	<p style="text-align: center;">CPTS DU PAYS D'AURAY</p> <p style="text-align: center;"><b>GROUPE QUALITÉ INTERPROFESSIONNEL</b></p>
<b>Thématique :</b>	<b>Quand et comment savoir dire non au patient ?</b>
Rédacteurs :	Tristan Maréchal
<b>Objet du document</b>	Documents préparatoire au GQI du 18 novembre 2025
<b>Sources</b>	Divers site Internet, ministère de la Santé, HAS, Asso patients... Synthèse assistée avec ChatGPT <a href="#">Accès direct à la synthèse</a>
<b>Méthode</b>	Recherche documentaire – ces documents sont mis à votre disposition afin d'améliorer vos connaissances et alimenter les réflexions et le débat lors du GQI.

## À propos...

Afin de préparer nos réflexions, nous vous proposons quelques textes de références et des documents de synthèse par thème réalisées sur la base de nos travaux.

Vous trouvez également joint à ce dossier une fiche de cas clinique qui servira de matériaux pour alimenter nos débats.

## Plan de séance et méthode de travail

1. Accueil et ouverture de la réunion
  - Mot de bienvenue
  - Tour de table
  - Nommer un rapporteur
  - Rappel de ce que sont les notions de Qualité et d'Efficiencia en matière de santé
  - Présentation ou Rappel de la charte ou convention de travail
2. Retour sur le précédent GQI
  - Le compte rendu et la synthèse conviennent-il ?
  - Des questions en suspens ont-elles trouvé réponse ?
3. Présentation du thème du jour
4. Lecture des cas clinique
  - Premier cas : lecture sans interruption
  - Lors de la discussion (gestion par l'animateur)
    1. Éviter les jugements qu'ils soient négatifs ou positifs
    2. Relancer avec des questions ouvertes
5. Clôture de la séance
  - Synthèse des échanges
  - Réflexion sur les manières d'améliorer les choses
  - Dernières questions...
  - On récupère tous les documents et cas clinique
  - Validation de la date et du thème du prochain GQI
  - On clôture...

Remarque : suivant les séances, on pourra assumer la lecture de tout ou partie des « cas cliniques », mais tous seront ajouté au compte rendu et à la synthèse

... et on ouvre sur une discussion libre accompagnée du rangement de la salle...

# Quand & comment savoir dire non au patient ?

## Relation soignants – soignés, Opus 2.

### Contexte

En novembre 2023, lors de notre premier Groupe qualité interpro nous avons abordé la relation soignants – soignés. Au cours de cette séance, Yves Chevalier nous a exposé quelques tenants et aboutissants de cette relation au cours d'un propos de cadrage et de rappel des lois.

Il avait été question « d'alliance thérapeutique » portée par le vecteur de la communication qui s'établit entre le soignant et le soigné.

Les notions d'écoute, d'observation et d'accompagnement avait été développées.

La question de la position et de la posture du soignant avait aussi été explicitée avec les notions de relation symétrique ou asymétrique.

Nous avons également évoqué le cas « où cela se passe mal... » et discuté sur la base de nos « cas cliniques » de la conduite à tenir.

Tout ce travail sera bientôt à retrouver dans les publication de la CPTS du Pays d'Auray.

Pour cette 6<sup>ème</sup> séance de nos Groupe qualité interpro, nous nous proposons d'aller plus loin dans cette thématique en envisageant le **moment** et le **comment** du savoir dire **non** au patient. Et pour être plus complet il conviendra aussi sans doute de se poser la question du **pourquoi...**

### Opus 2, pour aller un peu plus loin

Comme nous l'avons dit, la relation soignant – soigné repose normalement sur l'écoute, la bienveillance, une once d'empathie<sup>1</sup>, le tout bien entendu dans le respect d'un cadre strictement professionnel.

Ce cadre est lui-même géré par la loi et bien entendu l'éthique<sup>2</sup>.

Cette thématique va donc venir interroger toutes les notions liées à ce/ces cadres, évidemment la communication, mais aussi la gestion du temps, notre responsabilité de praticien et de thérapeute et bien entendu notre « capacité à » avec en ligne de mire la réflexion relative à l'épuisement professionnel.

### Pourquoi cette question est-elle essentielle ?

Dans le secteur ambulatoire, les professionnels de santé libéraux sont le plus souvent conduits à tout assumer. Il n'est pas rare qu'en plus d'assurer la prise en charge du patient d'un point de vue technique, ils doivent assumer :

- La prise de rendez-vous
- L'accueil du patient
- La prise en charge thérapeutique
- La facturation
- L'entretien des locaux
- ...

Cet ensemble de tâches à assumer concoure à créer une pression qui va aller grandissante dans un contexte de demandes et d'exigences croissantes des usagers, dans un contexte de raréfaction de l'offre de soins. Le tout dans un contexte général tendu laissant peu de place à l'apaisement.

---

<sup>1</sup> Il faut préciser que la notion d'empathie ne dépeint pas de fait une relation qui laisserait libre court la notion d'affect.

<sup>2</sup> Ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un.

On peut citer sans exhaustivité :

- Des demandes de rendez-vous dans l'urgence sans réel motif
- Des demandes de rendez-vous avec des modalités de type harcèlement
- Des demandes spécifiques, récurrentes, répétitives : prescriptions, certificats divers, arrêts de travail, examens complémentaires... pas toujours justifiés
- Des demandes de rendez-vous ou sollicitations en dehors des horaires habituels
- Du déport émotionnel des patients vers le thérapeute ; qu'il soit lié à un contexte social, à une pathologie ou simplement un « coup de blues »...

L'accumulation de ces différents éléments doit conduire à la question du moment où il convient de freiner un emballement délétère pour le patient et pour le soignant.

Pour stabiliser cette proposition, on pourra convoquer les notions de :

- Qualité des soins
- Sécurité du patient
- Santé mentale du professionnel

... en rappelant qu'il n'y a pas d'offre de soins quand il n'y a plus de soignant.

## Pourquoi dire non ?

Comme nous l'avons évoqué, les raisons sont multiples et peuvent être argumentées suivant plusieurs axes :

### 1. Médical :

- Les médicaments ont à priori tous un usage dédié, en réponse à un diagnostic,
- La sur-médication peut conduire à des problèmes d'intolérance, d'allergies, ou à la mise en cause de la santé,
- La multiplication des médicaments peut entraîner des problèmes de iatrogénie,
- Les examens complémentaires (imagerie, laboratoire) redondants ne sont pas utiles,
- Ces examens n'apportent souvent rien de plus par rapport à un examen médical ou paramédical bien mené,
- Dans le cas des soins paramédicaux, comme pour les médicaments, la bonne posologie est à la discrétion du professionnel, même s'il a intérêt à coconstruire son traitement avec le patient. Multiplier les séances, les actes ne sert pas toujours le projet thérapeutique et le patient.

### 2. Éthique

Se conformer aux recommandations professionnelles, aux règles déontologiques, aux lois.

Notions...

- **Agir dans l'intérêt du patient**

En ne confondant pas : répondre favorablement aux demandes des patients et faire ce qui est utile pour améliorer la situation médicale. Il s'agit de valoriser le bénéfice réel par rapport à la satisfaction immédiate.

→ Refuser ce qui ne sert pas à la santé du patient.

- **Ne pas nuire au patient**

Dans ce contexte, dire **non** au patient peut être une obligation morale en plus d'être une obligation professionnelle, si la demande expose le patient. Refuser, c'est aussi protéger.

→ Éviter les soins inutiles.

- **Respect du patient et de son autonomie**

Il s'agit ici de respecter la co-construction avec le patient acteur de sa santé, mais en expliquant de manière la plus complète possible, afin que sa décision soit la plus éclairée possible.

Il convient aussi de souligner que si la co construction est importante, cela ne nie pas le rôle du professionnel qui informe, explique, accompagne. Si le patient peut exercer son autonomie, cela n'implique pas que le professionnel doive renoncer à la sienne ; sur la base d'explications claires et loyales.

L'idée est d'obtenir une adhésion et un consentement à la décision qui devient partagée ; ici, celle de dire **non**.

→ Expliquer afin de permettre la co décision

- **Loyauté envers son patient**

Au-delà de la notion de ne pas nuire au patient, savoir dire **non**, c'est garder sa place dans la relation, sans la surjouer. C'est ainsi maintenir la confiance du patient envers un soignant qui reste dans le cadre et respecte les principes professionnels. Cela permet aussi sur le long terme de préserver la relation thérapeutique.

Mais les choses doivent être dites avec clarté et empathie.

Il convient aussi de rester constant dans le temps, ce qui impose de ne pas succomber au « oui » de complaisance, ou pour avoir la paix...

→ Dire **non** avec respect et constance dans le cadre d'une vision à long terme de la santé du patient.

- **Principe de justice**

Savoir dire **non**, c'est aussi arbitrer dans la capacité d'offre de soins. Il s'agit de participer collectivement au bon usage d'une ressource qui peut devenir rare, tant en moyens humains qu'en moyens financiers. Dès lors, il revient à tout le monde, soignants et usagers de respecter la notion de « meilleur soin, au meilleur moment, au meilleur endroit ».

→ On peut aussi parler de responsabilité collective.

### 3. Justice

Pour maintenir l'accès aux soins dans un contexte parfois tendu.

### 4. Économique

Idem ... voir plus haut.

## Comment dire non ?

### Modalités...

On se positionne ici dans le cadre de la relation patient – thérapeute, soignant – soigné et dans la gestion de ses modalités dans un contexte potentiellement conflictuel.

La manière de dire les choses est ici capitale afin que soient garanties ou maintenues :

- L'autonomie du patient,
- Ses droits fondamentaux,
- La relation thérapeutique sur le long terme qui porte la notion de bonne santé au-delà du « simple soin » dans l'instant.

Les modalités et valeur à mettre en avant sont :

- L'empathie
- La juste et bonne explication
- La proposition qui va ouvrir sur des alternatives

... notion de **non bienveillant**.

## Et si ça tourne mal ?...

On peut passer à la communication non violente<sup>3</sup> qui doit permettre de dire **non** sans rompre la relation. Il s'agit de garder sa position de refus de la demande tout en gérant le patient et ses émotions.

### La communication non violente

La **communication non violente**(CNV) est une méthode de communication formalisée par [Marshall B. Rosenberg](#). Selon son auteur, ce sont « le langage et les interactions qui renforcent notre aptitude à donner avec bienveillance et à inspirer aux autres le désir d'en faire autant »<sup>[1]</sup>. L'[empathie](#) est au cœur de la CNV, entamée dans les [années 1970](#), ce qui constitue un point commun avec l'[approche centrée sur la personne](#) du psychologue [Carl Rogers](#) dont Marshall Rosenberg fut un des élèves. L'expression « non violente » est une référence au mouvement de [Gandhi](#)<sup>[2]</sup> et signifie ici le fait de communiquer avec l'autre sans lui nuire (voir [ahimsa](#)). (Wikipédia)

Elle doit permettre :

- De préserver la qualité de la relation,
- D'exprimer un refus (ici de poser le **non**), sans agressivité, mais aussi sans justification excessive qui serait de nature au final à remettre en question « l'autorité » du soignant,
- De laisser s'exprimer les émotions du patient sans qu'elles ne sortent du cadre de la relation professionnelle.

La communication non violente ou « nonviolente » repose sur 4 étapes qui ne se succèdent pas forcément toujours dans cet ordre :

1. L'Observation
  - Description des faits, sans affect
  - Notion de partage du constat
2. L'expression d'un sentiment
  - Il s'agit par exemple d'écouter et d'accueillir ce que le patient veut dire
  - L'idée est de créer un climat de confiance
  - Laisser s'exprimer les sentiments ressentis face à la situation
3. L'identification d'un besoin
  - Reconnaître la demande qui pour le patient est légitime
  - Clarifier le vrai besoin pour légitimer la réponse
4. L'expression d'une demande
  - Ici la « demande » est le non qui va être posé à l'expression de besoin du patient
  - Faire comprendre au patient que l'on dit **oui** à sa personne, mais **non** à ce qui n'est qu'une expression de besoin de sa part, laquelle n'est pas un besoin pour sa santé.

→ Expression légitime du patient, mais d'un besoin illégitime.

L'auteur de la CNV évoque une conclusion qui doit proposer quelque chose de précis, concret, réalisable et formulé de manière positive.

La CNV repose également sur la notion de choses négociables, ce qui n'est pas forcément valable dans notre contexte. Il s'agit donc plus d'un outil qui doit nous aider dans qu'il ne devienne le pilier de notre manière de faire avec nos patients.

L'ensemble des leviers mis en œuvre pour pouvoir poser ce **non** doit reposer sur les principes évoqués plus haut. Il s'agit de maintenir la **justesse du soin** sans mettre en œuvre de **violence** (symbolique ou réelle ; verbale ou physique).

---

<sup>3</sup> Développées par Marshall Rosenberg

## Enjeux pour le professionnel

La posture adoptée va permettre de :

- Préserver la sérénité dans la relation de soin
- Diminuer le stress lié au refus ; éviter toute montée de culpabilité
- Renforcer la posture assertive<sup>4</sup> dans le cadre, mais en restant souple dans la relation
- Stabiliser une relation thérapeutique durable basée sur l'écoute et le respect bilatéral

Tout ceci va également concourir à :

- Prévenir, éviter l'épuisement professionnel
- Renforcer la posture du professionnel
- Garantir la qualité des soins
- Rappeler aussi de temps à autre le cadre déontologique qui définit ce qui peut et ce qui doit être fait

---

<sup>4</sup> L'assertivité, c'est la capacité qu'a une personne à se positionner avec affirmation face à un ou des interlocuteurs, tout en étant dans le respect de ce que les autres pensent ou disent. Il s'agit de créer les conditions d'un véritable échange, franc, sans détour et dans l'accueil d'une confrontation éventuelle.

## La notion de refus de soins

Au décours de la potentielle confrontation, l'accusation de refus de soins sera probablement évoquée avec toute la pression imaginable pour les professionnels de santé au regard des risques encourus, supposés ou réels.

Concernant les médecins, et l'on pourra en tirer conséquence pour l'ensemble des professionnels de santé, le Code de la santé publique (article 47 du code de déontologie médicale) prévoit que « hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles ».

Il ne saurait être question de s'appuyer sur une raison de l'ordre discriminatoire...

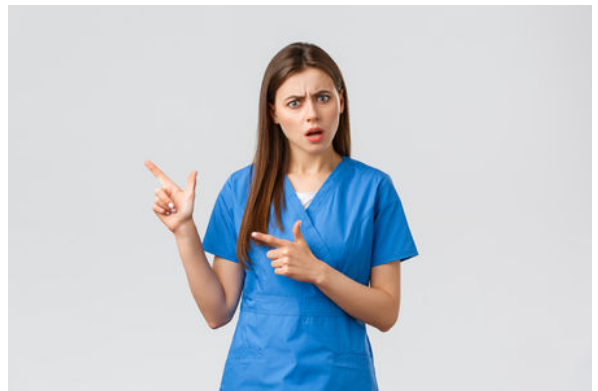
Dans tous les cas, le dialogue, l'explication et la proposition d'alternative doivent présider à la mise en place du **non**.

À défaut d'alternative, il conviendra de prévoir la prise en charge par un autre thérapeute dans le cadre de la continuité des soins.

Santémentale.fr – n° 283 – décembre 2023

### Un soignant a-t-il le droit de refuser de prendre en charge un patient ?

**Seuls ou en équipe, les soignants expriment parfois des réserves pour accueillir un patient réputé trop agressif ou violent. Ont-ils la possibilité d'invoquer le droit de retrait ou le refus de soin ?**



Face à un patient « difficile », connu pour ses antécédents violents, des soignants s'interrogent sur la possibilité d'exercer leur droit de retrait. Plus généralement, que dit le droit sur ce refus de prendre en charge un patient ?

#### **LE DROIT DE RETRAIT : DE QUOI PARLE-T-ON ?**

Si ce droit de retrait est parfois un peu rapidement brandi pour justifier le refus d'accomplir un acte, une mission, son exercice pratique répond à un cadre juridique précis (1). Le droit de retrait est un principe introduit dans le Code du travail depuis 1982. Un salarié peut ainsi se retirer d'une situation « dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé » après avoir alerté son employeur (2). Une menace pour la santé ou la sécurité du professionnel doit exister. La difficulté résidera dans l'appréciation de la notion de « danger grave et imminent » puisque ces notions ne sont pas définies par le droit. De cette façon, l'exercice de ce droit comporte une part de subjectivité puisqu'il relève de l'appréciation personnelle du soignant. En cas de judiciarisation, les juges examineront *a posteriori* si les conditions du droit de retrait étaient justifiées en s'intéressant à la réflexion et à la façon dont le danger a été évalué. Par exemple, le droit de retrait est apparu justifié aux juges dans les cas de refus d'un professionnel de conduire un véhicule de chantier dont les freins étaient défectueux (3), ou d'un salarié de procéder au nettoyage de véhicules dans un atelier dont la température relevée était de 3 °C (4).

#### **LES LIMITES DE L'EXERCICE À L'HÔPITAL**

« Le droit de retrait est exercé de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent » (5). Cet autre principe légal vient se greffer

à la réflexion autour de l'évaluation de la gravité et de l'imminence du danger. Si le droit de retrait peut s'exercer de manière individuelle ou collective, la décision ne doit pas créer une nouvelle situation de danger grave et imminent.

Dès lors, est-il compatible avec la prise en charge des patients au sein d'un service public hospitalier ?

La situation de défectuosité d'une machine, d'un équipement, le non-respect des normes de sécurité fondent majoritairement l'exercice du droit de retrait des salariés. En ces espèces, la caractérisation du danger grave et imminent semble plus évidente. Qu'en est-il du potentiel risque d'agressivité de la part d'un patient? Le cadre juridique semble de lui-même marquer une périlleuse application dans le champ de la santé. Il ne faut pas omettre l'obligation de continuité du service public hospitalier, l'obligation de soins.

## **LE DROIT AU REFUS DE SOIN**

Cependant, le code de déontologie des infirmiers prévoit le refus de soins, hors les situations d'urgence, à charge pour le soignant d'organiser la continuité des soins : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle. Si l'infirmier se trouve dans l'obligation d'interrompre ou décide de ne pas effectuer des soins, il doit, sous réserve de ne pas nuire au patient, lui en expliquer les raisons, l'orienter vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre les informations utiles à la poursuite des soins.* » (6). Le soignant doit donc se justifier, de façon objective, et bien sûr non discriminatoire (refus sans lien avec ses origines, ses mœurs, sa situation sociale ou de famille, ses croyances ou sa religion, son handicap, son état de santé, son âge, son sexe...). Dans ce cas, la loi impose la continuité des soins.

## **TROUVER UNE ALTERNATIVE...**

En psychiatrie, dans le cadre d'une potentielle situation d'agressivité d'un patient, le refus de soins individuel ou collectif implique donc la recherche d'une solution alternative. Si le refus de soins individuel d'un soignant peut s'accompagner de réorganisations institutionnelles internes, le refus collectif d'accueillir un patient au sein d'une unité semble peu réaliste. On mesure d'ores et déjà la difficulté pratique au regard de la sectorisation en psychiatrie. Le secteur concerné serait amené devoir trouver un accord de prise en charge avec un autre secteur. Dès lors, on perçoit clairement les limites pratiques de l'applicabilité du droit de retrait et du droit au refus de soins. Face à une situation complexe, l'équipe peut cependant objectiver sa ou ses difficultés, en pointant des événements précédents, pour obtenir par exemple davantage de moyens.

**Valérieane Dujardin-Lascaux**  
**Juriste, EPSM des Flandres.**



## Conclusion

Au pourquoi et au comment dire non, on peut tenter une approche qui dirait...

C'est un positionnement professionnel, médical.

Dire **non**, c'est aussi soigner.

C'est un positionnement éthique.

Il s'agit de « refuser » la solution de facilité consistant à valider toutes les demandes du patient.

En effet, cette solution de facilité dévalorise la posture du soignant, remet en cause ses compétences, péjore dans bien des cas les chances du patient et peut finalement être assimilé à une perte de chance pour le patient.

C'est un positionnement déontologique.

Il s'agit aussi de replacer les choses en rappelant le cadre légal, déontologique et éthique qui s'applique au professionnel de santé mais aussi au patient usager d'un système de santé qui doit être collectivement utilisé correctement.

Mais cela doit rester un positionnement humain. Ainsi, la manière de le dire est importante.

En conséquence, la mise en œuvre repose sur l'écoute sincère du patient, la reconnaissance de ses émotions, la description d'un cadre clair opposable basé sur l'éthique professionnelle<sup>5</sup>, et la proposition d'une alternative constructive basée sur l'humanisme.

---

<sup>5</sup> Ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite d'un groupe constitué, ici un corps professionnel.

## Sources et liens internet

### Institutions & Réglementation

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/#:~:text=«%20Toute%20personne%20a%20le%20droit,digne%20jusqu'à%20la%20mort.>

1– Articles L4131-1 à L4131-4, Articles L4132-1 à L4132-5 du Code du travail. Article 5-6 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique

2– Article L4131-1 du Code du travail.

3– Cour d'appel de PARIS, arrêt du 16 janv. 1992 – N° 91/34223.

4– Cour d'appel de DOUAI, arrêt du 20 avril 2012 – N° 11/01756.

5– Article L4132-1 du Code du travail.

6– Article R.4312-12 du Code de la santé publique.

Article 225-1 du Code pénal relatif à la discrimination

Article R.41-27 du Code de la santé publique relatif au refus de soins pour les médecins

### Ressources pratiques & Guides

[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche\\_pratique/1qso44g/cnom\\_refusdesoins.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/1qso44g/cnom_refusdesoins.pdf)

### Recherche & analyse

### Syndicats & Acteurs professionnels

## Débats & discussions

Discussion autour du **respect de la posture**.

Médecin généraliste

Notion de mise en doute de la parole des médecins.

Perte de respect par rapport à ce que l'on a pu connaître avant.

La notion de « relation descendante » évoquée lors de l'exposé n'existerait plus depuis longtemps. Les patients arrivent avec un dossier qu'ils ont monté avec Doctissimo et autres sites...

Mise en avant d'une nouvelle problématique : celle des **avis Google**.

Discussion :

- Manque de soutien des autorités (ordre...)
- Comment supprimer les avis ?
- Quels sont les droits des professionnels ?
- Pourquoi ne pas obtenir la même chose que les enseignants ?

Mise en avant de la problématique **Médecin traitant**.

Les médecins se sentent de plus en plus piégés. En effet, si les patients peuvent facilement changer de médecin traitant, sans prévenir et sans justifier, il n'est pas possible pour un médecin de se « séparer » d'un patient dont la prise en charge et/ou avec lequel la relation thérapeutique n'est plus possible.

Notion de juste réciprocité, de parallélisme des choses...

Discussion autour de la notion de **juste soin**, au bon moment ; notamment concernant les **examens complémentaires** (radio et biologie)

Certains évoquent un « oui »... « *j'ai plus vite fait de dire oui* »

Car parfois le « non » n'est pas entendu par le patient.

Il y a aussi la problématique liée à la peur, la crainte de passer à côté de quelque chose de plus grave et qui pourrait conduire à une perte de chance pour le patient ; sans parler du risque de plainte de ce dernier...

Discussion autour de la **co construction** avec le patient.

La notion de « passivité » des patients est évoquée comme obstacle ou frein à cette démarche.

### Conclusion

Nécessité de maintenir un cadre ; la co construction est une chose, mais cela ne doit pas conduire à une inversion dans la relation, ni même une mise « au même niveau ».

Il y a bien un patient avec un problème qui vient chercher des compétences et une prise en charge auprès d'un professionnel formé pour ça.

Besoin de « coaching » pour gérer la relation thérapeutique, retrouver ou trouver de l'assurance.

Besoin de travailler la communication.

Avoir de la formation sur ces points et aussi un rappel des notions juridiques afin de contenir les peurs et les craintes.

Rappel des dispositifs de la CPTS : SPS, Guérir en mer.

## Les cas cliniques...

### Cas clinique n°1

Femme de + de 80 ans, connue du cabinet.

Les visites à domicile deviennent compliquées, la personne n'ouvre plus.

Le fils est prévenu par SMS.

Après quelques semaines, ce dernier appelle et remet en cause la qualité de l'intervention selon les dires de la mère, tout en reconnaissant que les propos de sa mère ne sont pas forcément fiables. Mais il va voir avec elle pour qu'elle soit attentive et ouvre la fois suivante pour que la séance puisse être faite.

La fois suivante, même chose : pas d'ouverture de la porte.

Le professionnel texte au fils qu'il arrête la prise en charge et indique les coordonnées d'une consœur qui exerce également à domicile.

Plus de nouvelle...

Motif du « non » et de l'arrêt des soins :

- rupture de la confiance avec la patiente et la famille
- perte de chance pour d'autres patients qui pourraient bénéficier d'une prise en charge sur le même créneau de temps

### Cas clinique n°2

Patiente connue de l'officine.

Surdosage dans un traitement antalgique.

Courrier de la CPAM au MT et à l'officine.

Le MT maintient sa prescription, mais accepte l'idée d'un sevrage.

La pharmacienne met en œuvre un discours particulier avec la patiente pour discuter des doses.

Accord de la patiente.

Reste la question du comment dire « non » à quelqu'un qui a tous les signes d'une grande souffrance ? Tout en reconnaissant que les doses absorbées ont forcément conduit à une dépendance...

... et un « non » doit s'accompagner d'une autre solution.

### Cas clinique n°3

Homme de 77 ans, en surpoids, connu du cabinet.

Il consulte pour une prise en charge suite à fractures. Mise en place de RF avec des exercices.

Le patient s'avère très intrusif tout en restant sympathique.

Conseil d'une consultation auprès d'un professionnel dédié pour gérer le surpoids.

Le patient pose beaucoup de questions personnelles.

La thérapeute finit par stopper les réponses et dit « non » à la continuation de l'échange sur ce mode qui devient intime au-delà du convivial.

Le patient se braque et ne parle plus.

Par la suite, il revient et fera comme si rien ne s'était passé. La relation redevient « normale ».

Discussion autour de la relation soignants – soignés dans le cas précis des soins récurrents (kiné ou IDEL) avec en plus dans le cas de la kinésithérapie, la notion de « nudité », de « main posée sur le corps » avec toutes les barrières naturelles qui sont donc de fait abaissées à cause de cette relation thérapeutique si particulière.

Le sujet des limites, du cadre à définir, des distances à garder est rediscuté avec ce « non » qui peut aussi être là pour redonner ces limites en bridant le moment précis où la convivialité peut basculer dans de la familiarité.

### Cas clinique n°4

Jeune garçon de 8 ans suivi depuis 6 ans pour des problèmes de vue.

Rendez-vous toutes les semaines à une heure bien précise.

Pour des raisons personnelles la thérapeute décide de ne plus consulter aussi tard et propose une alternative de rendez-vous le mercredi après-midi à une heure où le garçon peut venir avec sa grand-mère qui peut le faire sans souci.

La mère fait semblant de ne pas comprendre et exige l'heure de 19H40 qu'elle avait autrefois.

La professionnelle ne lâche pas et dit « non ».

La mère repousse le rendez-vous à 3 mois, mais finit par accepter l'horaire.

Ce « non » est justifié par :

- le libre choix de la professionnelle fatiguée qui décide de reprendre un peu de temps pour elle
- une meilleure prise en charge pour l'enfant à des heures plus confortables pour son âge

### **Cas Clinique n°5**

Personne de 82 ans prise en charge au cabinet.

Après une séance, elle chute chez elle.

Elle vient le lendemain au cabinet et incrimine la thérapeute devant d'autres patients en lui faisant porter la responsabilité de sa chute.

La professionnelle éconduite la patiente en lui demandant de quitter l'établissement ; sans redonner de rendez-vous.

... finalement, la patiente reviendra quelques semaines plus tard pour s'excuser.

### **Cas clinique n°6**

Femme de 59 ans, suivie depuis 20 ans.

Troubles anxiodépressif, mais patiente dans le déni.

Contact toujours un peu difficile avec une posture « hautaine » de la patiente vis-à-vis des soignants.

Malgré un déménagement, elle revient au cabinet car elle n'est pas satisfaite de ses nouveaux soignants.

Après un désaccord sur un traitement jugé non efficace, la patiente va aux urgences.

Après cela, le cabinet refuse de la reprendre en patiente suivie MT.

Mais la problématique de « sortir » un patient de sa cohorte « médecin traitant » est posée.

### **Cas clinique n°7**

Homme de 35 ans, connu du cabinet.

Peu d'antécédent. Il vient un soir pour demander une prescription pour une IRM du rachis lombaire pour laquelle il a pris un rendez-vous le lendemain.

Il s'agit d'un patient qui fait de la course à pied intensive. Mais il ne présente pas de signe neurologique justifiant d'aller plus avant avec un examen complémentaire.

L'ordonnance est faite quand même...

Devant ce fait accompli, comment dire « non » ?

Cela arrive fréquemment, pour l'adressage vers le deuxième recours. Notamment la dermato.

Le non « non » est ici justifié par la peur de finalement passer à côté de quelque chose et d'être ensuite mis en cause par le patient.

## Synthèse

La réunion a mis en lumière une problématique commune à l'ensemble des professions de santé : la difficulté croissante à poser un cadre et à formuler un refus, dans un contexte où l'autorité médicale est fragilisée et où les attentes des patients évoluent.

### 1. Une posture professionnelle mise à l'épreuve

Les participants décrivent une transformation profonde de la relation soignant-soigné. La « relation descendante » n'existe plus : les patients arrivent armés d'informations glanées en ligne, mettant parfois en doute la parole du professionnel. À cela s'ajoute un nouvel enjeu : les avis Google. Les professionnels expriment un sentiment de vulnérabilité, lié au manque de soutien institutionnel et à l'absence de dispositifs protecteurs comparables à ceux d'autres métiers comme l'enseignement.

Un autre point central est l'asymétrie du statut de « médecin traitant ». Les patients peuvent changer librement de MT, tandis que les médecins ont beaucoup de difficultés à mettre fin à une prise en charge devenue non fonctionnelle, renforçant le sentiment d'impasse.

### 2. Dire non dans un contexte d'incertitude et de pression

Dire non est perçu comme difficile pour plusieurs raisons :

- peur de « rater » un diagnostic important ;
- risque de plainte ou de reproche ultérieur ;
- manque de reconnaissance du refus lorsqu'il est motivé par le juste soin ;
- poids émotionnel face à la souffrance manifeste du patient (ex. dépendance aux antalgiques).

Certains reconnaissent céder (« j'ai plus vite fait de dire oui »), par fatigue, pour éviter le conflit ou parce que le refus n'est pas entendu. Cette tendance interroge la qualité et la pertinence des soins : examens non justifiés, consultations ou actes qui ne répondent pas réellement aux besoins.

### 3. Cadre, limites et co-construction

La co-construction est vue comme une approche souhaitable, mais elle rencontre des obstacles : passivité de certains patients, attentes consuméristes, ou confusion des rôles. Le groupe rejoint l'idée qu'une collaboration équilibrée n'implique pas une symétrie : le patient reste demandeur d'une expertise et d'un cadre thérapeutique.

Dire non devient alors un outil important pour :

- rappeler les limites ;
- protéger la qualité de la relation ;

- maintenir une distance professionnelle, particulièrement dans les soins récurrents impliquant un contact physique (kinésithérapie, soins infirmiers).

### 4. Besoin de soutien, de formation et d'outils

Les professionnels expriment un besoin d'être « coachés » pour retrouver de l'assurance relationnelle. Plusieurs axes ressortent :

- formation à la communication (assertivité, gestion de conflit, techniques d'entretien) ;
- rappels juridiques pour contenir peurs et risques perçus ;
- recours aux dispositifs existants de la CPTS (ex. SPS, Guérir en mer).

### 5. Enseignements tirés des cas cliniques

Les situations étudiées illustrent différentes facettes du « non » :

- **Rupture de la relation thérapeutique** (cas 1 et 6) : lorsque la confiance est altérée ou quand le comportement du patient met en difficulté la prise en charge.
- **Refus protecteur** (cas 5) : dire non pour stopper une accusation injuste ou un comportement agressif.
- **Refus ajusté et argumenté** (cas 4) : tenir un cadre d'horaires cohérent pour préserver la qualité de vie du professionnel et le bien-être de l'enfant.
- **Refus difficile face à la souffrance** (cas 2) : nécessité d'accompagner le non par une alternative thérapeutique.
- **Gestion des limites relationnelles** (cas 3) : le non comme rappel du cadre lorsqu'un patient devient intrusif.
- **Non évité par peur du risque** (cas 7) : examens prescrits malgré leur inutilité potentielle.

Ces cas montrent que dire non n'est ni anodin ni uniforme : il nécessite discernement, argumentation, cohérence et parfois courage.

### Conclusion

Le « non » n'est pas un refus du patient, mais un acte professionnel permettant de garantir un soin juste et pertinent.

Il s'inscrit dans un cadre à maintenir avec clarté et constance. Pour cela, les soignants ont besoin d'outils de communication, d'un renforcement des compétences relationnelles et d'un soutien institutionnel protecteur.

Dire non, c'est finalement affirmer la qualité du soin, préserver la relation thérapeutique et protéger l'équilibre du professionnel.