

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

Présentation par les docteurs JULIEN Anne-Charlotte et GERBAUD Elsa

1 Introduction

Le modèle de relation médecin-patient a évolué de la posture paternaliste à l'approche centrée sur le patient. Dans le cadre de la médecine fondée sur les données probantes, les recommandations sont interprétées par le médecin et ajustées à chaque patient. Il persiste néanmoins des situations où le médecin peut être amené contre son gré à modifier sa pratique sous l'influence du patient.

Cette étude avait deux objectifs :

- Lister les déterminants de consultation amenant le médecin généraliste à céder à des demandes de prescriptions injustifiées
- Lister les stratégies de refus

2 Méthode

C'était une étude qualitative.

Le recrutement suivait la méthode « boule de neige ». L'échantillonnage était en recherche de variation maximale. Les entretiens étaient individuels et semi-dirigés avec un guide d'entretien évolutif. L'analyse était inductive, s'inspirant de la théorisation ancrée, avec triangulation interne et jusqu'à saturation des données.

La population étudiée était les médecins généralistes installés dans le Maine et Loire et la Sarthe.

3 Résultats

19 entretiens ont été réalisés.

Le résultat principal était qu'avec de l'écoute, du temps et de la compréhension une justification était habituellement trouvée, soit du côté du patient, soit du côté du médecin. Si aucune justification ne restait alors la demande était refusée sans difficulté.

Les déterminants mis en évidence étaient :

- L'existence d'une justification du patient
 - sur le plan bio-médical
 - par exemple la douleur
 - sur le plan psycho-social
 - par exemple le vécu des symptômes et les représentations
 - sur le plan humain
 - pour des situations exceptionnelles
- L'intérêt du médecin pour la relation médecin-patient
 - par exemple pour permettre une négociation ou une réassurance
- Parfois également par précaution médico-légale.

Les stratégies de refus pouvaient se résumer à un processus en 4 étapes :

1 Convaincre - Rassurer	Expliquer - Argumenter
2 Négocier	Collaborer - Temporiser
3 Réorienter	La demande ou le patient
4 Maintenir le refus	Recadrer – Décourager - Mentir

4 Discussion

Les limites de cette étude étaient celles attendues dans la cadre d'une étude qualitative réalisée pour une thèse d'exercice : l'inexpérience, la sélection et la désirabilité.

Les résultats inattendus selon les auteurs étaient l'absence d'évocation des groupes de type Balint, l'absence d'évocation du patientélisme et la relative facilitée des informateurs à récuser des demandes injustifiées.

5 Débat

Un intervenant est revenu sur le sujet patientélisme en confirmant que céder à une demande injustifiée peut être une démarche commerciale, un moyen de « faire plaisir. » Un autre intervenant a rétorqué qu'on pouvait également vouloir faire plaisir dans une démarche humaine, sans intérêt financier, « se faire plaisir à faire plaisir. »

Ensuite le débat s'est centré autour du « non. » Il a été évoqué que le Non peut être un moyen pour « profiler » sa patientèle et ne plus être confronté à ce type de demande dans le futur. Que le « non » fixe un cadre, qu'il peut être positif en donnant une crédibilité au médecin. Un congressiste a remarqué que nous étions insuffisamment formé à dire « non » et de manière générale à l'entretien motivationnel. Un autre congressiste est donc revenu sur l'absence d'évocation des groupes de type Balint, pouvant être un espace de réflexivité et de formation à ce sujet.

Enfin un échange a mis en évidence que dire « non » est traditionnellement associé à une perte de temps, qu'en fonction du retard le médecin peut être plus enclin à céder. Mais une dernière intervention est venue pondérée cette idée en avançant qu'après un travail émotionnel et réflexif, dire « non » ne prends pas plus temps.

6 Conclusion personnelle

La médecine générale se développe. Avec l'avancée de la médecine fondées sur les données probantes est apparu le besoin de nouvelles connaissances. En effet, si le pôle « bio-médical » est riche de nombreuses études scientifiques, les pôles « expérience du médecin » et « préférences du patient » sont encore des domaines peu explorés. C'est pour répondre à ce besoin que les médecins-chercheurs s'approprient les méthodes d'études qualitatives. Cette communication est un bon exemple de ce que peut nous apporter la recherche qualitative.

Au delà des résultats « bruts » de cette étude on s'aperçoit que c'est la discipline qui s'engage dans une démarche de réflexivité.

Pour ma pratique je retiendrai de cette étude deux idées fortes. La première c'est qu'il faut s'intéresser à l'agenda du patient. En effet avant de déclarer injustifiée une demande je devrais rechercher quels peuvent-être les motifs psycho-socio-humains ou relationnels. La seconde est qu'il faut également se former à dire « non », car cela peut être une attitude positive pour le patient comme pour le médecin.