « *je coupe court à la conversation, en disant « écoutez de toute façon c'est comme ça, ça ne sera pas autrement. C'est moi qui décide* ». Ils invitent les patients à « *partir* » ou les incitent à « *chercher un nouveau médecin* », comme l'avouent plusieurs médecins dont M2. Ainsi, cela peut même aller jusqu'à « **la rupture** » de la relation, à savoir « **changer de médecin** », comme le décrit M12, si le patient persiste dans ses demandes. M40 conclut en affirmant « *qu'ils aillent voir quelqu'un d'autre, qui sera peut-être plus compétent que moi et qui accède à leurs désirs* ».

4.4.1.4 Conséquences sur le ressenti du médecin

Certains médecins avouent que ces demandes abusives constituent « **vraiment le côté hyper désagréable du métier** », comme le décrit M19. Par ailleurs, M23 déclare qu'il « *faut qu'un jeune qui s'installe sache qu'il va devoir gérer des trucs comme ça* » et que « *quelqu'un qui*

s'installe en médecine générale va vivre des trucs pas évidents ». M26 avoue qu'il faut « *avoir les nerfs solides* ». M27 révèle aux médecins qui vont prendre la relève que « *vous vous apprêtez à l'exercer dans des conditions plus difficiles que nous* ».

Certains médecins affirment qu'ils ont même envie « **d'arrêter** » leur activité, comme le souligne M7 « *franchement, j'aurai envie de changer de métier* ». M6 ajoute que « *c'est la surcharge émotionnelle qui me fera arrêter de travailler. C'est ces demandes abusives* ». M23 avoue que cette pression subie par les demandes fait que « *je ne me réinstallerai pas* ». M30 affirme que « *peut-être dans deux ans j'aurai fermé mon cabinet parce que j'en aurai marre* ». M31 explique que « *quand je parle avec les médecins plus âgés, euh, ils partent à la retraite à cause de ça. [...] Je connais un médecin qui est déjà parti à la retraite parce qu'il ne savait plus travailler dans de telles conditions* ». M26 conclut par « *si j'avais le choix, je ferais un autre métier !* »

Des médecins soutiennent même qu'ils **ne recommandent pas** à leurs enfants ce métier, comme le reconnaît M22 « *si ma fille désire également être médecin ou autre. Je ne sais pas si je vais lui recommander d'être médecin généraliste !* ». M10 avoue que « *faire médecine générale, maintenant ce n'est plus tellement intéressant* ». Il ajoute « *inciter un jeune à, à... faire médecine, il faut qu'il le sente, mais moi je ne peux pas lui vendre un truc qui est faux quoi. Hein, j'aurai l'impression de lui vendre un truc faux. [...] Mais vous dire que c'est un super métier, euh, ben non* ».

4.4.1.5 Conséquences au niveau juridique

Quelques médecins reconnaissent avoir une crainte quant aux **répercussions judiciaires**. En effet, les demandes abusives peuvent avoir des conséquences, comme l'explique M18 «

parce que les certificats, euh, médicaux quand on a été obligé de les faire où il peut y avoir des problèmes après avec la justice ». M35 ajoute qu'il faut savoir que « la justice est derrière vous et que le conseil de l'ordre est derrière vous et cetera. La sécurité sociale est derrière vous ».

4.4.1.6 Pas de conséquence professionnelle

D'autres médecins estiment que ces demandes n'entraînent **aucune répercussion sur leur vie professionnelle**, comme le souligne M46 « *ah non, ma pratique professionnelle n'a pas changé. Non, non* ». M42 ajoute que « *non, le chemin continue et puis je me dis que c'est moi qui suis dans la réalité quoi. A partir du moment où on est conscient et en accord avec soi-même, je veux dire après ça se déroule* ».

4.4.2 Les conséquences sur la vie personnelle du médecin

4.4.2.1 Conséquences au niveau émotionnel

Un grand nombre de médecins révèle que ces demandes ont de lourdes répercussions sur leurs émotions et même leur santé, comme le souligne M15 « *on est quand même **impacté émotionnellement**, oui c'est sûr* ».

La majorité des médecins affirme qu'ils sont « **fatigués** » ou encore « *au bout du rouleau* » par ce nombre incessant de demandes, comme l'appuie M19 « *c'est lassant toute la journée, c'est usant* ». M39 avoue qu'il « *essaie d'être à l'écoute mais c'est fatiguant, des fois on n'a plus envie* ». M6 estime que « *les **burn-out** des médecins ce n'est pas à cause du fait qu'on travaille beaucoup en heures mais c'est à cause des demandes abusives, qui nous usent, qui nous pompent* ».

Beaucoup de médecins sont « *plus colériques* » ou encore « *contrariés* » face à ces requêtes. Comme le souligne M44 les demandes abusives ont « *un impact assez agaçant et énervant* » sur lui.

D'autres médecins admettent ressentir un sentiment de mal être voire « de **stress** » ou « de **tension** » à cause de ces demandes. M43 avoue « *actuellement je le vis très, très mal* ».

Par ailleurs, des praticiens affirment que ces demandes les amènent à **réfléchir** ou encore à **se remettre en question**. Comme l'explique M7 « *je suis un petit peu, des fois à cogiter encore sur la consultation « qu'est-ce qui aurait pu être amélioré ? Qu'est-ce qui aurait pu être évité ? Euh, qu'est-ce qui n'a pas été ? Est-ce que c'est moi quand même qui ait mal réagi ? Ou est-ce que j'aurai dû ? »* ». M20 rapporte qu'à la suite de ces demandes, « *on remet en doute notre exercice* ».

A l'inverse, d'autres médecins ont le sentiment que les patients remettent en question l'expertise du soignant, comme l'exprime M15 « *c'est comme une remise en question quelque part euh, de mon expertise* ». Des médecins ressentent même un sentiment d'injustice face à ces demandes, comme le souligne M4 « *il y a des fois des paroles agressives qui peuvent être proférées. Et donc là je ressens ça comme une **injustice*** ».

De plus, un médecin M1 a avoué que ces demandes l'ont amené à se couper de ses émotions. « *Au départ étant quelqu'un de sensible, je me suis un peu forgée une carapace, pour me protéger un peu des demandes abusives des patients [...] je me coupais un peu de mes propres émotions que le patient suscitait en moi [...] En fin de compte, je me suis coupée un peu de moi-même, de mes ressentis* ».

Pour conclure, des médecins révèlent que ces demandes ont un impact sur la santé du médecin, comme le fait remarquer M38 « *je pense que sur le long terme, euh, ça joue sur ta propre santé et tout ça, tellement euh, tellement il y avait des demandes* ».

4.4.2.2 Conséquences au niveau familial

Les répercussions vont même impacter **la vie de famille du médecin**. M31 explique que quand « *on rentre et on est tellement épuisé que... voilà, on n'a plus de force, plus d'énergie, plus d'envie de faire quelque chose d'autre* ». Ainsi selon les termes de M43 « **la vie perso en pâtit parfois** ». M24 conseille aux jeunes médecins « *de ne pas faire ce que nous avons fait, quoi, c'est-à-dire de ne pas sacrifier beaucoup de notre vie privée à la médecine* ».

4.4.2.3 Pas de conséquence personnelle

Un petit nombre de médecins estime que ces demandes n'entraînent **aucune répercussion sur leur vie personnelle**. M42 explique cela « *parce qu'on connaît un peu la nature humaine hein. Il y a des gens qui sont capables de faire un peu n'importe quoi. Donc on sait que ça peut arriver* ».

4.4.3 Récapitulatif des conséquences des demandes abusives sur le médecin

Tableau 7 : récapitulatif des conséquences des demandes abusives sur le médecin

Les conséquences sur la vie professionnelle du médecin	- retentissement sur les consultations
	- évolution du médecin
	- conséquences sur la relation médecin-patient
	- conséquences sur le ressenti du médecin
	- conséquences au niveau juridique
	- pas de conséquence professionnelle
Les conséquences sur la vie personnelle du médecin	- conséquences au niveau émotionnel
	- conséquences au niveau familial
	- pas de conséquence personnelle

4.5 Les solutions ou barrières adaptées afin de réduire les demandes abusives ou injustifiées et conseils

Des solutions ou barrières afin de limiter les demandes abusives sont évoquées par les médecins.

4.5.1 L'éducation

Pour l'immense majorité des médecins, « **éduquer les patients** » est une barrière primordiale aux demandes abusives. Face aux demandes jugées abusives, M8 explique qu'il faut « **expliquer que ça ne se fait pas ou que ça ne se fera plus** » et M20 ajoute qu'il faut le faire « *tout le temps. Le préciser à chaque patient, dès qu'il y a une demande* ». Selon M1, cette éducation doit se faire « *avec douceur et bienveillance* ». M6 insiste en affirmant « *je leur dis à eux même **les limites*** » car selon les termes de M21 « *c'est comme avec un enfant ! Il faut dire quand il y a une relation, c'est qu'il y a des règles* ». Il est donc indispensable « *de dire « non » parce que sinon on perd son âme* » évoque M14. Cette éducation doit se faire « **dès le début** » de la relation médecin-patient, comme l'explique M31 « *si j'accepte quelqu'un, euh, le patient ou la patiente doit accepter aussi mes règles* ». M8 ajoute que « *ce n'est pas de l'éducation médicale mais c'est de l'éducation comportementale* ».

Certains médecins précisent même qu'ils s'aident du « **cadre légal** » afin d'étayer leurs argumentations, comme l'exprime M15 « *et qu'on dit voilà « il y a un texte de loi qui dit... » »* ».

Par ailleurs, certains médecins soulignent le fait qu'il est important d'avoir « *une attitude qui est claire* », c'est-à-dire comme l'explique M20 « *il faut tenir bon et **avoir la même ligne de conduite depuis le début*** ». De plus, ces règles doivent être les mêmes pour tous les patients afin de « **proposer des soins d'une façon équitable** ». Comme l'évoque M8 « *il faut que la*

consigne soit la même et qu'elle soit appliquée à tout le monde, et pas au cas par cas ou en fonction de celui qui crie plus fort que l'autre. »

M17 conclut ainsi que « *« **l'éducation, les explications** et puis après le « non »* » sont tous primordiaux afin de limiter les demandes abusives des patients.

4.5.2 Ecouter le patient et entretenir un respect mutuel

Certains médecins font part de l'importance d'être « *à l'écoute* » des patients afin de comprendre leurs demandes car comme le précise M1 « *des fois, on peut se tromper sur ce que l'on pense, sur ce que l'on sent et... Je ne peux pas corriger quelque chose, non..., que j'ignore* ». Quand les patients font des demandes jugées abusives, il « *faut **bien comprendre pourquoi*** ». M18 avoue que quand il était « *moins à l'écoute* » ou lorsque les « *consultations se faisaient trop vite* », il percevait plus de demandes abusives. Ainsi « *de **prendre son temps**, de savoir **cadrer**, de toujours faire **respecter**, de donner des **explications*** » lui ont permis de réduire ces demandes. M13 ajoute que les patients « *méritent tout le respect auquel ils ont droit. Mais pour que tu sois respectée faut aussi les respecter* ». M42 rapporte que le médecin ne doit pas « *avoir des relations autoritaires* » ou encore il ne doit pas « *être dans le rapport hiérarchique médecin au-dessus du patient* ». Les médecins affirment qu'il est primordial de rester dans une relation de « ***respect mutuel*** ».

4.5.3 Savoir dire « non »

4.5.3.1 Nécessité de dire « non » ou « stop »

Les médecins s'accordent sur le fait que « *savoir **dire « non »*** », de dire « *« **stop** »* », c'est-à-dire « *le fait de **refuser** et de **ne pas céder** à la moindre de leurs demandes* », est nécessaire afin de ne pas en subir les conséquences plus tard. Ainsi comme le soutient M5 « *à un*

moment donné, la fois suivante pour le même patient, il ne va plus revenir forcément avec des demandes abusives ».

Plusieurs médecins, dont M23, avouent que *« c'est plus facile de dire « oui » que de dire « non » »*. En effet, comme l'exprime M16 *« c'est plus rapide de dire « allez hop, je fais ce qu'il veut et puis, comme ça dans trois minutes il est parti » »*.

A l'inverse, M10 est l'unique médecin qui affirme que dire « non » est plus facile que de dire « oui ». *« C'est vrai qu'on dit souvent « non » aussi pour se protéger quoi. [...] C'est plus facile de dire « non » que de dire « oui » ». Parce que quand tu dis « oui », tu rentres dans une histoire que tu ne peux plus finir. Tu as dit « non », tu as dit « non ». Hein, il y a toujours un qui m'attise. C'est, tu es invité, tu dis « non » c'est mieux que de dire « oui mais » et tout et tu n'en finis pas. »*

Quelques médecins avouent qu'ils ne disent **jamais ou très rarement « non »**, comme l'indique M10 *« dans les arrêts de travail, dans les prescriptions médicales...hum très peu de « non ». Très peu »*. Ils reconnaissent que *« c'est extrêmement fréquent »* de céder car selon M21 *« je n'ai jamais su dire « non » »*. M45 ajoute que *« ce n'est pas parce que ce n'est pas justifié que je ne vais pas leur prescrire »*.

4.5.3.2 L'apprentissage par l'expérience

Les médecins reconnaissent le fait qu'il était plus **difficile de dire « non »** au début de leur carrière ou de leur installation, comme l'évoque M16 *« ma première année d'installation, je pense que ça aurait été plus difficile »*. Mais savoir *« dire « non » ça s'apprend »*, comme le souligne un grand nombre de médecins. M8 affirme que *« dire « non » et apprendre à dire*

« non » *c'est une expérience en plus* » et « donc on peut s'appuyer sur ce qu'on a déjà vécu avant ». Ainsi, M42 conclut « avec le temps c'est un peu plus facile parce qu'on a un peu de bouteille, un peu d'**expérience** ».

4.5.3.3 Les difficultés à dire « non » et amenant à céder

Des médecins avouent que « *c'est compliqué de refuser* » ou de « dire « non » » car selon M1 « ce n'est pas un « non » qui est accepté en fait par le patient ».

Ainsi, les médecins relatent les difficultés auxquelles ils ont du mal à dire « non » et auxquelles ils peuvent ainsi être amenés à céder parfois.

4.5.3.3.1 Céder en fonction du patient

Certaines réactions du patient peuvent mettre en difficulté le médecin. Ils peuvent ainsi céder face à « **la supplication** », à « **l'incompréhension** », à « **la déception** » du patient. D'autres cèdent car les patients « **insistent beaucoup** » ou encore parce qu'ils sont « très **stressés** », « **inquiets** » ou encore « **angoissés** ». De plus, des médecins avouent que certains patients peuvent se mettre « **en colère** » et même devenir « très **agressifs** » voire « trop **menaçants** ». M18 relate « il a commencé à m'insulter » ou encore M27 affirme qu'un patient lui a dit « *ben vous n'avez pas fait ce que je vous ai demandé, donc je vais vous, je vais bien vous servir sur Google* ». M43 avoue que parfois elle se sent « *coincée* ». Elle a « *l'impression d'être au pied du mur* » et n'a pas d'autres choix que de céder face aux demandes abusives. M45 ajoute que « *le problème c'est que tant que vous ne donnez pas l'antibiotique, ils ne quittent pas le bureau. Donc un moment, vous dites bon ras-le-bol, je prescris l'antibiotique et ils partent* ».

Par ailleurs, quelques médecins avouent que **le physique du patient** peut aussi jouer un rôle dans le fait de céder face aux demandes. M6 explique « *moi, je vais peut-être moins oser* ».

dire « non » à un patient qui fait deux mètres et cent soixante kilos qu'à la petite nénette qui en fait trente et qui a douze ans ».

4.5.3.3.2 Céder en fonction du médecin et de son ressenti

Certains facteurs chez le médecin peuvent les mettre en difficulté pour dire « non ».

Plusieurs médecins avouent que les difficultés à dire « non » peuvent provenir du « **caractère** » ou de « **la personnalité** » du médecin. M9 affirme qu'il y a « *des personnes qui n'arrivent pas à dire « non », c'est comme ça* ». M33 ajoute que la perception que le médecin a de lui-même peut entrer en compte « *notre **ego**. Celui-là, il faut en être conscient aussi. Puisque c'est aussi difficile de dire « non » à quelqu'un, tout simplement parce que ça va égratigner l'image que la personne aura de vous* ».

De plus, dire « non » peut être source « **de stress** » et « **de tension** ». Certains médecins se sentent « **obligés de justifier** » ou encore comme le précise M35 « *vous êtes obligé de tout le temps **négocier*** ». Certaines situations peuvent devenir « **conflictuelles** ». Les médecins ont l'impression de se « **battre** » ou encore d'aller au combat, comme le souligne M43 « *j'ai l'impression d'avoir fait **un combat**, un combat psychologique quoi* ». Ainsi M24 avoue qu'à un moment donné « *quand on est fatigué, on a eu beaucoup de stress, parfois on dit « bon on fait cette prescription » et on laisse tomber quoi, parce que se prendre la tête avec les gens en permanence ça ne va pas non plus, c'est épuisant, c'est épuisant* ».

En outre, certains médecins se sentent « **mal** » de devoir dire « non ». Cela peut faire naître un sentiment de « **culpabilité** » chez eux, comme l'indique M6 « *cette **culpabilité** de te sentir hautain ou de te sentir mal parce que tu as refusé* ». Ainsi, cela peut parfois les amener à céder. Quelques médecins affirment que « **dire « oui »** », « **faire plaisir** » ou encore « **satisfaire toutes les demandes des patients** » est beaucoup plus facile que de dire « non ».

Par ailleurs, une partie des médecins redoute que les patients **quittent leur patientèle**. Comme le suggère M35 « *quand vous leur dites « non », ils peuvent effectivement s'en aller ailleurs* ». D'autres soignants soulignent le fait que de dire « non » peut entraîner des risques de poursuites judiciaires, comme M34 le souligne "*il faut faire attention à... au pendant de la plainte*".

4.5.3.3.3 Céder en fonction du temps

La notion du temps est évoquée selon deux angles très différents.

D'une part, plusieurs médecins reconnaissent que le fait de connaître les patients depuis longtemps et d'entretenir une bonne relation avec eux peut rendre plus difficile le refus d'une demande. M5 explique que « *Le patient qu'on connaît de longue date, avec qui on a une relation de confiance, c'est parfois difficile de refuser ces demandes-là quand on veut préserver cette relation* ».

D'autre part, des médecins peuvent se trouver en difficulté à dire « non » par « **manque de temps** » et ainsi céder plus facilement face à aux demandes abusives, afin de ne pas « *perdre du temps* ». M18 explique « *je n'ai plus le temps, euh, que je n'aurai pas le temps forcément non plus la semaine prochaine. Donc j'ai tendance à vouloir me débarrasser en fait des demandes et du coup à faire au plus vite* ».

4.5.3.3.4 Céder en fonction de la demande et de ses répercussions

Quelques médecins reconnaissent céder face à certaines demandes, si celles-ci n'ont **pas de graves conséquences**, comme le cite M8 « *on fait des concessions mais qui sont, on va dire un peu calculées, c'est-à-dire c'est des choses qui n'ont pas un gros impact* ». M27 ajoute « *on ne va pas se battre pour des bêtises* ».

D'autres médecins cèdent s'ils ont un **doute** quant à la légitimité de la demande, comme l'explique M19 « *moi le doute profite au malade, même des arrêts bidons, la première fois je le fais. Je me dis « ouais, il y a peut-être un truc que je n'ai pas capté, je le fais » »*

4.5.3.4 Les situations facilitant le « non »

A l'inverse, les médecins évoquent les situations où dire « non » leur semblent une évidence, à savoir, les facteurs qui les facilitent à dire « non ».

4.5.3.4.1 Face aux demandes abusives ou injustifiées

Dire « non » semble évident « *quand c'est **abusif*** ». Les médecins refusent plus facilement quand « *c'est pour une demande de **convenance personnelle*** » ou « *un **médicament** qui n'est pas adapté à sa situation* ». Ils disent « non » aux ordonnances demandées « *vite sur le pas de la porte* », « *sans consultation* ». « *Les examens abusifs* », ou encore comme l'ajoute M9 « *les **certificats**, les **arrêts de travail**, les **antibios**, voilà et les **traitements** pour quand les gens partent à l'étranger, quoi. Non mais il y a des trucs, ce n'est pas possible quoi* ». M41 affirme que « *les arrêts de travail, je suis intraitable moi. Si ce n'est pas justifié, c'est « non » et il n'y a pas de discussion* ». M46 insiste sur le fait que « *quand ce n'est pas pour eux, ça je dis systématiquement « non »* », ainsi si le patient est absent, aucune ordonnance n'est délivrée. M11 déclare que « *c'est ma décision, c'est que vous ne le justifiez pas, c'est que votre état ne le justifie pas, c'est tout, c'est moi qui suis juge* ».

Ainsi, face aux demandes jugées abusives par les médecins, certains d'entre eux n'hésitent pas à refuser ces requêtes.

4.5.3.4.2 Responsabilité du médecin

M17 explique que toute prescription est « *un acte médical, ça engage notre **responsabilité*** ». Ainsi, comme l'évoque M15 « *de toute façon si c'est **illégal**, je dis « non »* ».

M10 ajoute que « *quand je pense que je risque quelque chose ou que c'est... ben que ça risque de m'avoir des conséquences ou pas, oui je sais dire « non »* ». M26 conclut en affirmant que « *ce n'est pas à vous de me dire « justifié ou pas justifié ». Je suis le médecin, c'est moi qui juge* ».

4.5.3.4.3 En fonction de la personnalité ou du caractère du médecin

Certains médecins ont des difficultés à dire « non », à l'inverse d'autres disent plus facilement « non » en raison de leur « **personnalité** » ou de leur « **caractère** », comme l'explique M46 « *ça dépend de la personnalité des gens, mais moi je n'ai pas de problème pour dire « non »* ». M13 ajoute « *c'est moi le docteur, il me semble. (Rires). Et ben voilà, donc non, ça ne me pose pas de problème de dire « non »* ».

4.5.3.4.4 Âge du médecin

Quelques médecins affirment qu'avec l'**âge**, ils ont changé d'attitude face aux demandes abusives et refusent plus facilement. Comme l'indique M10 « *parce que je suis vieux et que j'en ai un peu marre. Quand quelqu'un m'emmerde, je lui dis euh « je ne suis pas là. Je ne veux pas* ». Mais c'est récent. Mais c'est dû... plutôt à l'âge ».

4.5.3.4.5 Etat émotionnel du médecin

« **L'état personnel et même professionnel** » du médecin au moment de la demande, comme le souligne M4 « *parce qu'on n'est pas en forme, parce qu'on est énervé* », peut entraîner un refus catégorique face aux demandes abusives. Ces dernières sont illustrées par les propos de M23 qui précise « *au bout d'un certain nombre, vous dites « bon maintenant stop. J'en ai ras le bol! »* »

4.5.3.4.6 *Par manque de temps*

Certains médecins cèdent face aux demandes par manque de temps ou parce qu'ils n'ont "*pas envie de perdre du temps*". A l'inverse, d'autres disent plus facilement « non », parce qu'ils n'ont **pas le temps**, comme l'explique M5 « *j'ai déjà un quart d'heure de retard, une demi-heure et que ça va me prendre un quart d'heure supplémentaire et je vais me mettre davantage en retard, « non »* ». De plus, M28 ajoute que « *notre réponse est peut-être devenue plus embêtante, enfin plus sévère ou plus stricte, parce que nous, on a moins le temps* ».

4.5.3.4.7 *En raison du coût des soins et du tarif de la consultation*

Certains médecins affirment qu'ils refusent certaines demandes abusives « *pour des **questions financières*** » car effectivement, celles-ci ont « **un coût** » et peuvent « *aussi aggraver le déficit de la sécurité sociale* ».

Par ailleurs, M31 soutient qu'il refuse plus facilement les demandes abusives en raison du **tarif de la consultation**. « *Il faut aussi dire qu'on est aussi limité par nos tarifs, donc vingt-cinq euros la consultation, donc si ça doit durer une heure, euh... On ne peut pas se permettre d'être rémunéré vingt-cinq euros bruts, bruts pour une heure de travail* ».

4.5.3.4.8 *En fonction du contexte démographique*

Des médecins soulignent le fait que dire « non » est beaucoup plus facile en raison « *du contexte actuel* ». Compte tenu de la « **pénurie de médecins** » et du nombre conséquent de patients, de nombreux médecins ne cèdent pas face aux demandes abusives. A l'inverse, les générations précédentes ont souffert du manque de patients, du fait de la multitude de médecins et donc dire « non » était beaucoup plus difficile. M9 explique « *je dis facilement « non » mais c'est aussi plus facile pour moi parce que **le contexte démographique actuel** fait que je peux me le permettre, voilà. J'aurai été installée, euh, en démarrant il y a*

cinquante ans, euh, probablement j'aurai accepté plus de demandes abusives, parce que sinon je me suis dit qu'ils traversaient la rue et qu'ils allaient chez mon collègue d'à côté. Et c'est ce que les médecins de l'ancienne génération ont vécu ».

4.5.3.5 Attention au « non »

Un médecin M33 craint que dire « non » peut devenir une habitude. *« Ce qui me fait un peu peur, c'est que je pense qu'on s'habitue à dire « non » et qu'après il y a justement cette dimension un peu de froideur médicale, qui est souvent reprochée dans notre profession. De dire « je suis allé le voir, mais il s'en fiche » ou effectivement, on a l'impression que c'est automatique, c'est mécanique. »*

4.5.4 La distance relationnelle et séparer vie professionnelle/vie personnelle

Certains médecins affirment que « **garder ses distances** » avec les patients permet de limiter les abus. M5 souligne qu'il est important que « *le patient ne soit pas familier avec le médecin et que le médecin ne se permet pas de familiarité non plus avec le patient* ». M4 ajoute qu'il faut « *garder sa place* », surtout « **rester professionnel dans son exercice, tout en étant proche des gens** » mais sans être « *copain* » avec les patients.

Par ailleurs, certains médecins insistent sur le fait de bien faire « **une séparation importante entre ma vie professionnelle et ma vie privée** », selon les termes de M5. Quelques médecins déclarent que « *le privé est privé* » et qu'il ne faut pas « *sacrifier* » sa vie personnelle au détriment de sa vie professionnelle. D'autres soignants conseillent de « *ne pas vivre à côté de son cabinet* » ou encore de « *ne pas vivre dans le village où l'on travaille* ».

4.5.5 La réputation du médecin

« **La réputation** » que le médecin s'est créée permet aussi de réduire les demandes abusives ou injustifiées des patients. Comme l'explique M15 « *pour les arrêts de travail, par exemple. Je pense que les gens savent que je n'en fais pas beaucoup et du coup ils ne me demandent pas des jours, voilà, de faire le pont entre guillemets. [...] Je pense qu'après ça se sait, du bouche à oreille* ».

4.5.6 Prendre le temps d'évacuer

4.5.6.1 Parler aux autres /Faire des pauses

Les médecins avouent que **discuter avec des confrères** permet aussi bien « *de se rassurer* » par rapport aux décisions prises, que « *d'évacuer* » ses affects négatifs ressentis lors de la consultation. M30 ajoute qu'il faut discuter avec des confrères « *pour avoir d'autres points de vue, pour essayer d'avoir une autre façon de voir les choses* » car comme le souligne M19 « **se faire aider c'est important** ». M18 évoque son expérience « *dans une **séance de Balint*** » où ce sont « *des cas qui ont été analysés* » et qui lui ont permis « *de comprendre ce qui avait fait dans la relation, euh, ben que j'en étais arrivée là, en fait, soit à cette demande, soit à ce questionnement, soit à ce conflit, soit à cette rupture* ».

Par ailleurs, plusieurs médecins conseillent « *de faire parfois **des pauses** très courtes dans les consultations, même une, deux ou trois minutes* », afin de se « *calmer* », de « *reprendre un peu contact* » avec soi. Il est important que le médecin **prenne** « **du temps entre les consultations** » conclut M32, malgré le planning des consultations qui s'enchaînent.

4.5.6.2 Loisirs et temps libre

Certains médecins affirment qu'il est indispensable que les soignants « *aient **du temps libre*** ». Comme l'explique M22 il faut « *essayer de travailler de façon plus efficace et de*

pouvoir profiter d'autres choses » et « de ne pas se laisser phagocyter par son activité professionnelle, je crois dès le début » ajoute M5.

Les médecins interrogés conseillent de « *faire du sport* ». M12 victime de plusieurs agressions sur son lieu de travail, précise que « *faire un sport de combat* » peut aider à évacuer mais aussi à se défendre lors des consultations agressives.

Ainsi, les médecins affirment qu'il est nécessaire de trouver un loisir plaisant et adapté à chacun, afin d'évacuer les tensions du travail.

4.5.7 Cours/Formations

Certains médecins affirment qu'avoir **des formations** « *pour apprendre à dire « non »* », à gérer ces situations sont nécessaires car comme l'évoque M35 « *malheureusement, on n'a pas été formé pour ça* ». M12 explique qu'il « *faudrait qu'il ait des entretiens avec des psychologues pour savoir comment gérer le stress. [...] Des cours faits par un psychologue, un psychiatre ou je ne sais pas, quelqu'un qui puisse nous apprendre à gérer le stress, à gérer ces demandes et de pouvoir dire « non » parce que ce n'est pas facile* ». M23 précise que « *quand vous faites des études de médecine on ne vous apprend pas ça, à gérer ça et puis que vous allez subir ce genre de trucs* ».

4.5.8 Les barrières ou solutions pour le cabinet

D'autres barrières peuvent être mises en place pour le cabinet afin de limiter les demandes abusives.

4.5.8.1 Le secrétariat

L'immense majorité de médecins stipule que la présence d'un « **secrétariat** » est la « *meilleure barrière* » contre les demandes abusives et injustifiées des patients. Par ailleurs, M8 affirme que le secrétariat « *a une double barrière, la secrétaire dit « non mais c'est les*

instructions des médecins », donc il y a ce filtre en plus ». Il peut s'agir d'une « secrétaire » présente, d'un « *secrétariat en ligne* » ou d'un « *standard téléphonique* ». Cependant comme l'explique M36 « *ma limite à moi, c'est d'avoir quelqu'un d'extérieur qui arrive à faire le blocage parce que c'est peut-être plus facile aussi de le faire, pour une personne tierce. Et du coup, c'est ma solution* ». Ainsi, la majorité des médecins affirment que la présence d'un secrétariat « *permet de limiter* » les demandes abusives.

Un seul médecin M13 signale qu'il n'a pas perçu de différence sur les demandes des patients à la suite de la mise en place d'un secrétariat. « *Avant on n'avait pas de télésecrétariat, on n'avait pas de secrétariat du tout, hein. On était accessible sans rendez-vous uniquement et euh, il n'y avait pas plus de demandes que maintenant, c'était pareil* ».

4.5.8.2 L'organisation du cabinet

De nombreux médecins révèlent qu'avoir des **règles d'organisation « dès le départ »** permet de réduire les demandes. M31 explique que « *le patient ou la patiente doit accepter aussi mes règles, les **règles du fonctionnement du cabinet*** ». Quelques règles sont citées, par exemple, « *pas d'ordonnance téléphonique* », « *des limites un peu d'horaires et de consultations* » avec « *le respect des horaires* », « *pas d'ordonnance sans voir le patient* », « *ne recevoir que sur rendez-vous* », « *pas joignable par mail* », « *pas de visite à domicile ou très peu* », « *taquet à trente personnes par jour* » ... Comme le suggère M46 « *il faut bien réfléchir à la façon de l'emploi du temps, le libre, rendez-vous, nanana... Parce que c'est toujours facile de restreindre, non, d'augmenter que de restreindre* ». Il est donc important « **d'établir un cadre** » ou « **de fixer des règles** » dès le début. M20 conclut que c'est « *en mettant des limites qu'on arrivera à mieux s'organiser* » et « *que si on veut être un bon médecin, il faut pouvoir **s'organiser** et ne pas être épuisé, être sur les rotules* ».

4.5.8.3 Les panneaux d'affichage

Quelques médecins annoncent que la présence de **panneaux signalétiques** permet d'être une barrière supplémentaire afin de réduire les demandes des patients. En effet, le « *système d'affichage* », « *le panneau sur la porte d'entrée* », « *afficher un peu partout le système de fonctionnement du cabinet* » permet selon les médecins de mettre au courant les patients du fonctionnement du cabinet et ainsi de réduire certaines demandes jugées abusives ou injustifiées.

4.5.9 Quelques conseils non évoqués

4.5.9.1 Remplacer

Plusieurs médecins affirment qu'il est primordial de « *faire **des remplacements*** » afin d'acquérir de « *l'expérience* ». M43 explique qu'il est nécessaire de remplacer dans « *différentes villes, différents endroits, différents lieux de visites, différentes secrétaires, différents logiciels, différentes dispositions du cabinet, différentes patientèles* ». Comme l'ajoute M9, cela lui a permis de « *déterminer avant de m'installer la manière dont je voulais travailler, ce que je voulais faire, ce que j'étais prête à faire, ce que j'étais prête à ne pas faire* ». Il est nécessaire de « *voir ce qui vous correspond, pour bien prendre la décision* », déclare M31. « **Remplacer** » permet aussi bien d'acquérir de l'expérience personnelle et professionnelle, que de savoir quelles sont les règles et les limites à instaurer pour lutter contre les demandes abusives.

4.5.9.2 S'installer

« **L'installation** » ne doit pas se faire sans avoir étudié le lieu, le mode d'exercice et sans avoir pris en compte tous les aspects liés à celle-ci, afin de « **ne pas avoir peur de s'installer** ». Pour la grande majorité des médecins interrogés, travailler « **en cabinet de**

groupe » est recommandé. Le « *travail de groupe* » est nécessaire « *pour la charge de travail et pour quand même répondre à la demande de la patientèle* » révèle M3. Par ailleurs, selon M36, cela permet « *quand on a un truc ou qu'on doute un petit peu, de demander à un collègue* » ou encore de « *partager un petit peu le fardeau* » avoue M33. Ainsi, plusieurs médecins conseillent de « **ne pas s'installer seul** ».

Cependant un médecin M20 notifie qu'il ne faut « **pas avoir peur de s'installer toute seule** ». Elle explique « *parce que les maisons médicales pour moi, il y avait aussi quelques soucis, l'entente entre les confrères, se mettre d'accord sur les vacances, euh voilà. Alors que toute seule, ben c'est moi qui gère tout, toute seule. Je n'ai rien à demander à personne* ».

4.5.9.3 Se spécialiser

Certains médecins préconisent de **se spécialiser**. Quelques médecins citent des exemples, comme « *des DU de diététique* », « *des médecines agréées de l'aéronautique* », « *médecin du sport* » ou encore « *des spés qui sont dans la question du sommeil* » ...

4.5.9.4 Avoir un plan B

Un petit nombre de médecins conseille « **d'envisager des plans B** ». Comme l'explique M9 « *si un jour faire de la médecine générale ça m'énerve, ben à la place de faire des rendez-vous médicaux, je ferai des rendez-vous d'ostéo [...] Parce que je me dis que si un jour ça ne me plaît plus et que je veux changer, ben euh, j'ai un plan B* ».

4.5.9.5 Avoir ses propres réponses aux questions posées

Des médecins suggèrent qu'**avoir nos propres réponses** aux questions posées dans cette étude peut rendre l'installation plus facile, comme l'indique M29 « *si vous vous installez un*

jour, euh, il faut que vous ayez en tête, exactement comment, toutes ces questions que vous avez posées, il faut que vous, vous ayez vos propres réponses ». Cela permettra « *de monter son cabinet comme on veut* », de savoir « *sa façon de travailler* » et ses propres « *limites* », afin de réduire les demandes abusives pour travailler dans de bonnes conditions. Ces réponses sont **propres à chaque personne**. M30 ajoute que les médecins « *soient eux-mêmes* » et soient surtout « *en accord avec eux-mêmes* ».

4.5.10 Récapitulatif des solutions ou barrières adaptées afin de réduire les demandes abusives ou injustifiées et conseils

Tableau 8 : récapitulatif des solutions ou barrières adaptées afin de réduire les demandes abusives ou injustifiées et conseils

L'éducation	
Ecouter le patient et entretenir un respect mutuel	
Savoir dire « non »	- nécessité de dire « non » ou « stop »
	- l'apprentissage par l'expérience
	- les difficultés à dire « non » et amenant à céder → céder en fonction du patient → céder en fonction du médecin et de son ressenti → céder en fonction du temps → céder en fonction de la demande et de ses répercussions
	- les situations facilitant le « non » → face aux demandes abusives ou injustifiées → responsabilité du médecin → en fonction de la personnalité ou du caractère du médecin → âge du médecin → état émotionnel du médecin → par manque de temps → en raison du coût des soins et du tarif de la consultation → en fonction du contexte démographique
	- attention au « non »
La distance relationnelle et séparer vie professionnelle/vie personnelle	
La réputation du médecin	
Prendre le temps d'évacuer	- parler aux autres /faire des pauses
	- loisirs et temps libre
Cours/Formations	
Les barrières ou solutions pour le cabinet	- le secrétariat
	- l'organisation du cabinet
	- les panneaux d'affichage
Quelques conseils non évoqués	- remplacer
	- s'installer
	- se spécialiser
	- avoir un plan B
	- avoir ses propres réponses aux questions posées

5 Discussion

5.1 Forces et faiblesses de l'étude

5.1.1 Intérêt du sujet

Les médecins ont été intéressés par le sujet. Chaque entretien a donné lieu à une discussion sur le thème et sur l'objectif étudiés. Il semble que ces échanges ont été appréciés puisque les médecins interrogés ont affirmé être de plus en plus confrontés à ces situations et ont admis se sentir lassés et isolés face à ces demandes. En effet, il existe une concordance avec certaines données de la littérature. Un sondage réalisé par la Fédération Hospitalière de France en 2012 affirme que 85% des médecins interrogés estiment que la prescription d'examens injustifiés fait suite aux demandes des patients et qui ne cessent d'augmenter. 93% de ces demandes sont recensées chez les médecins généralistes libéraux. Le rapport révèle que 72 actes effectués par l'ensemble des médecins interrogés sur 100 sont totalement justifiés (5). Par ailleurs, un sondage mené par Odoxa en 2017 pour la Fédération Hospitalière de France a révélé que 88% des médecins interrogés ont déclaré avoir prescrit des actes qu'ils jugent injustifiés par la suite (6). Cela démontre bien l'augmentation de ces demandes et leur influence sur les médecins.

5.1.2 Biais et validité interne

5.1.2.1 Biais de sélection

Initialement, le recrutement a débuté parmi les connaissances de la thésarde. Cela a pu entraîner un biais de sélection. Par ailleurs, de nombreux médecins ont refusé de participer à cette étude, essentiellement par manque de temps.

5.1.2.2 Biais d'information et limite due à l'inexpérience de l'enquêtrice

Le manque d'expérience de l'enquêtrice a été une limite à ce travail de recherche et a pu nuire au recueil. Des questions ont pu être oubliées lors de l'entretien de certains médecins. Évoluant dans le même milieu professionnel, l'enquêtrice a pu poser des questions trop suggestives ou trop directes. Ses réponses positives, expressions ou gestuelles ont pu influencer les interviewés, entraînant un biais d'interaction.

Grâce à son expérience acquise et l'autocritique faite au cours des entretiens, ses performances techniques se sont améliorées, limitant ainsi le biais d'information. La discussion a été avatagée car les deux participants étaient confrères. Mais cela a pu freiner certaines réflexions. Afin de pallier cette difficulté, le caractère anonyme de l'entretien a été rappelé dans le but d'encourager les médecins à se confier librement.

5.1.2.3 Biais de recueil

Il s'agissait d'une étude rétrospective. Lors des entretiens, les médecins devaient se souvenir de faits anciens dans un court délai de réflexion. Le fait de faire appel à des souvenirs, certains faits ont pu être oubliés. Il existe ainsi un biais de mémorisation. Les médecins relataient spontanément un ou plusieurs souvenirs au cours de l'entretien.

5.1.2.4 Limites de l'analyse

L'analyse a été faite uniquement par l'enquêtrice. Il aurait été plus optimal que la triangulation du codage soit réalisée par au minimum deux chercheurs. L'analyse a été faite plusieurs fois, de manière à être la plus rigoureuse possible.

Pour pallier l'absence de triangulation des données, l'analyse a été réalisée avec l'aide de la directrice de thèse notamment sur le choix des thèmes et des sous-thèmes.

Une autre limite de cette étude est l'absence de concept précis d'abus ni de demande légitime. Il est nécessaire de se questionner sur ce que cache ces deux notions. Notre étude, nous invite à réfléchir sur ce à quoi renvoie une demande abusive ou illégitime aux médecins interrogés. Autrement dit, à quel moment le médecin perçoit une demande comme abusive ou illégitime ? Est-ce l'impression que la demande dépasse le besoin ? Est-ce qu'une demande perçue comme abusive pourrait être en réalité le reflet de l'expression d'une autre quête ? Si la demande relève d'un besoin, il faudrait se questionner sur ce qui fait que le médecin considère la demande comme abusive. Est-ce que cela le renvoie personnellement à ce qu'il n'est pas autorisé, pas encore prêt ou pas encore capable de donner ? Si la demande dépasse le besoin, peut-être faudrait-il s'interroger sur ce que la demande implique et sur le caractère abusif qui est ressenti par le médecin. Il est possible que celui qui formule la demande recherche la reconnaissance, l'amour ou autre chose. Comment peut se positionner le médecin par rapport à ces requêtes ? Il semble important que le médecin fasse une distinction entre ce que le patient espère ou réclame pour améliorer son rapport aux demandes qu'il juge abusives.

5.1.3 Validité externe

Elle s'obtient lorsque l'enquêteur a interrogé suffisamment de personnes pour que la collecte de nouvelles données n'apporte plus d'éléments nouveaux à l'étude. C'est la « saturation des données ». La force de cette étude repose sur le nombre important d'entretiens menés pour obtenir la saturation des données. Celle-ci a été obtenue au quarante-cinquième entretien.

5.2 Discussion au sujet des résultats

5.2.1 Les demandes abusives ou injustifiées

5.2.1.1 Une définition subjective et variable

Plusieurs termes ont été employés dans la littérature afin de désigner ces demandes, tels que « non fondées », « injustifiées », « inadaptées », « inappropriées » ou encore « abusives ». Dans cette étude, les médecins n'ont pas réellement fait de différence entre le terme « injustifié » ou « abusif ». L'enquêtrice aurait pu préciser au cours des entretiens cette différence s'il existait une définition consensuelle de chaque terme. Ces précisions auraient pu aider les médecins à fournir d'autres réponses ou à éclairer leur position.

Ce travail de recherche démontre qu'il n'y a pas de définition unique de la demande abusive ou injustifiée. Elle est subjective et propre à chaque médecin qui la définit de manière différente. Elle est variable et peut être perçue différemment aussi bien en fonction du médecin, de sa pratique médicale, de ses convictions personnelles, de son état d'esprit, de ses limites que du contexte au moment de la demande du patient, de sa façon de s'exprimer et d'autres facteurs extérieurs. Une demande peut être perçue comme abusive par un médecin mais peut ne pas l'être pour un autre médecin. Cette même demande peut être jugée comme abusive, à un moment donné pour un médecin et ne pas l'être à un autre moment, dans différentes circonstances pour ce même médecin. Une même demande peut être perçue comme abusive pour un médecin de la part d'un patient et ne pas l'être venant d'un autre patient, en fonction du contexte et de la relation du médecin vis-à-vis du patient.

La définition d'une demande abusive ou injustifiée se base autant sur des données objectives que sur des sensibilités personnelles. Elle n'est pas unique. Certains écrits de la littérature relatent ce terme, en donnant des définitions différentes. Le Dr Pueyo décrit dans

son travail de recherche « *une demande jugée abusive est une demande persistante du patient qui cherche à obtenir un avantage aux dépens du médecin, bien que non-justifiable compte-tenu de la science et de son éthique personnelle* » (34).

Le Dr Zuliani Cyr révèle dans sa thèse « *une demande injustifiée est une demande difficile à gérer, s'écartant du cadre réglementaire imposé par la déontologie, la CPAM et les recommandations officielles ; s'écartant également des convictions personnelles du médecin et de son exercice de la médecine, de l'EBM, et qui peut revêtir une forme d'abus et/ou de manipulation* » (35).

Ou encore, la thèse des Dr Gerbaud et Dr Julien qui définissent la « *demande non justifiée* » comme étant « *une demande de prescription non conforme aux recommandations médicales en vigueur et/ou qui ne correspond pas à la manière du médecin généraliste de pratiquer la médecine* » (36).

Ainsi, il est difficile de donner une définition unique et précise au terme de « demande abusive ou injustifiée ». La diversité des définitions rencontrées dans la littérature est liée à la subjectivité du caractère justifié ou non de la demande. Comme le démontrent les travaux de thèse et notre étude, de nombreux critères entrent en ligne de compte aussi bien de la part du médecin, du patient que du contexte.

5.2.1.2 Les différents types de demandes abusives

L'étude met en évidence que les demandes abusives ou injustifiées concernent des motifs nombreux et variés. La principale difficulté rencontrée par la majorité des médecins est l'exigence autoritaire émise par les patients. Elle concerne différents motifs, principalement les arrêts de travail, les prescriptions médicamenteuses (essentiellement les antibiotiques, les antalgiques et psychotropes), les certificats ou encore les examens complémentaires. Les demandes d'ordonnance sans consultation au préalable, les visites à domicile injustifiées, la

multiplicité de demandes lors d'une consultation sont aussi des problèmes rencontrés par les médecins. Les patients veulent régulièrement des consultations en urgence pour des motifs que le médecin ne juge pas urgents. Certains malades viennent à plusieurs sur un créneau horaire dédié à une seule personne. D'autres réclament des courriers pour des rendez-vous qu'ils ont pris chez le spécialiste de leur propre initiative. Par ailleurs, l'origine de la demande ne résulte pas toujours du patient, mais peut provenir d'un tiers (demandes venant d'un avocat, d'un membre de la famille, d'un professionnel de santé, des informations acquises sur internet ou dans les médias...).

Les différents types de demandes abusives s'accordent avec les résultats des autres thèses qui abordent ce sujet. Cependant, peu d'entre elles caractérisent l'exigence autoritaire ou encore la pression émise par les patients comme un critère d'abus.

Par ailleurs, une étude avait regroupé ces demandes en catégories dans lesquelles se retrouvent amplement les différents types de demandes recensés dans notre travail (37).

La principale difficulté évoquée par les médecins est l'exigence autoritaire ou la pression de prescription émise par les patients. Ils la définissent clairement comme étant une demande abusive. En effet, le patient se documente et fait son propre autodiagnostic. Il court-circuite ainsi l'avis médical et émet directement sa requête (médicaments, examens complémentaires, arrêts de travail...). Il ne vient plus requérir un avis médical mais c'est lui qui décide de ses propres choix (9). Les médecins deviennent ainsi des prestataires de service (38) (39). L'exigence autoritaire ou pression de prescription joue un rôle considérable dans la médecine de nos jours, d'autant plus avec l'évolution de la relation médecin-patient, où ce dernier devient acteur de sa santé et s'autonomise.

Des études se développent autour de cette thématique qui devient une difficulté importante. Le Dr Audouin-Dubreuil évoque cette exigence dans les facteurs retrouvés dans

son étude (7). Le Dr Lofti évoque le patient comme un « donneur d'ordre » qui essaie de forcer la prescription du médecin (30). Le Dr Vodounnou rapporte que cette « *exigence technique* » s'inscrit avec l'évolution sociétale où la consommation de soins des patients tend à augmenter (40). Une étude définit la notion de pression de prescription comme « *toute demande explicitement formulée par le patient, venant interférer avec la stratégie diagnostique et/ou thérapeutique décidée par le médecin* » (41). Elle révèle qu'un patient sur quatre exerce une pression de prescription en consultation. Par ailleurs, cette étude confirme que cette pression de prescription concerne les médicaments, les examens complémentaires, les arrêts de travail, les certificats médicaux, les consultations spécialisées. Cela correspond parfaitement avec notre travail de recherche.

De plus, une autre étude décrit et évalue cette pression faite de manière consciente ou inconsciente sur les médecins (42).

Cette exigence autoritaire ou pression de prescription est une réelle difficulté éprouvée par les médecins. Elle influence les prescriptions des médecins (41), où certains avouent même leurs actes inappropriés par cette pression ressentie (6) (43).

Cette pression ressentie par les médecins est-elle légitime ou est-elle surestimée ? Une étude serait possible entre les réelles attentes du patient et le ressenti du médecin sur la demande du patient.

5.2.1.3 Les réelles demandes cachées

L'enjeu fondamental est de comprendre la réelle demande cachée derrière une demande jugée abusive. Pour cela, le médecin doit être à l'écoute et savoir poser les bonnes questions. En effet, certains médecins insistent sur le fait d'outrepasser la demande abusive qui peut être le reflet de l'inquiétude ou de la méconnaissance du patient, afin de discerner les réels objectifs du patient. Le rôle du praticien est donc de rechercher la véritable

préoccupation du patient afin de le rassurer. Ces demandes peuvent être un moyen pour le patient de se rassurer quant à sa santé. Ainsi, l'écoute et la communication sont des outils indispensables dans cette relation médecin-patient.

Ce point est abordé dans les travaux de thèse du Dr Zuliani Cyr (35) et du Dr Jouve (31).

Cette réelle demande cachée est caractérisée par le terme de « demande écran » par la Société Française de Médecine Générale (44).

Il est primordial pour le médecin d'être à l'écoute et d'acquérir des compétences en communication, afin de comprendre et de s'adapter aux véritables motivations et attentes du patient. Ainsi, le praticien peut planifier une prise en charge adaptée, tout en l'expliquant au soigné, afin de le rassurer (45) (46).

5.2.1.4 Tendances des demandes abusives ou injustifiées

5.2.1.4.1 En fonction du temps

L'évolution de la société, les rapports médiatiques et l'autonomie du patient favorisent l'émergence des demandes abusives et ainsi la consommation de soins. Cette étude révèle que la majorité des médecins perçoivent une augmentation de ces requêtes au fil du temps. Initialement, certains médecins ont certifié ne pas être concernés ou très peu soumis à ces demandes. Puis au cours de l'entretien, ils ont évoqué sans difficultés des situations qu'ils ont vécues et ont affirmé y être confrontés très souvent. Certains abus ne sont plus caractérisés comme tels car ils sont devenus une accoutumance quotidienne chez le médecin.

Un seul médecin a constaté une régression du nombre de ces demandes au cours de sa carrière. Il s'avère que ce médecin a rarement refusé ces demandes. Il affirme aussi qu'il est plus facile de dire « non » que de dire « oui ». Le fait d'accéder aux demandes peut influencer sur la perception de ces requêtes. Céder constamment semble aussi contribuer à cette

accoutumance et ainsi le soignant peut avoir cette impression de percevoir une diminution de ces demandes au cours du temps.

Quelques médecins n'ont pas noté de variation parmi ces demandes, mais ils ont expliqué que cela était lié à l'éducation faite à la patientèle et les règles qu'ils avaient instaurées depuis le départ.

Cette tendance à la hausse des demandes constatée lors de ces entretiens s'accorde avec le travail de thèse du Dr Brise (25).

5.2.1.4.2 En fonction des patients

Cette étude montre que les demandes abusives concernent toutes les tranches d'âge. Certains médecins considèrent néanmoins qu'elles proviennent plus souvent de patients jeunes. Il est peut-être suggéré que la bienveillance naturelle éprouvée à l'égard des personnes âgées peut tendre pour certains médecins, à adopter une attitude plus tolérante vis-à-vis de leurs demandes. Un médecin a rapporté que ces requêtes venaient essentiellement chez les personnes âgées qui avaient acquis cette habitude chez leur ancien médecin.

On pourrait ainsi se demander si le comportement des médecins diffère en fonction de l'âge des patients.

En France, l'accès aux soins est facilité par l'application du tiers-payant. En effet, ce système permet au patient de ne pas avancer tout ou une partie des frais de soins dont il a bénéficié.

Le médecin est ainsi payé directement par les assurances couvrant le malade.

En Métropole, le tiers-payant n'est pas imposé aux médecins, hormis quelques exceptions où il est obligatoire (pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale de l'Etat (AME), dans le cadre d'une affection longue durée (ALD), dans le

cadre d'une maternité (du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement, dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle...) (47). Ainsi, chez certains médecins, le patient règle la consultation dans sa totalité, puis il se fait rembourser par ses assurances, obligatoire et complémentaire.

A l'île de la Réunion, une convention a été signée entre la mutuelle générale de la Réunion et la caisse générale de sécurité sociale locale (CGSS) en 2002, afin d'instaurer le tiers-payant généralisé sur la part AMO (assurance maladie obligatoire) pour tous les assurés et ayant droits et également sur la part AMC (assurance maladie complémentaire), si le médecin et l'organisme d'AMC bénéficient d'un contrat dans ce sens (48).

Les médecins de cette étude estiment que cette dispense d'avance de frais déresponsabilise les patients. Ces derniers n'ont pas conscience de la valeur financière des soins et consultent ainsi pour des motifs qui n'ont pas lieu d'être, du fait de la prise en charge des soins résultante du tiers-payant. Les patients consultent et « consomment » de plus en plus, en matière de soins, en pensant que la santé est un dû « gratuit ». Cela peut générer une confusion chez certains patients sur le coût de ses soins et les dépenses réelles subies par la société.

Cette tendance à l'augmentation du consumérisme médical est retrouvée dans les travaux du Dr Jouve (31) et du Dr Vodounnou (40). Le Dr Françoise rapporte dans son étude que la hausse de la consommation médicale est en lien avec l'application du tiers-payant. Il existe une augmentation du nombre des consultations et cela même pour des motifs futiles, en raison de la dispense de frais induite par le tiers-payant (49). Cela se retrouve aussi dans le travail du Dr Zuliani Cyr (35).

L'absence d'avance de frais permet aux patients de bénéficier un meilleur accès aux soins. De plus, cela permet d'éviter l'abandon aux soins suite à des raisons financières (50). Mais comme l'a souligné certains médecins, il est important de rechercher la véritable

préoccupation du patient qui peut avoir une demande justifiée cachée derrière une demande qui semble abusive. Il faut ainsi prendre la peine de rechercher et explorer les inquiétudes des patients. Les explications fournies au patient permettent ainsi de le rassurer et d'espacer ses visites chez le médecin par une compréhension claire des explications du soignant.

5.2.2 Les facteurs influençant les demandes abusives ou injustifiées

5.2.2.1 Les facteurs intrinsèques au médecin

La personnalité ou le caractère du médecin est le principal facteur mis en évidence. Certains traits de personnalité tendent à ouvrir la porte aux demandes alors que d'autres les freinent aisément. Il faut trouver un juste milieu, tout en conservant une part d'empathie, afin de bien prendre en charge le patient avec ses demandes : en leur consacrant un temps d'écoute, en les questionnant afin d'approfondir la demande et en cherchant avec le patient une solution acceptée par le soignant et le soigné.

Certains traits de personnalité tendent aussi bien à augmenter qu'à diminuer les demandes, comme le fait d'être imposant ou autoritaire. Selon certains médecins, être imposant ou autoritaire lors de l'échange peut réduire les demandes. Néanmoins, un médecin souligne le fait d'être autoritaire et de toujours imposer ses décisions aux patients peut favoriser l'affluence des demandes.

Le fait d'être une femme peut certes être plus difficile mais n'est pas une limite en soi.

Dans notre étude, ces demandes régressent avec l'âge et l'expérience professionnelle du médecin, si celui-ci prend du recul dans ces situations et apprend à s'adapter. Néanmoins, certains médecins changent radicalement d'attitude avec l'âge. Certains tendent à céder plus par lassitude, alors qu'au contraire d'autres s'opposent catégoriquement à ces demandes car ils ne les supportent plus autant qu'avant.

Le Dr Lofti retrouve aussi dans son travail de thèse les facteurs tels que le sexe et l'âge du médecin ayant un impact sur ces demandes (30), qui s'accordent avec notre étude.

L'état émotionnel du médecin, la fatigue, le stress sont aussi des facteurs qui entrent en compte dans son ressenti face à ces demandes. Cela peut l'éloigner du patient et influencer ses décisions. En effet, le poids cumulé des contraintes, la pression éprouvée quant au retard dans le planning, l'accumulation des tensions face aux situations stressantes, le ressenti de la fatigue au cours de la journée, la diminution du seuil de tolérance du médecin peuvent exercer une influence sur l'interprétation de ces requêtes. Une demande peut devenir abusive en fonction de ces différents facteurs qui interagissent sur le médecin. Cependant une demande abusive ne pose un problème que si le médecin donne un pouvoir de prescription au patient. De ce fait, il doit connaître ses limites et les exposer. Ainsi, une demande pourra être faite, sans pour autant influencer le médecin.

C'est une association de plusieurs facteurs qui tend à augmenter ou limiter les demandes abusives ou injustifiées. Le fait de s'habiller comme on veut, d'avoir un côté chaleureux, tout en gardant une distance relationnelle et en étant ferme face aux demandes permet de les restreindre. L'importance des explications reste cruciale afin de permettre au patient de comprendre que sa demande est entendue mais que le médecin ne peut y accéder. Cela permet de conserver un lien relationnel et surtout de garder un respect mutuel vis-à-vis des deux personnes impliquées.

Il faut savoir être proche et surtout être à l'écoute de son patient, sans pour autant y mettre trop d'affects. Il est possible de discuter de quelques banalités, tout en conservant sa vie privée. Le fait d'être proche de son patient, d'être chaleureux et ouvert permet à celui-ci de s'ouvrir quant à ses inquiétudes et ses symptômes physiques et psychologiques (51). Cependant, cette proximité peut laisser une ouverture aux demandes abusives. A l'inverse,

cela peut entraîner une relation de respect mutuel et ainsi endiguer les demandes. Ainsi une juste proximité améliore la confiance et la communication dans cette relation soignant-soigné.

Certains traits de caractère sont-ils cependant une force ou une faiblesse pour le médecin ? Par exemple, le médecin peut être conciliant dans sa prise en charge, en contentant sa patientèle ou il peut céder car ces demandes sont énergivores. En effet, les praticiens affirment qu'il est plus facile de dire « oui » que de dire « non » car ce refus prend du temps et de l'énergie. Certains médecins évoquent même ce « non » comme un combat. Dire « non » peut faire naître des situations conflictuelles et peut créer l'angoisse d'être rejeté, à savoir la peur de la perte de la relation médecin-malade. En effet, l'être humain est soumis à l'instinct grégaire, fruit de l'anthroposophie dont parle Freud, où l'homme évolue, survit en groupe et donc a besoin d'être accepté (52). Ainsi, la peur d'être rejeté persiste à travers le temps et est encore bien présente de nos jours. Cet instinct pousse à être aimé et accepté des autres. Cependant, il faut lutter contre ses penchants grégaires et s'affirmer, afin d'avoir ses valeurs et de les assumer quelle que soit la réaction de l'interlocuteur. Il faut développer une confiance en soi, tout en connaissant nos désirs, nos valeurs, et nos limites et ainsi savoir dire « non » avec aisance. De plus, savoir dire « non » est essentiel face aux demandes abusives, car si elles sont possibles, c'est en partie au fait que le médecin a laissé le pouvoir de décision au patient. En effet, si le soignant est direct dès le début et dit « non » quelle que soit la réaction du patient, la demande se tarira et ne sera plus réitérée à posteriori. Mais le médecin doit savoir dire « non » sans culpabilité et rester ferme dans ses décisions, quand celles-ci sont justifiées ou trouver une solution alternative quand cela est possible. Par ailleurs, ce refus doit s'accompagner d'explications afin que le patient comprenne mieux. Cet échange soignant-patient fait également partie de l'éducation, ce qui tend à montrer l'importance de la communication.

Par ailleurs, certains médecins certifient que le fait de connaître le patient, depuis un certain temps, permet à ce dernier d'être en confiance et de faire ses demandes. A l'inverse, d'autres praticiens soutiennent que certains malades n'osent pas faire ces demandes auprès de leur médecin mais qu'il leur est plus facile de poser ces requêtes auprès de médecins inconnus.

Certains de ses facteurs ont été mis en évidence dans le travail de recherche du Dr Audouin-Dubreuil (7) et d'autres dans l'étude du Dr Zuliani Cyr (35). Cependant, il existe très peu d'études et de littératures quant aux facteurs ayant une influence sur les demandes abusives.

Le médecin doit effectuer un travail d'introspection sur lui-même pour se débarrasser des parasites affectifs et des projections psychiques qui viennent influencer son comportement et l'empêchent de prendre des décisions libres selon ses valeurs. Il est important d'avoir une bonne écoute et une relation basée sur l'empathie avec son patient. Cette relation se fonde sur un travail d'équipe avec le malade, elle n'est pas à sens unique. Le médecin ne doit pas imposer ses décisions mais avoir un vrai dialogue avec le soigné, afin de comprendre ses requêtes, d'expliquer le pourquoi de son refus, tout en rassurant ce dernier et en montrant un réel investissement dans la demande du patient pour trouver une solution adéquate. Certains facteurs propres au médecin peuvent être une force comme une faiblesse face à ces demandes abusives. Il doit trouver son identité professionnelle afin d'apprendre à faire face au mieux à ces situations. Le médecin doit savoir pourquoi il fait ce métier.

Certes c'est une profession avec une expertise qui a nécessité de nombreuses années d'études et il attend donc une rémunération mais cela peut conditionner l'aspect commercial de l'exercice libéral en raison de la perte du patient lié à son insatisfaction.

Il ne faut pas oublier l'aspect déontologique où le patient vient avec une souffrance et le soignant doit tout mettre en œuvre pour le soulager. Si ses symptômes sont réellement justifiés malgré la formulation de la demande, le soignant doit savoir mettre de côté ses affects, sa frustration et ne pas se braquer sur son sentiment négatif de départ. Il ne doit pas laisser son ego interférer et dire « non » par principe afin de montrer qui est le prescripteur. Par ailleurs, il doit accepter le fait qu'il ne peut plaire ou ne pas satisfaire toute sa patientèle, que certains patients seront déçus ou insatisfaits selon la décision prise. Le soignant doit savoir se détacher de l'affect des patients et ce, même quand ce sont des affects positifs, qui peuvent, en cas d'excès, nuire à la relation professionnelle. Mais le soignant doit être clair avec lui-même, savoir dire « non » et à quel moment et surtout garder sa ligne de conduite. Le médecin doit se montrer intransigeant quand la situation l'exige afin de respecter ses propres valeurs. C'est le cumul de plusieurs facteurs qui permet de conserver une bonne relation, sans pour autant entrer dans un conflit. Une demande répond avant tout à un besoin. Il faut savoir s'affranchir de la demande pour pouvoir s'occuper du besoin et ainsi le patient et le médecin oublient le caractère abusif de la demande initiale.

5.2.2.2 Les facteurs extrinsèques au médecin

La quasi-totalité des médecins déclare que mettre des règles dès le début de la relation est une nécessité indiscutable. Il est important de poser un cadre bien établi, d'évoquer ses règles de fonctionnement, d'expliquer aux patients ses limites. Par ailleurs, il est primordial de toujours garder cette ligne de conduite définie et cela de façon équitable pour tous les patients et de ne pas y déroger. Quelques médecins n'hésitent pas à afficher leurs règles sur des panneaux au sein de leurs cabinets. Chaque médecin donne les consignes à sa patientèle selon son mode de fonctionnement, ses convictions et limites, ce qui permet de réduire ces demandes.

Travailler en cabinet de groupe se révèle être plus facile afin d'affronter les demandes abusives. Le fait d'avoir une attitude commune face à ces requêtes, de pouvoir en discuter entre confrères permet de gérer au mieux ces demandes et ainsi de les limiter. Un médecin explique se sentir plus en sécurité depuis qu'elle exerce en cabinet de groupe en comparaison à son activité en cabinet individuel. Elle admet avoir plus cédé face à ces demandes, quand elle exerçait seule. Cette attitude a complètement changé lors de son activité en cabinet de groupe.

De plus, discuter de ces situations difficiles entre collègues permet d'apaiser, de se rassurer ou encore de s'affirmer quant à la prise en charge de ces demandes et cela permet aussi de mieux comprendre la raison de ces demandes.

Dans sa thèse le Dr Lofti décrit l'importance d'être bien entouré et de discuter, ce qui concorde donc avec cette étude (30).

Les médecins exerçant en milieu urbain ou semi-urbain (péri-urbain) ont déclaré être plus souvent confrontés aux demandes abusives que les médecins exerçant en milieu rural. Certains médecins ayant remplacé ou exercé dans ces différents milieux confirment le fait d'avoir vécu plus de situations abusives dans les zones urbaines. Quelques médecins exerçant en milieu urbain ne ressentent pas ou très peu de demandes abusives qu'ils expliquent par le fait de l'éducation et des règles introduites depuis le début de leur relation. Cela concorde le travail du Dr Zuliani Cyr (35). Il n'y a malheureusement que très peu de données retrouvées dans la littérature quant à ce sujet.

5.2.2.3 Les facteurs extérieurs influençant le ressenti du médecin dans les demandes

Un facteur majeur rencontré par les médecins est le facteur temps. L'étude démontre qu'être confronté à ces demandes entraîne un impact sur la durée de la consultation pour la plupart des médecins. Certains médecins mettent directement fin à la discussion, ce qui abrège la consultation. D'autres s'épuisent dans les explications, ce qui leur prend plus de temps et entraîne ainsi un retard sur les consultations suivantes. Malgré l'épuisement du médecin et le stress ressenti en regard du temps, ces derniers doivent rattraper le temps perdu et ne pas laisser ces situations interagir sur les prochains rendez-vous. Ils doivent ainsi trouver des ressources propres afin de finir leur journée qui se rallongent.

Ce facteur temps est aussi retrouvé dans l'étude du Dr Zuliani Cyr (35). Le Dr Vodounnou démontre dans son étude que le temps a un impact sur la relation médecin-patient (40). En effet, les contraintes, les charges administratives, les appels téléphoniques prennent une certaine ampleur dans la journée du médecin. Le temps lui semble limité et devient un facteur qui peut éloigner le médecin de son patient, en raison de la pression ressentie par le soignant.

Par ailleurs, le médecin se trouvant limité par le temps, risque d'être moins à l'écoute du patient et certaines demandes peuvent être interprétées plus rapidement comme étant abusives. Il est essentiel au médecin d'arriver à gérer son temps, de s'organiser et de s'appuyer si besoin sur ses confrères, les soignants paramédicaux ou encore le personnel administratif (53).

La charge de travail, le moment de la journée, les problèmes d'ordre professionnel ou personnel du médecin jouent un rôle dans l'interprétation des demandes et impactent en conséquence leurs prises en charge. La tension peut se faire ressentir plus facilement.

Les médecins doivent garder une attitude calme et posée, sans entrer dans l'affect. Il ne faut pas se laisser envahir par les soucis qui peuvent interférer avec la consultation en cours et voire même les suivantes. Cependant, cela n'est pas souvent facile, d'autant plus que le médecin est avant tout un être humain et non pas « une machine » comme le soulignent plusieurs médecins interrogés.

La façon de formuler la demande par le patient est aussi un facteur influençant le ressenti du médecin sur cette demande. Pour une même requête, le médecin peut la juger comme étant abusive ou non, en fonction de la formulation de celle-ci car il peut avoir la sensation que la demande lui est imposée sans solliciter son avis ou opinion. Certes, le patient est tout à fait en droit de requérir des soins dont il a pu s'informer avant la consultation. Mais cela n'empêche pas que cette requête peut être dite simplement sans vouloir l'imposer au médecin. En effet, si le médecin se doit d'informer, de discuter avec le patient et de respecter le patient (54), cela est aussi valable pour ce dernier.

La façon de formuler ces demandes est aussi retrouvée dans le travail du Dr Vodounnou qui affirme que le soignant peut ressentir un manque de respect de la part du patient (40).

5.2.3 Les conséquences et solutions mises en place afin d'éviter les demandes abusives ou injustifiées

5.2.3.1 Les conséquences sur le médecin

Cette étude démontre que ces demandes ont un impact direct sur la relation médecin-patient. La majorité des médecins se rejoint sur le fait que si le patient persiste dans ses demandes, qu'aucun accord n'est possible et que le conflit perdure, cela peut aller jusqu'à la rupture de la relation médecin-patient. La confiance pourtant essentielle en est altérée. Le médecin réoriente ainsi le patient vers un autre de ses confrères. Certains médecins éprouvent du regret voire de la culpabilité, alors que d'autres ressentent, au contraire, un soulagement au fait de mettre fin à cette relation conflictuelle.

Pourtant, le médecin doit savoir rester neutre et prendre du recul, afin de ne pas laisser ses émotions interagir dans ce conflit relationnel. Cependant dans certains cas, la rupture entre le médecin et son patient est inéluctable.

Parfois le patient décide de partir de son propre chef suite à son insatisfaction (55). Le patient n'appartient pas au médecin, comme l'évoque quelques médecins interrogés. Le patient est donc libre du choix de son médecin, conformément à l'article 6 du Code de Déontologie Médicale (27). Le médecin est lui aussi libre de refuser de poursuivre des soins chez certains patients pour des raisons professionnelles ou personnelles, comme l'atteste l'article 47 du Code de Déontologie Médicale (27). Le soignant doit pouvoir l'accepter sans éprouver de culpabilité. Il doit admettre le fait qu'il ne peut convenir à tout le monde.

Plusieurs travaux de thèses rapportent que le fait de refuser une demande peut entraîner un conflit et ainsi provoquer une rupture de relation (7) (30) (36) (56), soit le patient rompt le lien, soit le médecin met fin au suivi. Cependant si les règles de fonctionnement du médecin ne conviennent pas au patient, un climat de tension peut s'installer, rendant la prise en

charge inconfortable. La rupture de la relation entre le soignant et le soigné est ainsi une solution adaptée. Persister dans un climat conflictuel et sans confiance serait alors un échec.

Ces demandes ont aussi un impact direct sur le médecin. L'étude met en évidence plusieurs affects négatifs qu'éprouvent le médecin face à ces demandes, à savoir l'épuisement, l'exaspération, le mal-être, le stress et même la colère. Ces sentiments sont aussi retrouvés dans les autres travaux de thèse.

Les médecins révèlent que ces demandes abusives sont la partie désagréable du métier. A l'extrême, certains médecins avouent même ne plus avoir envie d'exercer leur métier. Ils ne recommandent plus ce métier à leurs proches ou enfants. Ce sentiment est aussi retrouvé dans le travail de recherche du Dr Galam (57). Dans son étude, la moitié des médecins interrogés ont répondu vouloir modifier profondément leur exercice et 12.3% des médecins était prêts à changer de métier.

Ainsi ces demandes déstabilisent indéniablement le professionnel de santé. Un médecin a expliqué qu'à l'époque, un patient venait avec des symptômes et voulait par la démarche thérapeutique du médecin accéder aux soins appropriés. Comme l'ont souligné les médecins de cette étude, de nos jours, certains patients ne viennent plus avec des maux mais évoquent directement leur maladie et les solutions envisagées. Le déroulement de la consultation en est alors perturbé. Le médecin doit-il s'y résoudre et être relayé au simple rôle de prestataire de service ? Faire face à ces demandes, y répondre de manière négative ou même positive, c'est-à-dire céder, entraînent plusieurs sentiments négatifs chez le soignant. Ces situations nécessitent énormément d'énergie. Ainsi, il peut même y avoir des retentissements au niveau de la vie de famille du médecin. Il ne faut pas se laisser déstabiliser et revenir au contexte, préciser l'histoire de la maladie et les symptômes. Par ailleurs, le fait de souffrir lorsque l'on doit refuser une demande a pour conséquence au long

terme une accumulation de souffrance qui atteint un jour ou l'autre le seuil de tolérance du médecin. Cependant si le soignant analyse ces situations pour pouvoir les gérer au mieux, il n'y aura ainsi plus de souffrance.

Hormis un interviewé, les médecins n'ont pas évoqué le risque de burn-out que peut provoquer la gestion de ces demandes. Néanmoins, le burn-out des médecins généralistes est un réel problème de santé publique (58). Le Dr Jouve (31) et le Dr Zuliani Cyr (35) mettent en évidence dans leurs travaux de thèse que les demandes injustifiées peuvent entraîner l'épuisement professionnel ou le burn-out du médecin. Le burn-out des soignants est lié aussi bien aux charges organisationnelles et administratives qu'aux problèmes relationnels dont l'exigence excessive émise par les patients (59). Par ailleurs, le travail du Dr Galam met en évidence que le burn-out touche davantage les médecins exerçant en secteur 1 et les médecins généralistes. Il révèle que 84.1% des soignants reconnaissent l'exigence des patients comme une cause de l'épuisement professionnel des médecins libéraux (57). Une étude s'intéressant à la prévalence et aux facteurs de risque de burn-out chez les médecins généralistes met en évidence que 40.7% des médecins évoquent l'exigence des patients comme cause de difficultés rencontrées au quotidien contre 24.7% en faveur de l'excès de charge de travail (60).

L'impact de ces demandes sur le soignant n'est donc pas anodin. Il est ainsi essentiel pour le médecin d'analyser ces situations et d'apprendre à les gérer au mieux, afin de préserver sa santé et ainsi de travailler dans de bonnes conditions de travail.

Quelques médecins rappellent la judiciarisation que risque le soignant à la suite de ces demandes non acceptées. En effet, le Dr Carrez a décrit dans son travail de recherche, cette pression ressentie par les médecins face au risque de judiciarisation. Cette pression pouvait

venir des patients ou de leurs familles exigeantes et revendicatrices (61). Ainsi le patient peut prendre ce refus comme un préjudice et n'a pas eu le sentiment qu'on lui proposait la meilleure prise en charge possible. Ce qui démontre l'importance des explications à fournir au patient.

Ces demandes peuvent créer toutefois un impact positif chez le médecin. Il s'agit de la remise en question de sa pratique. Cela lui permet ainsi de faire son autocritique et d'effectuer un travail sur soi. Pour cela, il faut qu'il analyse ces situations en groupe de pairs, groupe Balint ou autre type d'auto-analyse. De plus, un médecin explique que le fait d'avoir des demandes abusives lui permet de recadrer les patients, de les éduquer au mieux afin de tarir ces requêtes.

5.2.3.2 Les solutions ou barrières adaptées afin de réduire les demandes abusives

5.2.3.2.1 Les solutions applicables au médecin

Les médecins doivent établir des règles d'exercice, de fonctionnement, d'organisation et cela dès le début de leur activité. Ces règles sont propres à chaque médecin, en fonction de leur pratique, de leurs convictions et de leurs propres limites. De plus, une écoute attentive leur est essentielle afin de mieux comprendre l'attente des patients. Le soignant doit expliquer, négocier et justifier les demandes acceptables ou non (46), après avoir repris son travail depuis le début, à savoir l'histoire de la maladie, l'examen clinique, le diagnostic et la thérapeutique adéquate. Ainsi, un élément capital est l'écoute, comme le souligne le Dr Phlippoteau dans son étude (62). Cela permet d'éviter bien des situations conflictuelles (63). Notre étude démontre aussi l'importance de la communication dans la relation médecin-patient. Par ailleurs, entretenir une bonne relation avec le patient permet de

développer une confiance et un respect mutuel des deux parties. Comme l'ont souligné certains médecins de cette étude, entretenir une relation de longue durée avec les patients engendre du respect et limite ainsi les demandes abusives. Néanmoins, ce respect doit s'appliquer aussi bien par le patient que par le médecin. Il doit avoir une bonne relation, être ouvert, chaleureux tout en mettant une limite, particulièrement d'ordre professionnel. Cette distance relationnelle a été évoquée par plusieurs médecins de cette étude. Mais il est difficile de trouver des limites précises ou encore de trouver un juste milieu. Cependant, le médecin doit savoir se protéger, ne pas se laisser influencer par ses émotions ni par les réactions négatives ou manipulations manifestées par les patients, comme le confirme le Dr Zuliani Cyr dans son travail de recherche (35).

Il est nécessaire de réfléchir sur les situations passées et de ne pas les occulter ou les fuir. En effet, certains médecins affirment que l'expérience permet au fur et à mesure de s'adapter au mieux face à ces situations, même si chaque consultation est différente et unique. Il acquiert ainsi, non seulement un savoir-faire mais aussi de la confiance en soi.

Par ailleurs, le soignant ne doit pas hésiter à recourir à la législation et au code de déontologie médical, comme le rappelle le Dr Moinard dans son étude liée aux motifs de plaintes encourues par les professionnels de santé (64). Par exemple, il rappelle l'interdiction du praticien de prescrire un arrêt de travail sur simple réclamation du patient, sans motif valable ou sans examen et l'interdiction de l'antidater. En effet, le professionnel de santé ne doit pas oublier qu'il engage sa responsabilité civile, pénale et déontologique dans tous ses actes et décisions (27). Il ne doit pas hésiter à faire part au patient des restrictions auxquelles il est soumis. Il doit informer le soigné et lui faire comprendre les risques qu'ils encourent, comme l'ont suggéré certains médecins interrogés dans cette étude.

Outre l'écoute et la communication, un autre élément primordial dans la relation médecin-patient est la qualité des explications, comme le souligne le Dr Arzur (55). Il précise que cette relation n'est pas altérée par le fait de refuser une demande mais qu'elle est influencée par la qualité des explications du refus de cette requête.

Dire « non » à un patient n'est pas aussi difficile pour tous les médecins. Certains facteurs permettent de rendre la tâche plus simple, comme le fait d'être face à une demande réellement abusive voire illégale, la responsabilité du médecin, en fonction du soignant (personnalité, âge, état émotionnel...), en fonction du contexte (par manque de temps, surcharge de travail...), en raison du coût de la consultation. A l'inverse, beaucoup de praticiens reconnaissent avoir cédés car ils étaient incapables de dire « non » dans certaines situations : en fonction du patient (de sa réaction, de son angoisse, de son physique...), en fonction du médecin (de sa personnalité, état émotionnel...), en fonction du contexte (par manque de temps), en fonction de la relation du médecin et du patient ou encore de la façon de demander. Ils admettent même que dire « oui » est plus facile car cela permet de ne pas perdre un temps qui est déjà restreint. Céder permet aussi de ne pas dépenser leur énergie dans des situations qui risquent de devenir éreintantes.

Cependant, les soignants avouent que savoir dire « non » est indispensable afin d'endiguer ces demandes abusives. Effectivement, si le médecin cède une fois à une demande abusive, le patient risque de réitérer ses demandes et répandre cette réputation qui le pénalisera au long terme. Ainsi, l'éducation de la patientèle est indispensable afin de mettre des limites à ces demandes telles que savoir dire « non », fixer ses règles et s'y tenir, informer le patient des droits et obligations légales... Recadrer le patient fait également partie de l'éducation que le professionnel de santé se doit de mettre en place. Cette éducation reste unique à

chaque médecin mais elle est indispensable au bon déroulement de l'activité professionnelle du médecin.

L'évolution de la médecine au niveau des connaissances médicales et thérapeutiques est indéniable. Cependant, des médecins ont confié n'avoir eu aucune formation quant au fait de gérer ces situations et savoir dire « non ». Dire « non » s'apprend avec l'expérience, selon plusieurs médecins de cette étude. Néanmoins, il est indispensable de former les jeunes médecins à gérer ces situations conflictuelles et stressantes et leur apprendre à refuser ces demandes abusives. Mais comme le précise un médecin, dire « non » ne doit pas devenir une habitude quotidienne du soignant. Il doit être utilisé dans des situations justifiées.

De plus, cette étude révèle que refuser ou céder face à une demande a un impact émotionnel considérable sur le soignant. Certains médecins n'éprouvent pas de difficulté à dire « non ». Ils sont satisfaits, fiers d'avoir gardé leur ligne de conduite et d'être en accord avec eux-mêmes voire du soulagement. Quelques médecins ont précisé que dire « non » permet d'ajouter une touche d'éducation. Cependant pour d'autres médecins, le fait de refuser une demande entraîne un sentiment de culpabilité, de doute ou de remise en question, de mal-être voire de déception. Par ailleurs, le fait de céder face à une demande jugée abusive peut amener à un sentiment d'insatisfaction, de doute ou de remise en question, de culpabilité, de frustration, de colère envers soi, d'échec, de dévalorisation et même de décrédibilisation. Certains médecins ont affirmé qu'ils se sentaient soulagés voire heureux d'avoir cédé, en particulier pour le côté humain, avec la volonté de conserver cette relation médecin-patient et la satisfaction de faire plaisir. D'autres soignants ont cédé car ils étaient en accord avec eux-mêmes ou lorsqu'ils avaient un doute et ont finalement cédé par précaution.

En effet, dire « non » ou « oui » peut entraîner plusieurs réactions contradictoires évoquées par les médecins interrogés. Ces sentiments ressentis par les soignants suite à un refus ou du fait d'avoir cédé, sont aussi retrouvés dans le travail de recherche du Dr Audouin (7) et s'accordent avec notre étude. Certaines de ces répercussions ont été citées et explorées dans le travail des Dr Gerbaud et Dr Julien (36). Ils évoquent que le fait de céder entraînait un sentiment d'échec, de remise en question ou encore un sentiment d'incompétence voire une atteinte de l'estime de soi professionnellement. Mais ce point ne sera pas développé en profondeur, étant à la limite de l'objectif de cette étude.

Plusieurs thèses de médecine ont abordé les difficultés et les répercussions de dire « non » chez les médecins et les internes de médecine générale. Cela prouve la réelle difficulté des médecins face à ces demandes et concorde avec cette étude. Par ailleurs, le Dr Manciet affirme qu'il est essentiel de se former efficacement car refuser une demande peut être bénéfique pour le médecin. Cela permet d'éviter à ce dernier l'épuisement professionnel ou encore le burn-out au long terme (4). Les thèses du Dr Gerbaud et Dr Julien (36) et du Dr Juillard (65) insistent bien sur l'importance d'une formation spécifique afin d'apprendre à dire « non ». Savoir dire « non » sereinement n'est pas aisé pour tous les soignants. Des formations, ou nos propres expériences, peuvent aider à apprendre à refuser une demande. Cependant le point primordial est de remonter au besoin, qui a mené à cette demande et de s'en occuper consciencieusement. Il est important de ne pas oublier que le médecin est avant tout présent, pour soigner le patient. Il doit savoir dire « non » quand cela est réellement justifié et expliquer au patient les raisons de son refus, permettant ainsi d'éviter les conflits. Ces explications sont primordiales et doivent être claires pour le patient, afin de ne pas le heurter car dire « non » peut amener à une rupture de la confiance entre le patient et le médecin ou encore à des abandons thérapeutiques. En effet, il est important d'être à

l'écoute du patient. La consultation ne s'arrête pas au « non ». Le patient peut ressentir diverses émotions à la suite d'un refus. L'étude du Dr Bouzriba démontre que les patients éprouvent de la colère, de la frustration, de la tristesse, de la déception, un manque de considération, un sentiment de perte de temps ou encore un sentiment d'abandon ou de rejet à la suite d'un refus de leur médecin généraliste (66). Certains acceptent ce refus, d'autres tentent de négocier ou encore rompent la relation médecin-patient. De plus, le travail de thèse des Dr Bourcereau et Dr Dépalle décrivent que les patients ressentent un manque d'investissement de la part du médecin (67).

Ainsi la communication, l'échange, les explications sont indéniables dans la relation soignant-soigné. Savoir dire « non » est nécessaire, mais il faut aller au-delà du « non », rechercher la véritable inquiétude du patient, l'expliquer et le réassurer.

De plus, des médecins ont souligné l'importance de parler aux confrères des difficultés rencontrées. En effet, discuter avec ses pairs permet de ne pas rester seul, de se rassurer quant aux décisions prises et surtout d'évacuer ses émotions perçues pendant les consultations conflictuelles. Cela se retrouve dans le travail du Dr Lofti qui rajoute qu'échanger avec ses confrères permet aussi de solliciter un autre avis plus objectif (30). Par ailleurs, l'étude du Dr Vaquin-Villeminéy prouve que l'échange dans des groupes de parole permet de diminuer le risque de burn-out des médecins (68).

Pour évacuer le stress ressenti lors des consultations difficiles, il est utile que les praticiens fassent de courtes pauses entre les consultations qui s'enchaînent. Il est indispensable de prendre du temps pour soi et de décharger ses émotions régulièrement. Quelques médecins ont affirmé que pratiquer du sport, prendre du temps libre afin de ne pas se sacrifier au travail est primordial. Cela contribue au bien-être du soignant et permet aussi d'améliorer les conditions de travail et ainsi d'améliorer la qualité des soins.

Une autre solution face à ces demandes aurait été la prescription d'un placebo. Mais cela n'a pas été évoqué par les participants de cette étude. Les autres thèses abordant ce sujet ne mentionnent pas la prescription d'un placebo. L'étude du Dr Guimet démontre que le recours à un placebo est fait pour avoir un effet placebo, rassurer le patient, prescrire un médicament pour répondre à l'attente du patient ou éviter le conflit avec ce dernier, ou encore proposer un traitement dans un cas où les symptômes présentés par le patient n'évoquent pas de pathologie évidente pour le médecin (69). Ainsi, la prescription d'un placebo peut paraître comme une « parade » face aux demandes abusives des patients.

5.2.3.2.2 Les solutions applicables au cabinet

Un grand nombre de médecins s'accorde sur le fait que la présence d'un secrétariat est essentielle afin de réduire ces demandes abusives. Effectivement, la secrétaire joue un rôle de barrière, elle est l'interface entre le médecin et les patients. Par ailleurs, elle est d'une aide inestimable dans l'organisation des consultations, qui peut avoir un impact sur les demandes, selon certains médecins. En effet, avoir des règles d'organisation bien définies permet de fixer un cadre et permet par exemple de refuser des consultations hors horaires. Certains médecins avouent avoir du mal à refuser les requêtes émises par les patients et ils s'appuient ainsi sur leur secrétaire qui sert d'aide pour expliquer les règles de fonctionnement.

Il serait intéressant de savoir si la présence d'un secrétariat a réduit considérablement le nombre de demandes abusives chez un médecin avant et après sa mise en place. Dans cette étude, un seul médecin a évoqué qu'elle ne constatait pas de différence sur les demandes avant et après la mise en place de son secrétariat.

Une étude évoque l'importance d'un secrétariat dans l'organisation de travail du médecin. Le soignant peut ainsi prendre en charge d'autres patients et se reposer sur sa secrétaire pour les tâches organisationnelles et administratives (70). Mais la littérature ne permet pas de confirmer le rôle du secrétariat face aux demandes abusives. Cependant, la présence d'un secrétariat permet de limiter considérablement le risque de burn-out du médecin, comme le confirme le travail du Dr Vaquin-Villeminey (68).

Le secrétariat est donc une barrière face aux demandes des patients et peut apaiser les tensions de ce dernier dans un premier temps. Par ailleurs, il inculque les règles élaborées par le médecin.

Par ailleurs, recourir à des affiches pouvant être exposées dans la salle d'attente à l'attention des patients, peut être un moyen supplémentaire de réduire ses demandes. En effet, le Conseil de l'Ordre des Médecins a édité une affiche intitulée « pour une relation patient-médecin en toute confiance » qui rappelle quelques règles simples de conduite (71), qui permet d'éviter des conflits et est un argument d'opposabilité face au patient. Par exemple, cela légitimise le besoin d'une consultation pour la délivrance d'un certificat médical, banalisée par certains patients.

6 Conclusion

Il y a de nombreux facteurs aussi bien inhérents qu'extérieurs au médecin qui influencent les demandes abusives ou injustifiées des patients. Le médecin doit prendre des décisions en permanence. Certaines sont correctes, d'autres sont contestables. Entre l'autonomie de prendre des décisions et l'automatisme de certains choix qui limite ainsi sa liberté décisionnaire, le médecin est indécis entre la rigidité et la flexibilité de la décision. Il est essentiel de prendre conscience de ces automatismes, de ces répétitions de choix, de réactions ou même de ces craintes qui dirigent les décisions, afin de pouvoir s'en libérer et de se poser les bonnes questions à chaque décision à prendre. Il est primordial de savoir si ces choix sont en accord avec nos valeurs. Ainsi l'accompagnement du patient, en ayant accepté ou refusé ces demandes, se fera librement et en respect avec les principes du soignant et de sa façon de fonctionner. Pouvoir prendre des décisions en toute liberté sans être influencé par la volonté de satisfaire tout le monde ou la crainte de la perte de relation, permet finalement de ne plus être intolérant à la frustration de l'autre et d'être en harmonie avec soi et serein dans ses décisions. Il faut donc accepter le risque de frustrer la personne en face de soi et de ne pas pouvoir plaire et satisfaire tout le monde.

Il est indispensable d'effectuer un travail sur soi, d'analyser ses actes, de discuter avec des confrères ou groupe Balint afin de comprendre ses doutes, ses désirs inconsciemment refoulés et de les étudier. C'est un travail de connaissance de soi, d'analyse de ses pratiques qui permettra de comprendre nos réactions, de se libérer et de mieux gérer les situations à venir.

Ces demandes abusives ont de lourdes répercussions sur le médecin aussi bien dans sa vie professionnelle que personnelle, avec un désagréable sentiment de faiblesse ou de laxisme et donc une sensation de ne pas être à la hauteur de sa mission. Différentes solutions ou

barrières sont proposées au soignant pour faire face à ces demandes. Elles concernent aussi bien le médecin que la gestion de son cabinet. Le professionnel de santé doit trouver son identité professionnelle, apprendre à dire « non » et à dire « oui », et communiquer avec son patient. L'éducation est un élément indispensable, où le soignant doit expliquer et parfois négocier avec le malade afin que ce dernier comprenne et soit satisfait de la décision finale et cela dès le début de son activité professionnelle. Le médecin doit savoir prendre du temps pour lui et différencier sa profession de sa vie privée.

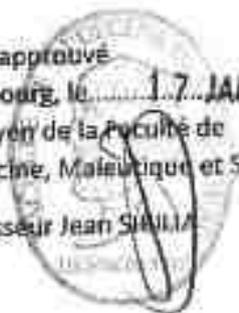
Il faut accepter le fait qu'il y aura toujours des demandes abusives, cependant l'objectif est de les réduire et d'apprendre à y faire face. Grâce à l'expérience et à la confiance acquises au fil du temps, ces situations deviennent moins difficiles et impactent moins le médecin.

Une grande partie du travail est de rechercher et de différencier les vraies demandes justifiées de celles qui ne le sont pas et de lutter objectivement face aux demandes abusives. Par ailleurs, il faut savoir se faire aider sans culpabiliser afin d'éviter l'épuisement professionnel ou le burn-out.

Pour les jeunes médecins qui veulent s'installer, il est primordial de trouver ses propres réponses avant de se poser définitivement : à savoir, établir ses propres règles, limites, mode de fonctionnement et d'organisation... Ces réponses sont uniques à chaque médecin. Néanmoins, l'expérience acquise à travers les formations, les stages, les remplacements aident à se forger une conduite et à acquérir plus de confiance en soi. Ainsi, il en résultera un meilleur échange entre le médecin et son patient lors d'une consultation. Il faut garder à l'esprit que notre objectif est de soigner, les règles de fonctionnement sont des conditions de fonctionnement mais pas un but en soi. Pour cela il faut laisser de côté cette demande que l'on juge abusive pour remonter à sa source, c'est-à-dire au besoin du patient. Il faut donc reprendre la base de notre travail avec un interrogatoire soigneux, un examen clinique

orienté, consciencieux et avoir une ou des propositions thérapeutiques acceptables pour le patient et pour le médecin.

VU et approuvé
Strasbourg, le 17 JAN 2023
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maladies et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIMIAN



VU
Strasbourg, le 22 décembre 2022
Le président du jury de thèse
Professeur Jean-Christophe WEBER

Professeur Jean-Christophe WEBER
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Niveau Médical Civil
Service de Maladies Infectieuses
Tel : 03 88 55 15 02 - Fax : 03 88 55 18 34
Email : Jean-Christophe.Weber@chru-strasbourg.fr
N° RPPS : 10022620473

7 Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien semi-dirigé

1. Caractéristiques de la personne interrogée

- Sexe ?
- Âge ?
- Situation maritale ?
- Enfants ?
- Durée de l'activité professionnelle ?

2. Environnements

- Milieu ?
- Type d'exercice ?
- Secrétariat ?
- Le planning est-il affiché dans le cabinet ?
- Les consultations sont avec ou sans rendez-vous ?
- Quelle est la durée d'une consultation ?
- Faites-vous des visites à domicile ?

3. Que représente une demande abusive ou injustifiée pour vous ? Pouvez-vous citer des exemples ?

4. Dans quel contexte dites-vous « non » ? Quel est votre ressenti à ce moment-là ? Vous justifiez-vous auprès du patient ?

5. Comment réagissez-vous face aux différentes réactions des patients ?

6. Comment réagissez-vous face aux patients insistants ou qui deviennent irrespectueux voire menaçants ? Dans quelle mesure cela peut-il affecter votre décision initiale ?

7. Quel est votre état d'esprit après avoir respecté votre décision initiale ou à l'inverse si vous avez cédé ? Comment vivez-vous ces expériences ?

8. Quelles sont les limites que vous posez dans ces situations ? Pouvez-vous donner quelques exemples ?

9. Quels signaux verbaux et/ou non verbaux, selon vous, influencent le comportement des patients dans ce genre de demandes ?

10. Quelle relation entretenez-vous avec votre patientèle (paternaliste, conflictuelle, négociante, partenariat) ? Jugez-vous que le type de relation entretenu avec le patient influence ces demandes ?

11. Dans votre pratique, quelles barrières ou limites mettez-vous en place avec les patients, afin de limiter ces demandes ?

12. Selon vous, ces demandes injustifiées ou abusives exercent-elles un impact sur vous et sur votre pratique professionnelle ?

13. Comment vivez-vous le fait qu'un patient quitte votre patientèle pour un nouveau médecin traitant ?

14. Avez-vous des conseils ou suggestions à donner aux jeunes médecins qui veulent s'installer ?

Annexe 2 : Extraits d'entretiens semi-dirigés

ENTRETIEN 6

M6 : Une demande abusive pour moi c'est quelque chose qui n'a pas de justification. En fait, pour moi, le patient, il vient avec un problème de santé et il vient requérir un conseil médical à visée d'un professionnel. Et c'est à nous, en fait, de faire une proposition et à lui de l'accepter ou de ne pas l'accepter. Mais quelque part, pour moi, il n'a pas à faire de demande, à part la demande d'être en bonne santé et d'être soigné. Mais demander un arrêt de travail ou demander un médicament ou demander un certificat médical, en soit c'est déjà abusif, puisque c'est au médecin de proposer en fait. Donc après, ben voilà, il y a des fois où effectivement, ce que moi je pense au niveau médical va dans le sens de ce que m'a demandé le patient. Donc là, cela ne pose pas de problème puisque même si c'est une demande du patient, je ne vais pas par principe, pour mon ego, aller à l'encontre. Mais c'est déjà pour moi abusif. Pour moi un patient, il vient avec un problème mais c'est à nous de faire des propositions, comme dit, qu'il l'accepte ou qu'il ne l'accepte pas.

V : C'est le fait de demander ?

M6 : C'est le fait de demander qui est abusif, oui, quelque part. La consultation médicale c'est comme dans la vie en général. Je veux dire si la personne, elle est gentille avec toi, qu'elle te demande gentiment, tu sens qu'elle te pose la question, ben tu as envie de le faire, tu as envie. Alors que quand la personne, elle te dit « au fait, il me faut ! ». Alors moi je ne supporte pas le « il me faut ! ». Je ne peux pas lui dire cette réflexion là, mais c'est celle que je dis à tout le monde autour de moi, quand il dit « il faut » ; je leur dis tous « oui, un jour il faut mourir ! C'est la seule obligation qu'on a dans la vie. Le reste on n'est jamais obligé. » Mais ça, je ne peux pas le dire aux patients, en tant que médecin ça serait mal vu, le « un jour, il faut mourir ». Mais c'est ce que je réponds, je veux dire à mes proches ou à n'importe qui. C'est la seule obligation qu'on a dans la vie, « c'est qu'un jour il faut mourir ». Après le reste tu as toujours le choix. Tu peux toujours faire différemment. Donc quand ils me disent « il faut », ben « non, il faut pas ! ». On peut éventuellement envisager de... Tu vois c'est dans la façon qu'ils ont de demander.

ENTRETIEN 11

M11 : Une demande abusive ? Déjà toute demande..., on vient ici pour, quand on est malade. Et quand on dit « je veux », c'est déjà fini. C'est déjà une demande abusive. Ici on ne veut rien, c'est moi qui décide.

V : Ah, c'est la façon de demander ?

M11 : Voilà. Voilà.

V : Vous avez des exemples ? A part avec « je veux », d'autres exemples ?

M11 : Ben, « je veux du paracétamol », ça c'est banal. « Je veux un arrêt de travail », ça c'est déjà moins..., ça ne passe déjà pas. Ici c'est moi qui le donne et c'est moi qui le propose, voilà. Hein « je veux » ça ne va pas.

ENTRETIEN 24

V : Quels signaux verbaux et/ou non verbaux, selon vous, influencent les patients dans ce genre de comportement ?

M24 : Ben disons, le ton, le ton, je pense qu'il faut adapter un ton qui peut parfois être un peu plus sévère. Si on prend un ton badin comme ça, bon c'est sûr que la personne si elle est un peu opposante ou si elle insiste dans sa demande elle ne comprendra pas, quoi. Après il faut utiliser un ton un peu plus sévère je dirais.

V : Et il y aurait d'autres facteurs qui jouent ? Qu'est-ce qui fait qu'un patient va demander plus à tel médecin et moins à un autre où il n'osera pas ?

M24 : Je pense que c'est aussi, comment dirais-je, le ressenti. Disons chacun d'entre nous, on a un profil, quoi. Je pense qu'il y a des médecins c'est sûr que... Je pense que ça ne touche pas tellement nos patients, mais c'est souvent les gens qui viennent ponctuellement, des gens qui ne sont pas obligatoirement nos patients, quoi. Et c'est sûr que parfois ils disent « tiens celui-là est plus sympa ».

ENTRETIEN 36

M36 : Ben alors en non verbal, il y a déjà le... le côté physique, ça c'est sûr que malheureusement ça joue. Que dans la tête des gens, euh... Moi je vois, je travaille avec un monsieur d'un certain âge, les patients n'ont pas le même comportement avec moi qu'avec lui. Ça, c'est sûr. Après il y a le côté euh, plus jeune, gamine entre guillemets.

V : Moins expérimentée, ils pensent...

M36 : Voilà, c'est : petite jeune à bizuter et du coup il y a déjà ce truc-là, où effectivement, c'est la porte ouverte à toutes les tentatives. Il y a le côté aussi, il y a aussi un truc, maintenant je l'ai un peu moins, mais c'est de... un nouveau, quelqu'un qui est nouveau, on va le tester. On va tenter. On va tenter et on va voir si ça passe. Euh... sur un malentendu, ça peut fonctionner. Donc ça, on va dire que ça va être sur le non verbal. Et puis après, dès qu'ils sentent qu'il y a une faille ou qu'il y a une possibilité, euh, ils essaient. Maintenant j'arrive de plus en plus à leur dire euh... à voir quand ils jouent de la culpabilité ou qu'ils essaient de faire culpabiliser, de leur dire « mais là, je ne peux pas. Ça ne sert à rien d'essayer de me faire culpabiliser » ... Là, les appels dans la journée, « je veux me faire vacciner demain ». « Oui mais il n'y a pas de place. Il y a des créneaux et les places sont prises ». « Oui mais j'ai besoin. Oui mais j'ai ci. Oui mais je prends l'avion. Oui mais... ». Il fallait peut-être s'y prendre avant. Et ce n'est pas à moi de culpabiliser. Pour le coup, c'est vous qui ne vous êtes pas pris assez tôt. Et là-dessus, je ne peux pas faire grand-chose. Mais j'arrive à... ça de plus en plus, j'arrive à leur renvoyer que « non ». Ce n'est pas... Et ça ne sert à rien de jouer sur la culpabilité. Il n'y a pas de place, il n'y a pas de place. Ils veulent tout, tout de suite.

8 Abréviations et Acronymes

ALD : Affection Longue Durée

AMC : Assurance Maladie Complémentaire

AME : Aide Médicale d'Etat

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

AT : Accident de Travail

CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence-Based Medicine

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

9 Bibliographie

1. Thoër C. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? Commun Rev Commun Soc Publique. 1 déc 2013;(10):1-24.
2. Haute Autorité de Santé. Le patient internaute. Revue de la littérature. Paris: HAS; 2007. [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf
3. Esman L, Oustric S, Michot M, Vidal M, Nicodème R, Arlet P. Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale. Rev Prat Médecine Générale. 2006;20(732/733):3.
4. Manciet M. Les difficultés des internes à dire « non » à leurs patients. Etude qualitative auprès des internes de médecine générale de Paris VII. Thèse de médecine. Université de Paris Diderot-Paris VII ; 2016, 207p. [Internet]. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5147_manciet.theseversionfinale.pdf
5. Fédération Hospitalière de France (FHF). Sondage « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés ». [Internet]. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/actualites/articles/sondage-les-medecins-face-aux-pratiques-dactes-injustifies>
6. Etude Odoxa pour la Fédération Hospitalière de France. La pertinence des actes et examens médicaux. [Internet]. Odoxa. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/francais-professionnels-de-sante-demandent-actes-utiles-lutter-contre-actes-medicaux-inutiles/>
7. Audouin-Dubreuil L. Impact des demandes injustifiées des patients sur les médecins généralistes Enquête qualitative réalisée auprès de 12 médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2017, 88p. [Internet]. [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/d6167350-1c59-4c13-8e75-75fdf84ab944>
8. Neyret A. Évolutions de la relation médecin-patient à l'heure de la transition épidémiologique : comment s'y former ? Revue de la littérature. Thèse de Médecine. Université de Bordeaux ; 2018, 68p. [Internet]. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01721998/document>
9. Jean-Christophe Weber. Evolutions de la relation Médecin-malade. Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales, Presses Universitaires de Strasbourg; 2003, p23-38. [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03157172/document>
10. Société Française de Médecine Générale. Patient, Client, Partenaire : trois modes de relation médecin-malade, Fiche 16 [Internet]. [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: http://www.sfmge.org/data/generateur/generateur_fiche/818/fichier_fiche16_patient_client_partenairee73e6.pdf

11. Loriol. Séminaire de sociologie de la santé. Engineering school. Ecole du service de santé des Armées 2007-2008 ; 2006, 63p. [Internet]. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <https://cel.archives-ouvertes.fr/cel-00362588/document>
12. Dixon T. Doctors, Patients and Relationships. 1989;35:6.
13. Sarradon A. La rencontre médecin-patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social. La revue du praticien Médecine Générale. 2002;16(578):938-43.
14. Société Française de Médecine Générale. Sociologie et Anthropologie. Quels apports pour la médecine générale [Internet]. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/48/fichier_dr64_art_vega3f210.pdf
15. Bungener M. La Trame de la Négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, Anselm L Strauss, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. Sci Soc Santé. 1992;10(4):154-7.
16. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». État des lieux. Paris HAS. 2013;76.
17. Gerber M, Kraft E, Bosshard C. Décision partagée – Médecin et patient décident ensemble. Bull Médecins Suisses. 10 déc 2014;95(50).
18. Girer M. Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée. Commentaire. Sci Soc Santé. 2014;32(1):29-37.
19. Légifrance. (2004). Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
20. Haute Autorité de Santé. Le patient internaute. Revue de la littérature. In HAS; 2007.
21. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Ipsos Public Affairs. L'évolution de la relation médecins-patients à l'heure d'Internet. Paris; 2010 [Internet]. [cité 2 juin 2022]. Disponible sur: <http://www.cfef.org/archives/bricabrac/patients.pdf>
22. Gallois P, Vallee JP, Le Noc Y. Médecine générale en crise : faits et questions. Rev Médecine. 2006;2(5):223-8.
23. Perigios E, Audic Y, Sliman G. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. [Internet]. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: https://www.bva-group.com/wp-content/uploads/2017/02/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule_839ec.pdf
24. Médicaments : l'efficacité ressentie et le crédit accordé aux acteurs de santé confortent la confiance des Français [Internet]. Ipsos. [cité 2 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/medicaments-lefficacite-ressentie-et-le-credit-accorde-aux-acteurs-de-sante-confortent-la-confiance>
25. Brise C. Consumérisme médical. La parole est aux médecins généralistes. Thèse de Médecine. Université Claude Bernard Lyon 1; 2017,82p. [Internet]. Disponible sur:

http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/c2d30f8d-4ee0-44a4-bf34-d27e29425b10/blobholder:0/THm_2017_MOUGEOLE_ep_BRISE_Clemence.pdf

26. Ambroise-Thomas P, Hollender L, Couturier D, Cremer G, Godeau P, Michel FB, et al. La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine. Bull Académie Natl Médecine. 1 avr 2011;195(4):1133-42.
27. Le code de déontologie [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
28. Larousse É. Définitions : abus - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/abus/314>
29. Larousse É. Définitions : injustifié - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/injustifi%C3%A9/43170>
30. Lofti M. Un aspect de la relation médecin-malade. Les refus opposés aux demandes des patients : vécu de ces situations par le médecin généraliste installé et par le remplaçant. Etude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels auprès de médecins généralistes installés depuis plus de 10 ans et de médecins généralistes remplaçants en Ile de France. Thèse de médecine. Université Pierre et Marie Curie, Paris 6 ; 2014, 116p. [Internet]. [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/lofti-these.pdf>
31. Jouve A. Les demandes des patients ressenties comme abusives par les médecins : expériences des médecins généralistes et stratégies de gestion. Étude qualitative par entretiens auprès de dix médecins généralistes de la Drôme. Thèse de médecine. Université de Claude Bernard Lyon 1 ; 2017, 112p. [Internet]. [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/51307f03-b71b-4a81-810b-e7792d91a439/blobholder:0/THm_2017_JOUVE_Aurore.pdf.
32. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer la revue française de médecine générale. 19(84):142-5.
33. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ. 1 juill 1995;311(6996):42-5.
34. Dufour Pueyo S, Mauviard É. Ressenti des médecins généralistes face à la pression de prescription. Définition d'une demande abusive. Poster Rencontre Prescrire ; 2017.
35. Zuliani Cyr J. Les procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face aux demandes injustifiées de leurs patients, étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes. Thèse Médecine. Université de Bordeaux; 2019, 111p. [Internet]. [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02492993/document>
36. Gerbaud E, Julien AC. Déterminants de consultation amenant le Médecin Généraliste à céder à des demandes de prescriptions injustifiées et Stratégies de refus. Thèse de

- médecine. Université d'Angers ; 2016, 83p. [Internet]. [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20074177/2016MCEM5932/fichier/5932F.pdf>
37. Levasseur G, Schweyer FX. Les demandes des patients jugées « non fondées » par les médecins. *Rev Prat Médecine Générale*. 2003;17(603):246-50.
 38. Batifoulier P, Domin JP, Gadreau M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Rev Fr Socio-Économie*. 2008;1(1):27-46.
 39. Laude A. Les médecins et les malades face au droit. *Rev Fr Adm Publique*. 2005;113(1):113-20.
 40. Vodounnou MS. Les affects des médecins généralistes : leurs approches et leurs solutions pour ne pas déborder le cadre de la relation médecin-patient. Etude qualitative exploratoire auprès de 24 médecins généralistes du grand Sud-Ouest. Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2015, 139p. [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01237866/document>
 41. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez JP, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. *Therapies*. nov 2003;58(6):513-7.
 42. De Saint-Hardouin G, Goldgewicht M, Kemeny G, Rufat P, Perronne C. Evaluation de la pression des parents sur les médecins pour la prescription des antibiotiques dans les infections ORL de l'enfant en ville. *Médecine Mal Infect*. 1 avr 1997;27(4):372-8.
 43. Britten N, Jenkins L, Barber N, Bradley C, Stevenson F. Developing a measure for the appropriateness of prescribing in general practice. *Qual Saf Health Care*. 1 août 2003;12(4):246-50.
 44. Bousquet MA. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. FICHE N°21. Thèse de médecine. Université de Paris Pierre et Marie Curie ; 2013, 199p. [Internet]. [cité 8 août 2022]. Disponible sur: https://www.sftg.eu/media/these_mariealice_bousquet__2013__043786800_1645_28122017.pdf
 45. Junod N, Sommer J. Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation. Hôpitaux Universitaires de Genève. [Internet]. [cité 8 août 2022]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/hde/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie-communication-_2013.pdf
 46. Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). La communication dans la médecine au quotidien. Un guide pratique. 15 déc 2019 [cité 8 août 2022]; Disponible sur: <https://zenodo.org/record/3576263>
 47. L'Assurance Maladie. Le tiers payant. [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haut-rhin/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/tiers-payant>
 48. Marie E, Roger J. Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville. Inspection générale des affaires sociales. juill 2013;133.

49. Françoise S. Représentations du tiers payant généralisé par les médecins généralistes libéraux de La Réunion en 2020. Thèse de Médecine. Université de la Réunion ; 2021, 69p. [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03238332/document>
50. Jess N. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. *Dir Rech Études L'évaluation Stat Éditeur Etudes Résultats*. 2015;(944).
51. Stewart M. Reflections on the doctor–patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract*. 1 oct 2005;55(519):793-801.
52. Freud S. *Psychologie collective et analyse du moi*. Traduction de l'allemand par le Dr. S. Jankélévitch en 1921, revue par l'auteur. Paris : Éditions Payot ; 1968, 280 pages.
53. Mantz JM, Wattel F, Barois A, Banzet P, Dubousset J, Glorion B, et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 déc 2006;190(9):1999-2011.
54. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bull Académie Natl Médecine*. oct 2021;205(8):857-66.
55. Arzur J. Le refus de prescription : impact sur la relation médecin-patient. Université de Caen ; 2011, 145p.
56. Sarrazin-Martin C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale. Enquête auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine. Université de Poitiers, 2012 ; 148p.
57. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Commission Prévention et Santé Publique de l'URML d'Ile de France. Juin 2007.
58. Dagrada H, Verbanck P, Kornreich C. Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques. *Rev Med Brux*. sept 2011;32(4):407-12.
59. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*. déc 2004;33(22):1569-74.
60. Bontoux E. Prévalence et facteurs de risque du burn-out chez les médecins généralistes du Gers. Thèse de médecine. Université Toulouse III ; 2016, 45p.
61. Carrez C. Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive. Etude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du Nord-Pas-de-Calais. Université de Lille 2 ; 2016, 114p. [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M452.pdf#_Toc466638274
62. Phlippoteau C. Les « interactions symboliques » dans la relation entre le médecin généraliste et ses patients. Etude qualitative de dyades médecins-patients. Thèse de Médecine. Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2015, 326p.

63. Curchod C. Relations soignants-soignés. Prévenir et dépasser les conflits. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson ; 2009, 224p.
64. Moinard J. Plaintes ordinales concernant les médecins généralistes en Loire-Atlantique : Analyse des motifs. Thèse de Médecine. Université d'Angers ; 2014, 113p. [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20087833/2014MCEM5125/fichier/5125F.pdf>
65. 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 Descartes ; 2015, 158p. [Internet]. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: https://www.sftg.eu/media/2015_these_juillard_marie_dumas__033214300_2354_06042018.pdf
66. Bouzriba R. Vécu et représentations des patients à qui leur médecin généraliste traitant dit non. Thèse de médecine. Université Paris Descartes ; 2018, 184p. [Internet]. [cité 28 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02123912/document>
67. Bourcereau G et Dépalle C. Peut-on prévenir le conflit en médecine générale ? Etude qualitative sur le ressenti des patients en situation de désaccord. Thèse de médecine. Université de Grenoble ; 2017, 134p. [Internet]. [cité 30 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01475219/document>
68. Vaquin-Villeminy C. Prévalence du burn out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Thèse de Médecine. Université de René Descartes, Paris V ; 2007, 59p. [Internet]. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://www.sentiweb.fr/document/734>
69. Guimet P. L'usage de placebos en médecine générale. Enquête auprès de médecins généralistes français. Mémoire de recherche de médecine générale. Université Claude Bernard Lyon 1; 2011, 42p.
70. Langlais F. Secrétariat médical au CHU de Nantes : enjeux et perspectives d'une réorganisation. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique ; 2008. [Internet]. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2007/edh/langlais.pdf>
71. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Pour une relation patient-médecin de confiance. Affiche de salle d'attente. [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom-affiche_confiance.pdf

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : FIROGUER Prénom : VICTORIA

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents (tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

« J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète »

Signature originale :

A Riedisheim, le 19/12/2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

L'information aux soins étant plus facile, les patients se forment leur opinion et consultent le médecin généraliste avec des demandes spécifiques. La relation médecin-patient évolue, de même que le comportement des patients qui deviennent acteurs de leur santé. Les réponses des médecins face à leurs demandes exigeantes ne sont pas évidentes et peuvent même entraîner de lourdes conséquences quant à leur relation.

L'objectif principal est de définir les facteurs intrinsèques et extrinsèques au médecin généraliste qui influencent les comportements d'abus des patients. Les facteurs intrinsèques sont définis comme les caractéristiques propres au médecin et les facteurs extrinsèques reposent sur les critères extérieurs ou environnants au médecin.

Il s'agit d'une étude qualitative qui s'est faite grâce à des entretiens semi-dirigés, auprès de 46 médecins généralistes recrutés dans le département du Haut-Rhin et à l'île de la Réunion. Ces entretiens semi-dirigés, supports de la discussion, se forment de questions ouvertes.

La notion de demande abusive ou injustifiée semble être subjective et varie selon les différents médecins interrogés. Ces demandes sont de plus en plus fréquentes. Elles sont souvent ressenties comme une exigence autoritaire émanant du patient. Elles peuvent toucher divers thèmes : les arrêts de travail, les prescriptions, les demandes de visites à domicile... Cependant elles peuvent parfois cacher des demandes justifiées. Par ailleurs, les demandes abusives peuvent être plus fréquentes selon certaines tranches d'âge, ou encore des patients bénéficiant du tiers-payants, des patients n'ayant pas de suivi, des patients addicts... De nombreux facteurs peuvent influencer les demandes abusives. Certains sont inhérents au médecin : sa personnalité, son apparence physique, son âge, son origine... D'autres sont extérieurs ou environnants le soignant : l'organisation du cabinet, le lieu d'exercice, le facteur temps... Ces demandes abusives ont de lourdes conséquences aussi bien sur la vie professionnelle que personnelle des médecins. Ces derniers énoncent des solutions pour limiter ces demandes, telles que l'éducation de la patientèle, l'importance de l'écoute, apprendre à dire « non », séparer vie professionnelle et vie personnelle, organiser le cabinet...

Les demandes abusives ou injustifiées sont fréquentes en médecine générale. Les médecins doivent apprendre à y faire face. Il est primordial d'effectuer un travail sur soi, d'analyser ses actes mais aussi de discuter avec ses confrères afin de se faire aider. Le but est de limiter ces demandes. L'enjeu majeur est d'identifier une demande justifiée pouvant se cacher derrière une demande jugée abusive.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Relation médecin-patient, Demande abusive, Demande injustifiée, Communication, Education

Président : Pr Jean-Christophe WEBER, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Asseseurs : Dr Anabel SANSELME, Directrice de thèse, Maître de Conférence Associé de l'Université de Médecine Générale

Pr Jean-Luc GRIES, Professeur Associé de l'Université de Médecine Générale

Pr HIRSCH, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Pr VIDAILHET, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Adresse de l'auteur : firoaguer.victoria974@gmail.com