

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BOUCHACOURT Chloé
Née le 06/07/1982

Présentée et soutenue publiquement le 3 juin 2014

**Les patients «Heartsink» : la prise en charge de ces
patients difficiles en médecine générale.**

Président de thèse : Professeur NOUGAIREDE Michel

Directeur de thèse : Docteur PUEL Marie-Anne

DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

REMERCIEMENTS :

Monsieur le Professeur Nougairède,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de ma respectueuse reconnaissance, et vous remercie une fois encore pour vos conseils et votre disponibilité.

Madame le Professeur Bezeaud,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de ma respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur Orcel,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de ma respectueuse reconnaissance.

Madame le Docteur Puel,

Vous avez initié mon sujet de thèse et vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'en diriger les travaux. Je vous prie de trouver ici mes vifs remerciements.

Au regretté Docteur Tsvi Landman et au Docteur Richard Handschuh,

Votre approche de l'exercice de la médecine générale et votre éthique professionnelle sont chaque jour une source de référence dans l'exercice de ma pratique médicale.

A tous les médecins que j'ai interrogés pour cette étude,

Merci de votre accueil, du temps et de la confiance que vous m'avez accordés. Ce travail est un peu le vôtre, je souhaite qui ne trahisse pas vos témoignages.

Merci à tous ceux qui m'ont aidée pour la relecture de ces nombreuses pages.

A mes parents,

A ma mère,

Merci pour ta présence et ton soutien indéfectible à mes côtés à chaque étape de ma vie.
Merci de m’avoir permis de devenir qui je suis.

A mon père et Brigitte,

Merci de m’avoir transmis le goût du voyage et de la photo qui m’ont permis de m’évader pendant ces années d’études.

A mes sœurs Zoé et Cyrille,

Merci pour votre présence et merci de faire de moi une sœur fière de vous.

A Emilie,

Merci pour ton soutien absolu, nos voyages passés et à venir, et merci de me rendre la vie si jolie.

A Florence,

Pour notre belle et inestimable amitié, des bancs de la fac à ceux de l’hôpital, et aux deux hommes de ta vie, Alexandre et le petit Gaspard.

A Déborah et Charlie,

Pour nos échanges passionnés et tous nos moments de pur bonheur.

A Céline,

Pour nos discussions matinales qui me mettent en forme pour toute la journée.

A Barouyr,

Pour notre précieuse amitié et nos débriefs au Little.

A ma famille corrézienne,

Plus particulièrement à Rémi, Benoît et Thomas pour nos vacances heureuses chez Papi Mamie qui nous ont toujours soutenus dans nos choix de vie.

A Cathy et Roger,

Pour votre accueil et votre bienveillance.

A tous mes amis,

Pour votre présence, votre soutien, votre compréhension pour tous ces verres et/ou soirées décalés et/ou annulés depuis le commencement de l’écriture de cette thèse : Anne-Sophie, Stéphane, Olivier, Ledot, Amnon, Gaëlle, Angela, Maud, Virginie, Leslie, Marwa, Laura, Aurélie, Lorraine, Marianne, Matou, Nicolas, Anne.

Table des matières

1 Introduction	7
1.1 « Heartsink » : définitions du patient difficile	8
1.1.1 J. Groves	9
1.1.2 TC. O'Dowd	10
1.1.3 TJ. Gerrard et JD. Riddel	11
1.1.4 JP. Colquhoun	13
1.1.5 En conclusion	13
1.2 La relation médecin-malade	14
1.2.1 L'évolution de la relation médecin-malade	16
1.2.1.1 Les modèles successifs	16
1.2.1.2 Des nouvelles approches de la consultation par les praticiens	18
1.2.1.3 Les modifications de la relation	19
1.2.2 L'importance du choix du médecin traitant	21
1.2.3 L'apprentissage et la formation à la relation médecin-patient	21
1.2.3.1 La formation médicale initiale	21
1.2.3.2 La formation médicale obligatoire	23
1.2.3.3 La formation médicale continue	24
1.3 Hypothèses et objectifs de la recherche	26
2 Méthodologie	27
2.1 Choix d'une étude qualitative	27
2.2 Mode de sélection des médecins	27
2.3 Taille de l'échantillon	28
2.4 Choix de l'entretien semi dirigé	29
2.4.1 Le guide d'entretien	29
2.4.2 Déroulement des entretiens	30
2.4.3 Recueil des données	30
2.4.4 Retranscription	30
2.4.5 Méthode d'analyse	31
2.5 Présentation, après l'entretien, d'une information sur les Heartsink	31
2.6 Recherche bibliographique	32
3 Résultats	34
3.1. Données générales de l'étude	34
3.1.1 L'entretien	34
3.1.1.1 Le lieu	34
3.1.1.2 La durée	34
3.1.2 Population étudiée	34
3.1.2.1 Âge	34
3.1.2.2 Sexe	34
3.1.2.3 Type d'exercice	35
3.1.2.4 Lieu d'exercice	35
3.1.2.5 Formation continue, extra-médicale	35
3.2. La perception du patient Heartsink	36
3.2.1 Le vocabulaire utilisé	36
3.2.2 Quelles sont les caractéristiques de leurs patients difficiles	37
3.2.2.1 Épidémiologique	37
3.2.2.2 Comportementales	38
3.2.2.2.1 Les « ayants droit »	38
3.2.2.2.2 Les « diagnostiqueurs »	39
3.2.2.2.3 Les « revendicateurs »	39
3.2.2.2.4 Les « agressifs ou provocateurs »	40
3.2.2.2.5 Les « méfiants »	40
3.2.2.2.6 Les « plaintes multiples »	40

3.2.3 Les premiers signes évocateurs d'un Heartsink	41
3.2.3.1 Le manque de respect	41
3.2.3.2 L'apparence physique	42
3.2.4 Les médecins ont-ils tous les mêmes patients difficiles ?	43
3.2.4.1 Les patients difficiles sont tous les mêmes	43
3.2.4.2 Les patients difficiles changent suivant le médecin	44
3.2.5 Combien pensent-ils en avoir ?	44
3.2.6 Les motifs de consultations	45
3.2.7 Plaintes ordinales et menaces	47
3.3 Les stratégies de prise en charge du patient Heartsink	47
3.3.1 Découverte et première approche du patient	47
3.3.1.1 Rencontre du patient	47
3.3.1.2 Un conditionnement préalable	48
3.3.1.3 Aménagements de la consultation	49
3.3.1.4 Canalisation de la demande du patient	50
3.3.2 Les différentes réactions et prise en charge utilisées par le médecin	51
3.3.2.1 La négociation	52
3.3.2.2 L'humour	52
3.3.2.3 La verbalisation de leur agacement	52
3.3.2.4 L'affrontement verbal et le recadrage	53
3.3.2.5 L'injonction	55
3.3.2.6 La résignation	55
3.3.2.7 La rupture de la relation médecin-malade	56
3.4 Les raisons de la mise en place de ces stratégies de défense	57
3.4.1 Ce qui pousse les médecins à réagir	57
3.4.1.1 Le manque de civisme	57
3.4.1.2 Le manque de confiance verbalisé envers la profession médicale	58
3.4.1.3 La personnalité du médecin	59
3.4.2 Ce qui explique pourquoi ils cèdent aux demandes abusives	59
3.4.2.1 Le manque de temps	59
3.4.2.2 La lassitude	60
3.4.2.3 La peur du conflit	61
3.4.2.4 Le manque de confiance en eux	61
3.5 Les conséquences de la prise en charge des « Heartsink » sur le médecin	62
3.5.1 Les conséquences émotionnelles négatives sur l'homme	62
3.5.1.1 Découragement	62
3.5.1.2 Dévalorisation	62
3.5.1.3 Culpabilité	63
3.5.2 Les conséquences négatives sur le soignant	63
3.5.2.1 Mise en échec	63
3.5.2.2 Sentiment d'agression, de mal être	64
3.5.2.3 Peur de l'erreur	65
3.5.2.4 Remise en cause	65
3.5.3 Les conséquences positives sur leur pratique médicale	66
3.5.3.1 L'implication du médecin pour une meilleure prise en charge	66
3.5.3.2 L'évolution des comportements avec le temps	67
4 Discussion	68
4.1. À propos de ce travail	68
4.1.1 Originalité du sujet	68
4.1.2 Critique de la méthode de recherche	69
4.1.2.1 Choix d'une étude qualitative	69
4.1.2.2 L'échantillon	69
4.2 Une typologie des patients Heartsink	70
4.2.1 Le profil de patients difficiles	70
4.2.2 Le nombre estimé de patients difficiles	71
4.2.3 Les différentes catégories de Heartsink	72
4.2.4 Les facteurs aggravants	73
4.2.4.1 Le manque de respect	73
4.2.4.2 Les demandes abusives des patients	74

4.2.4.3 L'environnement.....	74
4.3 Les réactions des médecins face aux patients difficiles	76
4.3.1 Les réactions épidermiques.....	76
4.3.2 Les différents modes de fonctionnement des médecins	76
4.3.2.1 La négociation	76
4.3.2.2 La confrontation	77
4.3.2.3 Le repli.....	78
4.3.2.4 La soumission	78
4.3.2.5 Le recours à un confrère	79
4.3.2.6 La rupture de la relation	79
4.3.3 D'un malaise grandissant au burn-out des médecins.....	80
4.3.3.1 Une prise en charge non sereine du patient.....	80
4.3.3.2 Augmentation de la consommation de soins	81
4.3.3.3 Plaintes, menaces.....	82
4.3.3.4 Un risque de Burn-out grandissant.....	83
4.4 Amélioration de la prise en charge des patients difficiles.....	84
4.4.1 Informer et bâtir un livrable à l'attention des médecins généralistes en exercice.....	85
4.4.1.1 Définir les patients difficiles.....	85
4.4.1.2 Instaurer une bonne communication.....	85
4.4.1.3 Maintenir une consultation sereine et une relation médecin-malade apaisée	86
4.4.1.4 S'adapter pour éviter les pièges	87
4.4.2 Actualiser la formation des étudiants en médecine générale	89
5 Conclusion.....	92
6 Bibliographie	94
7 Serment d'Hippocrate	99
8 Annexes	100
Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	100
Annexe 2 : L'information donnée sur les Heartsink.....	101
Annexe 3 : Abstract.....	102
Annexe 4 : Résumé.....	103
9 Permis d'imprimer.....	104

1 Introduction

Dans l'exercice de leur pratique médicale, les médecins généralistes sont confrontés à certains patients qui, en raison de leur comportement lors de la consultation, les mettent en difficulté tant sur le plan émotionnel que sur les plans intellectuel et scientifique.

C'est un médecin généraliste anglais, le docteur TC. O'Dowd qui, en 1988, a pour la première fois dans la littérature scientifique, nommé ce type de patients les « Heartsink patient's » (HS). Il a indiqué avoir choisi ce terme car il est facile, dès son prononcé, de comprendre le problème que soulèvent ces patients. En anglais, « to make your heart sink » signifie littéralement « qui fait couler (saigner) notre cœur ».

Les études de O'Dowd ont porté sur le ressenti des médecins face aux comportements des Heartsink. Observant qu'il est difficile de définir et de caractériser ces patients, il a fait valoir que, pour lui, c'est l'émotion ressentie par le médecin qui compte, car « tous les cœurs des médecins ne vont pas couler pour les mêmes raisons » ¹. D'autres cliniciens anglais ont également travaillé sur ce phénomène Heartsink, proposé une classification des profils de ces patients et examiné les conséquences de leur comportement sur le médecin et sa pratique médicale.

Il n'existe pas de mot français pour traduire « Heartsink patient's », aussi nous utiliserons dans ce travail le terme de patients difficiles.

La tension, induite par les difficultés relationnelles latentes ou déclarées, qui s'installe dans la relation entre le médecin et son patient difficile est plus complexe qu'une situation franchement conflictuelle, en raison de l'absence fréquente d'un événement identifié qui serait source d'incompréhension.

C'est également une situation plus problématique en terme de prise en charge globale, efficace et sereine puisque ces patients expriment, verbalement ou pas, des plaintes, des maux, des symptômes multiples, exigent un droit à la santé, n'écoutent pas leur médecin et finissent donc par être mal écoutés par celui-ci.

La relation médecin-patient est aujourd'hui au centre d'abondantes réflexions, communications, publications françaises et anglo saxonnes, parce qu'elle est construite sur les bases éthiques et déontologiques de la relation de soins.

Différents modèles de la relation médecin-patient imprégnant la pratique médicale se sont succédés et se trouvent confrontés, aujourd'hui plus qu'hier, à des évolutions sociétales rapides et multi formes.

Il demeure qu'au quotidien, il revient bien au médecin généraliste, pivot du système de soins primaires et donc en première ligne face à ces patients difficiles, d'imaginer les outils qui lui permettront d'assurer une prise en charge sereine et efficace.

La prise en charge des patients difficiles est un domaine encore peu exploré en France. Un domaine peu exploré mais également peu enseigné. Or, cette interaction très spécifique entre la personnalité du médecin et celle du patient influe grandement sur la relation qui s'instaure et la prise en charge qui s'en suit.

C'est une découverte parfois déstabilisante pour les internes en médecine générale et les jeunes installés et c'est une difficulté identifiée pour les médecins généralistes dotés d'une plus longue expérience.

C'est à partir de ce constat que nous avons décidé de réaliser ce travail.

1.1 « Heartsink » : définitions du patient difficile

C'est dans la littérature anglo saxonne que nous trouvons, dès les années 50, les premières études² consacrées aux patients Heartsink qui nous apportent des éléments de définition ainsi que des propositions de classifications typologiques de ces patients.

A partir de ces observations, plusieurs propositions de classifications des patients difficiles ont été élaborées, et ce depuis plus de cinquante ans. Elles traduisent l'impossibilité de définir un profil type de patient difficile et sont encore aujourd'hui « la doctrine » à partir de laquelle se sont construites les réflexions et les outils pour une meilleure prise en charge de ces patients.

Nous en retiendrons quatre, proposées par les docteurs J. Groves, TC. O'Dowd, TJ. Gerrard et JD. Riddel et JP Colquhoun.

1.1.1 J. Groves

J. Groves, psychiatre anglais, fut, en 1951, le premier à admettre que certains patients suscitent « *l'aversion, la crainte, le désespoir voire même carrément de la malice* »² chez leur médecin. Il les a qualifiés de « *détestables* ». Il a suggéré que, plutôt que de nier ces sentiments négatifs et « *non scientifiques* », il faudrait s'en servir comme des données cliniques importantes afin d'améliorer leur prise en charge².

Sa réflexion l'a conduit à classer ces patients en quatre catégories et à proposer, pour chacune d'elles, des stratégies de comportements et d'attitudes pour le médecin.

- Les « *crampons* » :

Ce sont les patients qui sont très dépendants de leur médecin. Ils peuvent souffrir de maladies graves, chroniques ou non, mais ils ont tous en commun un fort sentiment de dépendance vis-à-vis de leur médecin. Au début de la relation, ils sont sincères et très reconnaissants de l'attention qu'il leur porte en utilisant consciemment ou pas, la flatterie, la séduction. Puis ils commencent à être de plus en plus présents au cabinet, au téléphone et deviennent très exigeants.

- Les « *ayants droit* » :

Ce sont les patients qui ont des demandes médicales abusives. Ils utilisent la dévaluation et l'intimidation afin d'obtenir ce qu'ils veulent et font pression sur le médecin. Ce sont par exemple, ceux qui ne veulent avoir que l'avis d'un spécialiste ou qui demandent régulièrement des examens complémentaires.

- Les « *manipulateurs* » :

Ce sont ceux qui rejettent toute proposition d'aide. Ils ne sont pas dans la séduction comme les « *crampons* » et contrairement aux « *ayants droit* » ils ne sont pas ouvertement hostiles.

Ce sont davantage des patients continuellement insatisfaits et foncièrement pessimistes. Et ce, de manière inversement proportionnelle à l'enthousiasme de leur médecin. Ils remettent en cause les traitements qui ne fonctionnent jamais avec eux et quand un symptôme disparaît c'est pour laisser place à un nouveau.

Ces patients suscitent d'abord de l'anxiété chez le médecin car il craint de passer à côté d'une maladie traitable, puis de l'agacement et enfin une remise en cause de soi et de la relation médecin-malade.

- Les « *autodestructeurs dans le déni* » :

Ce sont des patients qui peuvent être malveillants avec le médecin. Ils sont dans la négation de leurs problèmes et feront tout pour mettre en échec les tentatives de prise en charge du médecin. Il existe chez eux un important risque suicidaire.

Il conclut son travail en constatant que lorsqu'un patient génère chez son médecin des sentiments que ce dernier désavoue ou nie, il y a risques d'erreurs « diagnostiques et thérapeutiques ».

1.1.2 TC. O'Dowd

T.C.O'Dowd, médecin généraliste anglais, inventera en 1988, le néologisme « *Heartsink* ». Selon lui, dans toutes les spécialités il existe des patients qui déclenchent chez le médecin et le personnel médical une inquiétude chaque fois qu'ils consultent ¹. Ils provoquent ainsi « *un mélange d'exaspération, de défaite et parfois d'antipathie pure qui vous donne un serrement au cœur chaque fois qu'ils consultent* ». Il choisira également de parler de patients « *antipathiques* » ¹ : avec ce qualificatif il veut mettre en avant le sentiment d'échec ressenti par le médecin que celui-ci voudrait pouvoir diminuer et repousser.

C'est dans une publication de ses conclusions dans le British Medical Journal (BMJ), sur l'étude d'un groupe de vingt huit patients décrits comme « *antipathiques* », qu'il créa le néologisme de « *Heartsink* ».

Ces patients avaient pour caractéristiques communes d'être majoritairement des femmes, fonctionnaires, qui vivaient une relation de couple stable et qui pour certains présentaient de vrais problèmes médicaux. Pour la moitié de ces patients, il avait été décidé de tester des « *techniques* » de prise en charge afin de mesurer s'ils devenaient moins « *exaspérants* » moins « *antipathiques* », à la fin de l'observation.

Après ce suivi durant cinq ans, TC. O'Dowd a conclu que ces patients constituaient un groupe disparate d'individus malgré la présence majoritaire de femmes. Pour lui, le seul point commun entre eux serait « *le supplice qu'ils imposent à leur médecin et à sa pratique* ».

1.1.3 TJ. Gerrard et JD. Riddel

Gerrard et Riddel sont deux médecins généralistes anglais qui ont étudié des patients qu'ils ont identifiés comme « *difficiles* » dans le but de créer une liste de ce qu'ils considèrent comme étant les dix catégories de patients difficiles ³. Leurs résultats ont été publiés dans le même numéro du BMJ que O' Dowd.

- *Les « trous noirs » :*

Ces patients sont définis comme ceux qui demandent de l'aide avec insistance et persistance mais qui sont aussi devenus des experts pour la repousser. Leur état médical stagne et ces patients provoquent un sentiment d'impuissance et de vulnérabilité chez le médecin.

- *Les « complexités familiales » :*

Ce sont ces patients dont il est impossible de démêler les propres problèmes de ceux de leur famille. Souvent, disent les auteurs, le patient qui consulte est en réalité le membre de la famille qui est le moins malade.

- *Les « comportements punitifs » :*

Ils cherchent à prouver au médecin qu'il a tort, qu'il se trompe, et tous leurs comportements concourent à le mettre en difficulté.

- *Les « dépendants » :*

Dans la relation qui s'est installée, le médecin partage l'espoir et les peurs du patient et instaure ainsi une relation de dépendance. Patient et médecin souffrent ensemble et le médecin n'arrive pas à avoir un jugement rationnel.

- *Les « différences culturelles » :*

Le patient et le médecin n'ont pas les mêmes références sociales, culturelles et religieuses. Ils ne parlent pas le même langage voire la même langue, ne se comprennent pas.

- *Les « désavantagés sociaux et démunis » :*

Les patients les plus pauvres, privés de droits sociaux qui contractent des maladies par leurs conditions sociales défavorables et pour qui le seul moyen de traiter ces maux serait de les extraire de leur environnement défavorable.

- *Les « problèmes médicaux complexes » :*

Les patients qui présentent une ou plusieurs maladies complexes ou rares déstabilisent souvent leur médecin généraliste car ils connaissent aussi bien leur pathologie que les spécialistes. Le médecin a du mal à accepter leur expertise.

- *Le « personnel médical ou soignant » :*

Les patients qui font partie du milieu médical, telles les infirmières, les médecins et leur famille, sont des patients auxquels les médecins souhaiteraient apporter davantage encore en terme de qualité de soins et vis-à-vis desquels ils redouteraient encore plus de commettre la moindre erreur. C'est cette surcompensation qui déséquilibre dès le départ la relation et brouille les données tant pour le médecin que pour le patient.

- *Les « manipulateurs » et les « simulateurs » :*

Fréquemment les patients « extrêmement gentils », les plus flatteurs, sont les plus manipulateurs. Ils peuvent provoquer des discordes entre collègues et « s'amuse » à amplifier le sentiment d'impuissance.

- *Les « secrets » :*

Le médecin a toujours l'impression qu'il lui manque une information essentielle pour lier l'ensemble de ses éléments de compréhension.

TJ. Gerrard et JD. Riddel ont conclu leur étude en estimant que le seul fait d'examiner ces patients signifie que les médecins généralistes leur accordent une importance particulière et qu' « ils n'ont même plus besoin d'être malade ».

1.1.4 JP. Colquhoun

JP. Colquhoun, médecin généraliste australien, a publié en 1989, dans la revue *Australian Family Physician*, une étude dans laquelle il a défini cinq catégories ⁶ de « Heartsink ».

- Les « *n'allant jamais mieux* », qui ne sont jamais soulagés par la prise en charge de leur médecin et qu'ils ne suivent d'ailleurs pas toujours. Ce sont en majorité des femmes, plutôt âgées qui ont tendance à consulter très régulièrement leur médecin.
- Les « *jamais un sans l'autre* » sont les patients qui ne viennent jamais seuls à la consultation. L'accompagnant assène le médecin de questions à la place du patient et les deux « patients » allant jusqu'à se disputer pendant la consultation.
- Les « *démunis médico – sociaux* » sont ceux pour lesquels les problèmes médicaux sont dus à des problèmes sociaux (problème de ressources, d'environnement insalubre) que le médecin ne peut régler seul.
- Les « *manipulateurs pernicieux* » sont ceux qui, une fois leurs maux disparus ont toujours un nouveau problème qui suit.
- Les « *tristes* » sont ceux qui provoquent de la tristesse chez le médecin, voire de la pitié. Le médecin se sentant désemparé face à une situation médicale qui sait sans issue favorable.

1.1.5 En conclusion

Qu'ils soient considérés comme difficiles, dysphoriques ⁸ ou détestables, ces patients ont en commun la capacité de générer chez leur médecin un sentiment d'agacement, de frustration et/ou d'incompétence. Identifiés, classifiés, ces comportements qui interfèrent négativement dans une relation médecin-malade sereine posent la question des conséquences sur la prise en charge du médecin qui se trouve en face de patients qui cherchent, souvent, dans le champ biomédical, des réponses à des problèmes psychologiques, sociaux voire spirituels.

Les auteurs de ces publications ont étudié les caractéristiques des patients et proposé aux médecins des solutions en terme de postures professionnelles. Ils ne se sont que peu intéressés à la personnalité singulière du praticien, ses capacités relationnelles, qui au même titre que les éléments sémiologiques, interviennent largement dans le colloque singulier entre ces deux personnes.

1.2 La relation médecin-malade

« Depuis la fin des années cinquante, la relation médecin-malade a au moins autant évolué et modifié la pratique médicale que les avancées scientifiques et techniques »¹¹ déclarait le Pr B.Hoerni. Cette relation nécessite en effet des compétences scientifiques et techniques (le savoir et le savoir faire) et des compétences humaines et relationnelles (le savoir être) car elle est le socle du contrat de soins. En 2002, la Société Européenne de Médecine générale – Médecine de famille (WONCA) précisait dans sa définition de la médecine générale que « dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, les médecins intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale et culturelle »¹². Toutes les nombreuses approches faites sur la relation médecin-malade se rejoignent sur le fait que le médecin, dans l'exercice de sa pratique, se trouve impliqué dans une relation avec ses patients. Pour le médecin généraliste, c'est dans son face à face singulier avec ses patients lors de la consultation dans son cabinet qu'il mesure toutes les dimensions de cette relation, spécifiquement lorsqu'il s'agit de patients difficiles.

Une étude anglo saxonne sur les consultations en médecine générale publiée en 2001 a mis en évidence l'existence d'un cadre tridimensionnel⁹ pour caractériser l'éventail des consultations en médecine générale.

Ce cadre est constitué d'un triple champs de complexité : « biomédical », « psychosocial », « relationnel ». Les différents types de consultations ont été ainsi classés en fonction de ces trois champs de complexité suivant les difficultés rencontrées. Pour les auteurs, les patients difficiles sont ceux qui posent problème dans les trois champs⁹. Ils ont en commun le fait de revenir régulièrement et fréquemment consulter leur médecin parce qu'ils estiment soit qu'ils n'ont pas été pris en charge correctement, soit parce qu'ils considèrent que leur traitement ne marche pas.

Tableau récapitulatif des 8 types de consultations⁹ :

	Biomédical	Psychosocial	Relationnel
Problème médical « simple »	–	–	–
Visite « rituelle »	–	+	–
Problème médical « complexe »	+	–	+
« Valse hésitation »	+	+	–
Frustration et mécontentement	–	–	+
Rupture psychosociale	–	+	+
Désaccord médical	+	–	+
HEARTSINK	+	+	+

(+ correspond à une difficulté rencontrée / - correspond à une absence de difficulté)

C'est la première fois que les patients difficiles sont définis en prenant en compte la qualité de la relation médecin-malade et par voie de conséquence, que le comportement du médecin interagira dans la relation et sera partie prenante de la définition des patients difficiles.

La relation thérapeutique médecin-malade est en effet déterminée, nous le verrons dans les résultats de notre travail, par de nombreux facteurs individuels et socio culturels. De même que le malade réagit face à sa maladie en fonction de sa personnalité, le médecin réagit face à son patient par un certain nombre d'attitudes conscientes et inconscientes¹³, qui dépendent de sa personnalité et de son expérience, et sont susceptibles d'infléchir le cours de la relation thérapeutique.

1.2.1 L'évolution de la relation médecin-malade

Pendant des siècles, les patients ont remis leur santé entre les mains du médecin. Le médecin prenait les décisions, le patient s'y pliait¹⁴. La maladie était une fatalité, le malade percevait son médecin comme un tout puissant face à sa maladie et en attendait soulagement et guérison¹⁵. De son côté, le médecin attendait une vérification de son pouvoir de soignant et une forme de reconnaissance de la part du malade.

Aujourd'hui, c'est dans un nouvel horizon médical que les médecins exercent, marqué par deux évolutions majeures : les progrès scientifiques et techniques de la médecine elle-même et les transformations sociétales. Des progrès qui ont modifié le rôle des deux acteurs en donnant une nouvelle place au patient usager du système de santé disposant de droits et en exigeant des médecins une nécessaire adaptation, voire une remise en cause parfois difficile.

1.2.1.1 Les modèles successifs

S'il n'existe pas un modèle de la relation médecin-patient, plusieurs modèles partiels quasi exclusivement anglo saxons nous renseignent sur les différents sens donnés à cette relation qui a évolué au fil du temps. Ils ont été élaborés soit par des chercheurs à partir d'observations pratiques, soit par des praticiens qui ont analysé et défini, à partir de leur propre expérience professionnelle, les interactions entre le médecin et le patient et les différentes étapes d'une consultation « idéale »¹⁷.

- Le modèle paternaliste :

Il a été défini par le sociologue T. Parsons dans les années cinquante¹⁶. Dans ce modèle « consensuel » dont les lignes de force sont celles prévalant depuis Hippocrate, l'auteur a analysé la relation sous l'angle du rôle social du médecin et du patient. Le médecin se trouve en position « haute », il détient le savoir et le pouvoir alors que le patient est dans une position « basse », ignorant et soumis. Le médecin impose au malade, parfois sans explication, la décision qu'il juge la meilleure. Les termes de « prescription » et d'« ordonnance » reflètent bien cet état d'esprit^{16,17}. Le Code de Déontologie stipulait en 1947 que « le médecin devait s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision »¹⁸.

- Le modèle conflictuel :

Il a été théorisé par le sociologue E. Freidson dans les années soixante-dix, époque de la remise en cause du paternalisme. Son analyse est faite sous l'angle des interactions existantes dans la relation. Pour lui, le médecin n'est pas altruiste, pas dévoué à la collectivité, il a des enjeux propres ¹⁷, et le malade n'est pas son unique préoccupation. « L'éthique et la législation médicales ne sont pas uniquement protectrices des patients mais également des intérêts de la profession médicale ». Les médecins sont ainsi en lutte permanente pour conserver leur autonomie, et les patients, pour être écoutés et considérés. La confrontation entre savoir médical et croyances profanes, logique de soins et préférences du patient, entraînerait « un conflit de perspectives » ¹⁶.

- Le modèle négocié :

Il apparaît en 1990 et a été développé par A. Strauss qui démontre que les patients ne sont jamais réduits à l'état d'impuissance, mais qu'ils possèdent une grande marge de manœuvre qu'ils utilisent d'ailleurs en permanence ¹⁶. Cette approche a pris toute sa signification avec l'augmentation des pathologies chroniques dans lesquelles la différence de rôle entre le médecin et le patient se réduit en raison de la participation active du patient à sa propre prise en charge. Pour A. Strauss, le processus de négociation dans la relation médecin-malade repose sur trois caractéristiques : les positions hiérarchiques ne sont plus figées, le destin n'est pas écrit et le temps permet un processus d'apprentissage pour les patients anciennement soumis, leur permettant d'acquérir une certaine autonomie.

- Le modèle de partenariat :

Il se construit, dans la foulée du précédent, depuis le début des années 2000 et analyse la relation sous l'angle de la prise de décision appuyée sur le partage de l'information, selon le principe : médecin décideur/ patient décideur/ décision partagée. Le médecin donne l'information et la décision est prise conjointement par le patient et le médecin ¹⁹.

En France, le législateur interviendra en 2002 avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins ³⁰. Elle consacre dans son chapitre premier « informations des usagers du système de santé et expression de leur volonté », le droit du patient à l'information et détaille les différentes situations dans lesquelles il s'exerce. Le principe est posé : « toute personne prend, avec le professionnel de santé, et compte tenu des informations et des préconisations qu'il fournit, les décisions concernant sa santé ».

1.2.1.2 Des nouvelles approches de la consultation par les praticiens

Le premier médecin qui, dans les années cinquante, a reconsidéré sa propre expérience et amélioré la relation médecin-patient à travers une réflexion psychanalytique est le psychiatre d'origine hongroise Michael Balint. Nous lui devons la création des « groupes Balint », outils importants de supervision et de réflexion de la relation médecin-malade auxquels participent des soignants volontaires et en exercice. Depuis une quinzaine d'années, plusieurs universités françaises ont choisi d'introduire les groupes Balint dans les programmes de formation à la relation médecin-patient ³⁶ pour les internes en médecine générale.

Michael Balint a analysé cette relation en prenant en compte les facteurs sociaux et psychiques au même titre que les facteurs biomédicaux en s'appuyant sur un constat : la médecine étudie plus les maladies que le malade ²⁰. Les nombreux travaux qu'il a publiés s'articulent autour de la relation qui s'organise entre deux pôles extrêmes, de domination et de soumission, qui correspondent au pouvoir du médecin et à la fragilité du malade. Il a analysé l'importance et l'influence dans la relation, le diagnostic et la prise en charge du transfert (réactions affectives positives ou négatives, conscientes ou inconscientes, du patient à l'égard de son médecin) et du contre transfert (mêmes réactions du médecin vers son patient). Il a également montré que le médecin a lui-même une fonction thérapeutique, qu'il est « le remède médecin » et donc qu'il se doit d'être attentif à la façon dont il se « prescrit ». M. Balint avait l'habitude de dire « le malade me fait mal là où je suis déjà blessé » ²⁰.

1.2.1.3 Les modifications de la relation

De profonds changements scientifiques, techniques, culturels, intellectuels, sociaux ont concerné, depuis un demi siècle, tous les domaines de la société dans laquelle nous vivons, y compris celui de la médecine. La complexité de leurs interactions dans le domaine de la médecine, a abouti progressivement à ce que les observateurs appellent « la médicalisation de la vie »²². Ce concept désigne « un processus par lequel on en vient à traiter les problèmes non médicaux comme les problèmes médicaux, en les qualifiant habituellement de maladies ou de troubles ». Des éléments naturels ou sociaux et plus largement sociétaux¹¹, relèvent aujourd'hui, du domaine médical. Les patients en parlent plus ou moins clairement à leur médecin, lequel n'est pas toujours préparé à les entendre ni à y répondre, car il ne l'a pas appris à la faculté.

1.2.1.3.1 Le droit à l'information du patient

L'information du patient a beaucoup évolué depuis deux décennies d'un point de vue juridique, éthique et médiatique¹¹. L'émergence de nouveaux dispositifs de communication de l'information médicale (internet, rubriques médicales dans la presse grand public) a modifié le rapport de la personne à sa maladie et a ainsi influé sur la relation soignant-soigné²².

La loi du 4 mars 2002 relative « aux droits des malades et à la qualité du système de santé » a désormais placé l'information médicale comme un élément central de la relation de confiance³⁰ entre le professionnel et le patient. Le patient est reconnu comme partenaire actif dans la démarche thérapeutique afin d'être en mesure de donner un consentement libre et éclairé. Le droit à l'information est devenu un droit de la personne malade³¹.

Savoir permet ainsi au patient de s'affranchir d'une totale dépendance vis-à-vis de son médecin, informer permet au médecin de reconnaître le patient dans son aptitude à juger et à disposer de lui-même³². Pour autant, le médecin a pour mission d'accompagner le malade, de lui délivrer une information utile et non de partager avec lui un savoir et une responsabilité « à parts égales ».

1.2.1.3.2 La médiatisation médicale

L'accès des patients à des sources d'information de plus en plus étendues facilite une communication plus participative entre soignant et soigné, mais peut aussi conduire à des revendications et des comportements qui ne correspondent ni à la culture du médecin ni à une saine relation thérapeutique.

Les médias véhiculent l'idée que le médecin généraliste a réponse à tous les maux, que tous les progrès scientifiques vont bénéficier à tous, tout de suite, que les politiques de prévention concernent tout le monde. Le médicament est un bon exemple : dès qu'un nouveau apparaît, il est immédiatement repris par la presse médicale puis passe très rapidement dans la presse et les médias grand public et se répand sur tous les forums santé sur internet.

Puis les fabricants s'alarment des nombreux patients qui ne bénéficient pas encore du médicament miracle, mènent des études épidémiologiques qui démontrent que la maladie est largement sous diagnostiquée et accusent les médecins de « lenteur thérapeutique et d'indolence diagnostique »²².

Beaucoup d'informations médicales approximatives et habilement vulgarisées sont ainsi prises pour vérité par les patients. Le médecin passe alors beaucoup de temps à convaincre un patient qui a entendu que « ça marchait bien » à la télévision²². Cela peut conduire à des refus de traitements proposés par le médecin en raison de la déception de ne pas pouvoir bénéficier du « nouveau traitement » plébiscité par les revues, émissions « grand public », internet³³.

1.2.1.3.3 Du droit aux soins au droit au bien être pour les patients

Le patient est ainsi passé d'un droit aux soins à un droit à la santé véhiculé par la société dans laquelle le patient évolue et entend de multiples messages. Or, l'excellence des sciences biomédicales, la prise en charge des soins individuels, la définition des politiques de santé et le fonctionnement global (et le coût) du système de santé ne jouent pas la même partition. Pour autant, tous communiquent et créent chez les patients vis-à-vis de leurs médecins une attente grandissante et une obligation de résultat.

Le patient exposé à tous ces messages acquiert la conviction qu'il a plus qu'un droit aux soins, il a droit au bien être. Cette revendication plus ou moins consciente des patients concernant leur santé est, sans qu'ils ne le sachent la plupart du temps, la définition de la santé donnée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 1946 « La santé est un état complet de bien être physique, mental et social de la personne et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²³.

1.2.2 L'importance du choix du médecin traitant

Depuis le 1^{er} janvier 2006, toutes les personnes de 16 ans et plus doivent déclarer un médecin traitant³⁴. Dans le cas contraire, ils sont moins remboursés lorsqu'ils consultent un médecin généraliste ou directement un spécialiste. Tout médecin inscrit au conseil de l'Ordre, qu'il soit généraliste ou spécialiste, qu'il soit médecin libéral, médecin hospitalier, médecin urgentiste ou médecin salarié d'un centre de santé, peut être médecin traitant. Le patient doit faire une déclaration de choix du médecin traitant auprès de sa caisse d'assurance maladie.

Il est très important de souligner que la déclaration du médecin traitant résulte d'une double liberté de choix³⁴. Le patient est libre de choisir son médecin traitant, il n'y a pas de durée fixée ni imposée par cet engagement. Le patient peut donc aussi décider de changer de médecin traitant s'il le souhaite et devra alors choisir un autre médecin traitant et faire une nouvelle déclaration. Le médecin a lui aussi une liberté de choix qui lui donne la possibilité de refuser une demande de déclaration de médecin traitant. De même, le médecin est libre de changer d'avis et de décider de ne plus être le médecin traitant : il devra « en parler avec le patient et lui expliquer ses raisons »³⁵.

1.2.3 L'apprentissage et la formation à la relation médecin-patient

1.2.3.1 La formation médicale initiale

La formation des étudiants à la relation médecin-malade (RMM) dans leur formation médicale initiale a été inscrite dans les programmes de 2^e cycle des facultés de médecine depuis fin 2000.

Elle est explicitement citée dans le premier module d'enseignement pour l'ECN (Examen Classant National) qui s'intitule « apprentissage de l'exercice médical » : la relation médecin-malade, l'annonce de la maladie grave, la formation du patient atteint de maladie chronique, la personnalisation de la prise en charge.

En France, la formation médicale initiale dure entre 9 et 13 ans selon la spécialisation. On estime que 50% des connaissances sont obsolètes en l'espace de 7 ans ³⁶, ce qui explique que l'on centre maintenant la formation sur l'acquisition de compétences.

1.2.3.1.1 Dans le programme des études universitaires

Chaque université a mis en place cet enseignement selon des modalités qui lui sont propres. Une grande diversité existe dans l'enseignement de la RMM qu'il s'agisse de la méthode pédagogique (cours magistraux, visionnage de vidéos de consultations simulées, cours interactifs en petits groupes, jeux de rôles), de la formation des enseignants (médecins généralistes, médecins de santé publique, médecins légistes, médecins spécialistes autres que la médecine générale), de la durée de l'enseignement du moment du cursus durant lequel il est dispensé (DCM1 jusqu'à DCM4). Cet enseignement peut être approfondi en suivant un module optionnel sur l'éthique et la déontologie.

Dans le cadre l'organisation du 3e cycle d'études médicales en 2004, ont été fixées la liste et la réglementation des Diplômes d'Etudes Spécialisées de médecine. Concernant la spécialité de médecine générale, il est notamment indiqué « que les étudiants devront réaliser deux semestres libres laissés au choix des résidents (..) l'un deux se fait préférentiellement en secteur ambulatoire » ³⁷. Ce stage, qui n'est donc pas obligatoire mais hautement recommandé, pour les internes en médecine générale est le SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé).

Il s'agit d'un stage en autonomie, effectué en 5^e ou 6^e semestre pendant lequel l'interne assure pour la première fois seul les consultations et se trouve confronté aux demandes de soins en médecine générale.

1.2.3.1.2 Par les groupes Balint

Michael Balint (1896 - 1970) était un psychiatre et psychanalyste d'origine hongroise à qui l'on doit la création des « groupes Balint », outils importants de supervision et de réflexion sur la relation médecin-malade ²⁰ et qui ont été introduits dans la formation des internes en médecine générale dans quelques universités françaises dont celle de Paris Diderot.

Le groupe Balint est une méthode de « *formation - recherche* » qui propose à des soignants volontaires (médecins, infirmières, psychologues, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, travailleurs sociaux et autres) de prendre le temps nécessaire pour faire, par la parole, le « *récit* » de leur pratique professionnelle ³⁸, pour mieux saisir les différentes composantes conscientes ou inconscientes des expériences vécues dans leur exercice ³⁸.

Le travail de groupe vise à aider le médecin à acquérir des qualités psychothérapeutiques. Le groupe est composé de 8 à 12 médecins et animé par un psychanalyste et un ou deux observateurs. Chaque participant, à partir d'un cas concret, peut aborder en groupe et avec l'aide d'un ou deux leaders Balintiens de formation psychanalytique, les questions qu'il se pose à propos des relations qui se créent avec son ou ses patients (difficultés de communication, de compréhension, de mise en place des soins etc.).

1.2.3.2 La formation médicale obligatoire

Le Développement Professionnel Continu (DPC) a été créé par la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) promulguée en juillet 2009. Il était obligatoire depuis le 1er janvier 2012 mais n'est devenu pleinement opérationnel qu'au 1^{er} janvier 2013.

En pratique, le DPC a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins ³⁹. Le DPC est le prolongement avec le regroupement dans une même démarche, de la Formation Médicale Continue (FMC) et de l'EPP.

Le DPC est une démarche individuelle, permanente, obligatoire et annuelle ³⁹ qui s'impose à tous les professionnels de santé, médecins et non médecins. C'est le professionnel qui décide en fonction de ses besoins, son action de formation dans le cadre d'un programme proposé par un organisme qu'il choisit lui-même. Les programmes de DPC sont caractérisés par des méthodes et des modalités proposées par la profession (réunie au sein de 42 Conseils Nationaux Professionnels) et validées par l'HAS. Ils comportent au moins une phase d'analyse partagée des pratiques et une action de renforcement des connaissances.

L'organisme gestionnaire du DPC définit des forfaits individuels qui s'apparentent à des chèques formation que le médecin utilise pour payer la formation qu'il a choisie. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins vérifie tous les cinq ans que le médecin a régulièrement suivi des actions de DPC en s'appuyant sur les copies d'attestations de formation que lui envoie l'organisme formateur.

1.2.3.3 La formation médicale continue

1.2.3.3.1 La presse médicale

La presse médicale est une source importante d'information et un élément essentiel de la formation continue des médecins. Elle est citée par 85 % des médecins ⁴⁰ devant la participation aux congrès (73 %), la lecture des manuels (72 %) et internet (66 %).

La presse médicale compte 170 titres ciblant les médecins toutes spécialités confondues ⁴¹. Beaucoup de titres mais très peu d'éditeurs (une dizaine parmi lesquels un seul est « derrière » 150 titres). L'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) s'interrogeait en 2007 sur la dépendance de la presse médicale à l'égard de l'industrie pharmaceutique : « la plus grande partie de cette presse est financée par la publicité, elle-même essentiellement financée par les industries de santé » ⁴¹. La seule revue médicale sans conflit d'intérêt avec les laboratoires pharmaceutiques ⁴² est la revue mensuelle « Prescrire ».

1.2.3.3.2 Les congrès et séminaires

Les deux grands congrès annuels qui permettent aux médecins généralistes d'échanger avec leurs confrères et d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences sont : le « Congrès de Médecine Générale » à Nice et « les Journées Nationales des Médecins Généralistes » au CNIT à Paris. Ouverts aux médecins généralistes et internes, ils abordent différents thèmes dans le cadre de sessions, communications et ateliers. La relation médecin-patient est une thématique constante des travaux de ces rencontres. Elle est abordée sous un angle différent chaque année.

1.2.3.3.3 Les groupes de pairs

Créés en 1988, les groupes de pairs étaient, à l'origine, une structure dans laquelle s'organisait le fonctionnement d'un groupe à vocation scientifique ⁴⁴. Très vite ils sont devenus un moyen de formation et d'évaluation des pratiques pour les médecins généralistes qui y participent. Ce sont des groupes compris entre 5 et 10 médecins de même exercice, proches géographiquement, qui se réunissent entre 6 et 10 fois par an. Ils réfléchissent ensemble à leur pratique quotidienne et la confrontent ensuite au regard de leurs pairs, à celui de la science et aux ressources locales du système de soin, à partir d'exemples vécus ⁴⁵. Selon une enquête de la SFMG (Société Française de Médecine Générale) de 2008, 194 groupes de pairs étaient constitués et rassemblaient près de 1800 médecins généralistes ^{44,45}.

1.3 Hypothèses et objectifs de la recherche

Nous nous sommes posés les questions suivantes :

- Comment les médecins généralistes se comportent-ils face aux patients difficiles ?
- Quels sont les signes émis par les patients lors de la consultation qui mettent les médecins sous tension ?
- Quelles stratégies développent-ils pour tenter de maintenir la relation ?
- Ont-ils plus souvent recours aux explorations paracliniques, aux avis spécialisés ?
- Participent-ils à des formations professionnelles sur la relation médecin-patient ?
- Subissent-ils des répercussions d'ordre émotionnel, psychique ?

Hypothèses de recherche :

- Les patients difficiles sont des patients identifiés par leurs médecins généralistes.
- Les médecins généralistes recherchent des solutions pour maintenir la relation.
- Les médecins généralistes rompent la relation avec les patients difficiles.
- Une formation spécifique (déjà reçue ou souhaitée) les aide ou les aiderait à vivre plus sereinement la confrontation et mieux exercer leur prise en charge.

Objectif de l'étude :

L'objectif de notre étude est d'explorer les comportements des médecins généralistes pour la prise en charge de leurs patients difficiles.

Les attendus de cette étude sont :

- une meilleure connaissance de la représentation que se font les médecins généralistes des patients difficiles et les stratégies qu'ils développent pour maintenir la relation et assurer leur prise en charge globale.
- une évaluation des répercussions des patients difficiles sur la prise en charge diagnostique, thérapeutique et comportementale des médecins.
- la formulation d'une hypothèse : chaque médecin généraliste a des patients difficiles et il y aurait donc un intérêt réel à intégrer les spécificités de leur prise en charge dans la formation à la relation médecin-patient, qui devrait être présente dans les études médicales comme l'est l'apprentissage biomédical.

2 Méthodologie

2.1 Choix d'une étude qualitative

Notre travail se fonde sur une enquête descriptive de type qualitative ⁴⁷, basée sur la réalisation puis l'analyse d'entretiens semi dirigés ⁴⁸ auprès de médecins généralistes volontaires, sur leur perception de leurs patients difficiles, leur ressenti et les conséquences sur la prise en charge de ces patients et sur leurs propres comportements.

Bien qu'existant autant en France que dans les pays anglo saxons, le phénomène Heartsink est peu connu et aucune étude n'a été à notre connaissance publiée en français. Aussi, nous avons choisi de proposer un support d'information non exhaustif sur les Heartsink que nous avons présenté aux médecins à la suite de l'entretien.

2.2 Mode de sélection des médecins

Nous avons construit un échantillon de médecins volontaires et intéressés par ce travail. Le recrutement a été effectué selon la méthode dite « de proche en proche » ^{48,50} consistant à identifier les potentiels participants à l'enquête à partir de personnes déjà informées de celle-ci.

J'ai sollicité des médecins généralistes de ma connaissance, que j'avais soit remplacé, soit rencontré dans le cabinet dans lequel j'effectuais mes remplacements. Je leur ai demandé ensuite de me donner le nom d'autres confrères susceptibles d'être intéressés et d'accepter de participer à l'étude. J'ai pris un rendez-vous téléphonique avec chacun d'eux pour leur demander leur collaboration et leur présenter le sujet et la méthodologie de mon projet. Tous les médecins généralistes contactés ont spontanément acceptés.

Les critères d'inclusion des médecins pour la constitution de l'échantillon ont été de quatre ordres, non cumulatifs :

- Exercer exclusivement la spécialité de médecine générale en cabinet,
- Accueillir des étudiants du 3^e cycle de médecine générale dans le cadre de stages ambulatoires, soit lors de stage chez les praticiens (SP), soit lors des stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS),
- Exercer une activité d'enseignant au sein du Département de Médecine Générale (DMC) de la faculté de médecine Paris Diderot,
- Etre médecin généraliste remplaçant non thésé ayant effectué un remplacement d'au moins 6 mois dans le cabinet où il exerce.

Les critères d'exclusion ont été :

- Les médecins généralistes remplaçants non thésés n'ayant pas effectué leur SASPAS,
- Les médecins spécialistes d'autres disciplines ou médecins généralistes spécialistes inscrits avec d'autres spécialités.

2.3 Taille de l'échantillon

Le nombre de médecins généralistes à rencontrer n'avait pas été initialement fixé. L'inclusion de nouvelles personnes a été arrêtée lorsque nous avons obtenu une saturation des données, c'est à dire que nous n'avons pas reçu de nouvelles informations susceptibles d'enrichir notre recherche. Le nombre d'entretiens avant la saturation des données est habituellement compris entre 15 et 20 pour ce type de recherche qualitative. Au total, le nombre de médecin généraliste composant l'échantillon est de 16.

2.4 Choix de l'entretien semi dirigé

Nous avons le choix parmi trois grands types de méthode qualitative : l'entretien par questionnaire, la méthode du focus group (ou groupe de discussion) et l'entretien semi dirigé.

Nous avons choisi la méthode par entretien individuel semi dirigé⁴⁹ qui s'appuie sur le recueil d'informations lors d'un tête à tête avec les personnes interrogées. C'est la méthode qui convient le mieux pour analyser des processus de pensée, de comportement ou de représentation⁵¹. Elle a une structure souple constituée de questions ouvertes définissant des champs à explorer, desquels l'intervieweur ou l'interviewé peuvent s'éloigner pendant l'entretien pour approfondir une idée⁵⁰. Notre sujet étant sensible, les médecins généralistes ont ainsi eu une totale liberté de parole et pu construire leur propre « discours ». L'entretien semi dirigé se caractérise par l'utilisation d'un guide d'entretien⁴⁸.

2.4.1 Le guide d'entretien

Nous avons réalisé un guide d'entretien constitué de questions ouvertes à partir des thématiques issues de notre analyse de la littérature et de notre approche du sujet. Le guide a été testé auprès des deux premiers médecins rencontrés et la reformulation d'une question a été apportée (le guide d'entretien définitif est présenté en annexe).

L'entretien avec le médecin interviewé s'est déroulé en trois étapes:

- La présentation des thèmes de l'enquête en donnant une définition succincte des Heartsink afin que la notion de patient difficile soit la même pour chacun.
- Le recueil des informations :

Le médecin interviewé a été invité à se présenter, à préciser son mode d'exercice (cabinet seul ou en groupe), son lieu d'exercice et son type de patientèle, son âge, son nombre d'années d'exercice, sa formation médicale ou extra médicale, sa participation à une formation médicale continue et sa participation à des groupes Balint.

Chaque thème prévu a été abordé sous forme de questions ouvertes en respectant l'ordre de celles-ci dans la construction du guide. Ont ainsi été explorés : leur définition des patients Heartsink, le contexte de la rencontre avec ces patients, leurs attitudes et leurs demandes et les comportements adoptés par les médecins pour conduire la consultation et assurer leur prise en charge. L'accent a été mis sur l'expression et le ressenti du médecin tout au long de sa rencontre avec le patient difficile et les conséquences sur l'exercice de sa pratique professionnelle et sur sa propre personne.

- Une présentation du support d'information sur les Heartsink en fin d'interview a été également rappelée. Les garanties de confidentialité et d'anonymat ont été répétées.

2.4.2 Déroulement des entretiens

Nous avons rencontré les médecins, selon leur souhait, seul, sur leur lieu de travail, au cabinet ou dans un centre de santé. Ils avaient été préalablement prévenus que notre échange allait durer entre 30 min et 45 min au total afin qu'ils puissent s'organiser et que nous ne manquions pas de temps.

2.4.3 Recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés par un enregistreur numérique « Olympus digital voice recorder » VN- 8500PC.

La durée d'enregistrement varie entre 18min et 35 min.

2.4.4 Retranscription

Le recueil des données a été réalisé avec l'accord oral des médecins interrogés, sous couvert d'anonymat. Dans un souci de confidentialité, les entretiens retranscrits par ordre chronologique des rendez-vous, ont été renommés par ordre alphabétique. Le premier entretien est donc celui du Docteur A et ainsi de suite.

Les entretiens ont été retranscrits, sur un fichier Word, mot à mot respectant ainsi le langage parlé propre à chaque interlocuteur.

2.4.5 Méthode d'analyse

La méthode retenue est celle de l'analyse thématique transversale ⁴⁸ qui a consisté à repérer dans chacun des entretiens et par une série d'expressions, l'essentiel des propos en rapport avec notre recherche. Ces thèmes ont ensuite été regroupés de manière organisée pour construire un raisonnement, chacun des thèmes rassemblant les extraits de témoignages qui ont une même signification ⁵⁰.

Un premier codage manuel descriptif a été réalisé avec un repérage linéaire des thèmes, puis chaque entretien a fait l'objet d'un relevé des thèmes associés aux extraits de témoignages reclassés selon les rubriques du guide d'entretien.

Deux personnes supplémentaires ont participé au codage descriptif pour limiter la subjectivité et repérer des thèmes non perçus, un médecin généraliste et une journaliste.

2.5 Présentation, après l'entretien, d'une information sur les Heartsink

L'objectif de notre étude est d'explorer les comportements des médecins généralistes pour la prise en charge des patients difficiles. Ce travail doit nous permettre d'avoir une meilleure connaissance de la représentation que les médecins se font des patients difficiles et des stratégies qu'ils mettent en place pour maintenir une bonne relation médecin-malade dans l'exercice de leur pratique médicale. Il doit également contribuer à vérifier l'hypothèse posée selon laquelle il y aurait un intérêt réel à intégrer les spécificités de leur prise en charge dans la formation à la relation médecin-malade.

Nous avons ainsi bâti, à partir de la bibliographie existante, un support d'information non exhaustif sur les patients difficiles et choisi de le présenter après l'entretien. Ce support a donc été réalisé avant la réalisation des entretiens. L'objectif était de proposer aux médecins après leurs entretiens, un support d'information, sur les données existantes sur les Heartsink.

Dans le support d'information présenté, sous forme d'un power point composé de 9 écrans, ont été successivement abordés :

- la définition des Heartsink dans la littérature,
- l'écoute des patients difficiles et la recherche des motifs cachés et des non dits,
- les attitudes et comportements suggérés pour maintenir la relation,
- les différents schémas de consultation proposés par la littérature et les différentes catégories de patients difficiles,
- quelques pièges à éviter.

2.6 Recherche bibliographique

Nous avons fait une recherche bibliographique sur internet.

Les différents sites visités ont été :

- moteur de recherche : Google,
- visite de l'ANAES ou HAS,
- site du ministère de la santé,
- site de la société française de médecine générale (sfmg),
- site du CNGE, CISP,
- le portail PUB MED,
- le portail MED LINE.

Nous avons également consulté des documents à la B.I.U.M.

Les mots utilisés pour la recherche en Français :

- Médecine générale, médecin généraliste, praticien,
- Relation médecin-malade, relation médecin-patient,
- Entretien,

- Patients difficiles, symptômes médicalement inexpliqués.

Les mots utilisés pour la recherche en Anglais :

- general medicine, general practice, general practitioners
- family practice,
- heartsink, difficult patient,
- burn-out.

3 Résultats

3.1. Données générales de l'étude

3.1.1 L'entretien

3.1.1.1 Le lieu

- 13 entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin interrogé avant ou après une plage de consultation,
- 3 médecins remplaçants ont choisi de nous rencontrer à la faculté de médecine Paris Diderot ; nous avons réservé une salle permettant de conserver l'intimité nécessaire au bon déroulement de l'entretien.

3.1.1.2 La durée

L'interview la plus courte a duré 14'14 et la plus longue a duré 35'13 avec une moyenne de 20'58.

3.1.2 Population étudiée

3.1.2.1 Âge

Nous avons interrogé des médecins âgés de 29 à 65 ans. Les hommes sont âgés de 54 à 65 ans avec une moyenne d'âge de 56 ans. Les femmes sont âgées de 29 à 58 ans avec une moyenne d'âge de 38 ans.

3.1.2.2. Sexe

Nous avons interviewé 9 femmes et 7 hommes.

3.1.2.3. Type d'exercice

10 des médecins interviewés exercent en association avec un ou plusieurs confrères, 3 médecins exercent seuls, 3 étaient des médecins remplaçants non thésés en remplacement dans des cabinets de groupe.

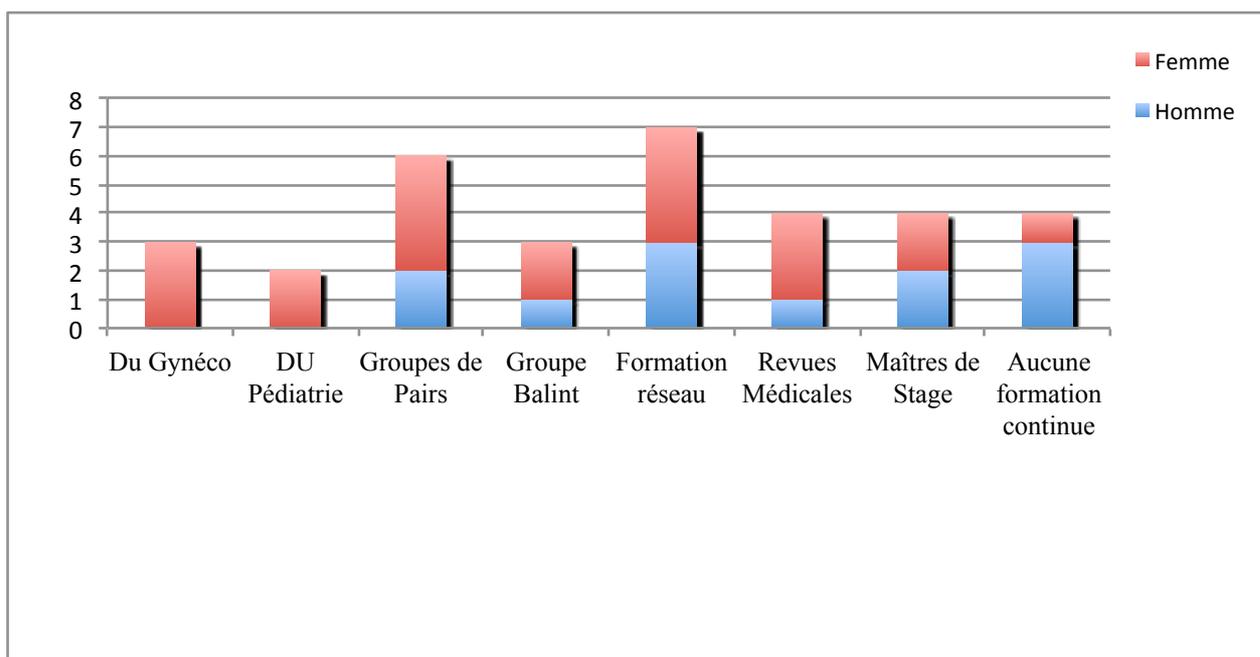
3.1.2.4. Lieu d'exercice

Les médecins interrogés exercent tous en milieu urbain. Parmi eux, 6 exercent dans Paris, 7 exercent en Seine-Saint-Denis et 3 en Seine-et-Marne.

3.1.2.5. Formation continue, extra-médicale

Aucun des médecins interviewés ne disposait de la même formation. La participation à des groupes de pairs n'exclut par ailleurs pas la possibilité de participer à des groupes Balint, d'effectuer une formation réseau ou d'être par exemple abonné à des revues médicales.

Schéma récapitulatif sur la formation des médecins interviewés :



3.2. La perception du patient Heartsink

3.2.1 Le vocabulaire utilisé

Lorsque les médecins généralistes parlent de leurs patients difficiles, d'emblée les qualificatifs utilisés sous-tendent un sentiment différent de celui d'une consultation habituelle. Ce sentiment particulier ressenti induit le déroulement de l'échange à venir. Certains parlent de patients « *particuliers* », d'autres de patients « *ingérables* » et plus de la majorité parle spontanément de « *patients chiants* ».

Il y a ceux qui sont difficiles à cerner :

Docteur A : « une attitude particulière »,

Docteur N : « lot de patients difficiles à aborder ».

Docteur O : « patiente très très particulière »,

Il y a ceux qui sont difficiles à gérer :

Docteur B : « les incultes et les trop cultivés. L'inculte (..) qui a tous les droits, qui n'a aucun devoir et qui t'emmerde vraiment. Les trop cultivés (..) qui connaissent tout et qui veulent tout savoir, qui t'imposent un médicament »,

Docteur C : « patients ingérables », « les patients difficiles sont souvent « casse gueule par définition » et disent souvent n'importe quoi ».

Plus de la moitié ont spontanément parlé de patients « *chiants* » :

Docteur D : « terriblement chiants »,

Docteur J : « patients chiants », « un ronchon qui va me casser les pieds »,

Docteur P : « s'il sont trop pénibles », « c'est toujours les mêmes patients », « ils sont insupportables, c'est des gens chiants, peut être complexés qui remettent tout en doute », « ce sont des personnes chiantes et pas seulement des patients chiants, d'ailleurs mon copain cordonnier a les mêmes emmerdeurs que moi ».

3.2.2 Quelles sont les caractéristiques de leurs patients difficiles.

3.2.2.1 Épidémiologique

- L'âge :

La majorité des médecins esquissent de nombreux éléments d'identification de patients difficiles, sans en définir un profil type. Seuls 3 médecins pensent avoir identifié une tranche d'âge caractéristique et 2 médecins un sexe caractéristique. Tous les médecins reconnaissent une grande variabilité dans le profil de ces patients.

Docteur G : « pas de profil type »,

Docteur H : « ce type de patients appartient à n'importe quel niveau social ».

Docteur K : « c'est plus la personnalité, l'attitude agressive, le comportement qui les définissent. Il n'y a pas de différence entre hommes et femmes et l'âge n'intervient pas non plus »,

Docteur P : « l'âge, le sexe, la situation professionnelle, le niveau social ne sont pas des marqueurs, pas un profil bien défini »,

Pour 3 médecins, on retrouve une tranche d'âge caractéristique se situant entre 40 et 60 ans.

Docteur A : « entre 40 et 60 ans »,

Docteur L : « entre 40 et 50 ans »,

Docteur O : « entre 50 et 60 ans ».

- Le sexe :

3 médecins pensent que ces sont majoritairement des femmes.

Docteur L : « les femmes sont davantage dans la plainte »,

Docteur N : « la femme de 50 ans qui vit seule, et qui a vécu un divorce ou un deuil »

Docteur O : « plus de femmes », « vivant seules ».

3.2.2.2 Comportementales

3.2.2.2.1 Les « ayants droit »

La majorité des médecins ont cité les « ayants droit » comme étant les patients difficiles avec qui ils avaient le plus à faire. Les médecins parlent de patients « dans la demande » ou d'« ayants droit ». Ils peuvent aussi, pour les définir, parler de la nature de leurs demandes. Dans ce cas, ils évoquent les patients qui veulent consulter le spécialiste, qui réclament « juste un courrier » en faisant fi de l'avis du médecin généraliste ou qui viennent avec une liste de médicaments à se faire prescrire.

Les médecins évoquent cette caractéristique d'« ayant droit » le plus souvent en utilisant des termes généraux :

Docteur A : « les patients très demandeurs »,

Docteur J : « ceux qui disent toujours : j'ai le droit, j'ai le droit, ça me rend dingue »,

Ils soulignent notamment qu'ils réclament systématiquement une consultation avec le spécialiste par la demande d'un « courrier ».

Docteur C : « certains qui veulent absolument aller chez les spécialistes et arrivent au cabinet en me disant - j'ai pris rendez-vous, j'ai besoin de votre courrier »,

Docteur D : « quelqu'un qui n'est pas venu depuis 107 ans et qui arrive en me demandant de faire la lettre pour le dermato, l'ophtalmo, le cardio ».

Ceux qui réclament des médicaments, qui viennent avec une liste :

Docteur E : « ceux qui arrivent avec leur liste de courses, qui savent ce qu'ils ont et savent ce qu'ils veulent comme prescription »,

Docteur P : « ceux qui me prennent pour l'épicier »,

Docteur H : « je veux ça et ça parce que c'est remboursé, ou qui dès que je prescris me pose la question, c'est remboursé ? ».

3.2.2.2.2 Les « diagnostiqueurs »

Après les ayants droit, les patients qui arrivent en consultation avec le diagnostic déjà posé sont ceux qui agacent le plus les médecins. Ils provoquent un malaise car les soignants ne se sentent plus à leur place.

Docteur A : « le patient qui ne nous parle pas de symptôme mais de maladie : « Bonjour Docteur j'ai la grippe » »,

Docteur K : « ceux qui arrivent avec une idée arrêtée par exemple sur les antibiotiques nécessaires »,

Docteur N : « ceux qui viennent avec leur diagnostic »,

Docteur O : « ceux qui viennent avec leur diagnostic et qui n'écoutent pas, ceux à qui je donne des examens et qui ne les font pas et qui m'expliquent que ce n'était pas nécessaire ».

3.2.2.2.3 Les « revendicateurs »

Certains médecins évoquent un profil de patient revendicateur. Ce sont ceux qui veulent toujours tout comprendre et connaître, ceux qui posent des questions en cascade. Ces patients déroutent le médecin dans sa réflexion et brouillent leur plainte initiale et réelle.

Docteur A : « le ping-pong de demandes quand ils viennent à deux »,

Docteur K : « homme très revendicatif », « le cas des patients très instruits qui veulent tout comprendre », « ceux qui viennent avec une idée en tête et je sais dès le première minute, que tout l'enjeu de la consultation ça va être de leur refuser telle chose »,

Docteur H : « ce sont des revendicateurs : je veux, je veux des examens ! »

Au point de ne plus comprendre le motif de la consultation pour certains médecins:

Docteur C : « les patients qui ont des espèces de revendications diffuses sur lesquelles on n'a pas d'accroche logique donc pas de réponse, c'est à dire qu'on ne sait pas quoi leur dire ».

3.2.2.2.4 Les « agressifs ou provocateurs »

De nombreux médecins ont souligné que c'était la composante agressive et provocatrice, existant chez ce profil de patients qui allait compliquer la consultation.

Docteur B : « Celui au contraire qui vous regarde droit dans les yeux en te disant : toi je vais t'avoir, je vais te faire causer ! »,

Docteur K : « la personnalité, l'attitude agressive, le comportement », « ceux qui après coup me font culpabiliser parce qu'ils sont agressifs et donc que moi je n'y arrive pas », « les comportements agressifs »,

Docteur O : « le patient agressif et peu respectueux, par exemple, celui qui ne va pas enlever sa casquette ».

3.2.2.2.5 Les « méfiants »

D'après les médecins interviewés, la majorité de ces patients expriment ou montrent une méfiance envers eux.

Docteur A : « patients qui vont remettre en cause une décision, qui vont nous interpellier sur tous nos propos »,

Docteur J : « ceux qui dénigrent complètement le travail du docteur », « ceux qui pensent que nous sommes richissimes parce qu'on est médecin »,

Docteur N : « ceux qui ne me font pas confiance, (...) qui n'écoutent pas, ceux à qui je donne des examens à faire et qui ne les font pas », « les gens qui pensent que ce n'est pas nécessaire de faire les examens ».

3.2.2.2.6 Les « plaintes multiples »

La plupart des médecins ont également évoqué les patients qui consultent pour une multitude de problèmes, ou qui reviennent à de nombreuses reprises pour le même motif de consultation.

Docteur A : « ceux qui parlent tout le temps, qui ne nous laissent pas le temps de nous exprimer et qui ne nous laissent pas aller au bout de nos explications », « logorrhée importante de plaintes multiples »,

Docteur C : « ceux qui ont des revendications multiples face auxquelles on pense à un problème psy sous jacent et qui n'ont pas du tout envie d'être orienté »,

Docteur H : « ceux qui arrivent en disant : Ah Docteur ça fait longtemps et qui sortent une liste avec une dizaine de motifs de consultation »,

Docteur L : « la plainte revient pour la millième fois »,

Docteur O : « qui arrivent avec une liste de problèmes et ça, ça m'exaspère ».

3.2.3 Les premiers signes évocateurs d'un Heartsink

3.2.3.1 Le manque de respect

Le manque de respect des règles élémentaires de bonne conduite est annonciateur d'une consultation difficile et une source d'énervement pour la majorité des médecins.

Les médecins se plaignent plus précisément du manque de respect des règles du cabinet, avec par exemple, « *les patients qui ne respectent pas les plages horaires des consultations libres* ». Un autre phénomène évoqué par la majorité des médecins est l'usage du téléphone portable pendant les consultations, en répondant à un appel ou en envoyant des messages : les médecins estiment que c'est un réel manque de respect vis à vis d'eux et de leur travail.

Les médecins se plaignent d'un manque de civisme d'une manière générale, source d'agacement et d'énervement :

Docteur I « le manque de respect qui m'agace », « c'est le manque de civisme qui me pose un souci, qui m'énerve »,

Docteur J : « ceux qui ne sont pas respectueux », « ces attitudes m'énervent, m'agacent ».

Docteur K : « ceux qui ne respectent pas sciemment les règles du cabinet et surtout jamais les horaires de consultation libres »,

Docteur O : « le patient (...) peu respectueux qui ne va pas enlever sa casquette ».

L'utilisation du téléphone portable pendant la consultation est une preuve d'incivilité majeure pour la quasi totalité des médecins :

Docteur I : « les attitudes de non respect, c'est à dire répondre au téléphone pendant la consultation, pas écouter ce que je dis, s'étonner de devoir payer la consultation »,

Docteur L : « les gens qui regardent leur téléphone et qui font comme s'ils n'en n'avaient rien à faire pourvu que ça aille vite »,

Docteur M : « ceux qui téléphonent »,

Docteur O : « celui qui va recevoir un appel téléphonique et qui ne va pas arrêter son téléphone »,

Docteur P : « les gens mal élevés, qui mettent en cause tout ce que je dis, qui n'écoutent rien, qui téléphonent ».

3.2.3.2 L'apparence physique

L'aspect physique et le manque d'hygiène ont été soulevés par trois médecins comme un phénomène pouvant influencer sur la qualité des soins :

Docteur A : « si ils sentent mauvais ou si ils ont une apparence de toxicomane ou d'alcoolique »,

Docteur M : « comme tous les humains la présentation joue ».

La majorité des médecins ont dit ne pas s'attacher à la présentation physique et n'y accorder aucune importance :

Docteur J « l'apparence physique ne change rien ».

3.2.4 Les médecins ont-ils tous les mêmes patients difficiles ?

3.2.4.1 Les patients difficiles sont tous les mêmes

La majorité des médecins interviewés estiment que les patients difficiles seraient les mêmes pour tous car ils ont tous le même profil. Ils pratiqueraient un nomadisme médical. Les médecins pensent que ce sont toujours les mêmes qui vont d'un cabinet à l'autre et épuisent le médecin jusqu'au prochain.

Docteur A : « on a une formation équivalente donc quand on a pas de réponse qu'on est agacé il est fort possible que ce soit donc les mêmes patients »,

Docteur F : « ce sont tous les mêmes car je pense que ce sont des personnes anxieuses à la base »,

Docteur J : « possible qu'ils aient le même profil ».

Beaucoup pensent que c'est parce qu'ils pratiquent le nomadisme médical :

Docteur H : « ce sont des gens qui sont dans le nomadisme médical »,

Docteur O : « c'est du vagabondage médical »,

Docteur P : « ce sont les mêmes car ils font le tour de tous les médecins donc chacun les retrouve à un moment ou à l'autre ».

Ces patients épuisent leur médecin, en changent et recommencent avec un autre médecin :

Docteur C : « c'est le type de patients qu'on se refille entre confrères », « qui tournent, qui épuisent un premier médecin pendant des mois »,

Docteur D : « Si on ne réagit pas de la même manière entre collègues, il semble bien que ce soient les mêmes patients qui nous exaspèrent », « je me suis carrément disputée et ils sont passés chez un confrère », « nous vivions tous les mêmes difficultés »,

Docteur O : « des gens qui vagabondent, qui peuvent avoir épuisé leur médecin et qui vont en changer. », « on repasse souvent le bébé à d'autres ».

3.2.4.2 Les patients difficiles changent suivant le médecin

Une minorité de médecins pensent que les patients difficiles ne sont pas les mêmes pour tous. Ils estiment que leur caractère et leur comportement ont un rôle dans la relation médecin-patient. Selon eux, ils participent en partie à la « définition » du patient difficile, le type de population de patients d'un cabinet médical étant à l'image du médecin.

Docteur E : « ça dépend à la fois du caractère du médecin et du profil des patients »,

Docteur G : « cela dépend du médecin », « mes patients difficiles ne sont pas forcément ceux de mes confrères »,

Docteur P : « quelques variations selon le caractère des médecins ».

Comme les médecins ont des personnalités différentes, les patients aussi.

Docteur B : « la patientèle reflète le médecin »,

Docteur J : « nous ne sommes pas tous énervés par les mêmes choses, ça ne touche pas les mêmes cordes sensibles selon les médecins »,

Docteur K : « selon les compétences et l'expérience acquise on n'a pas les mêmes points faibles ».

3.2.5 Combien pensent-ils en avoir ?

Tous les médecins interviewés ont dans leur patientèle des patients avec qui la relation médecin-patient a été mise en échec et parmi eux nombreux sont des « Heartsink ». Une estimation précise est difficile à faire.

La majorité des médecins estiment que leurs patients difficiles ne sont pas les plus nombreux et se disent soulagés qu'ils ne constituent qu'une petite partie de leur cabinet.

Docteur H : « heureusement ce ne sont pas les plus nombreux », « je les identifie au fur et à mesure et à chaque fois je tombe des nues »,

Docteur I : « j'en n'ai pas beaucoup »,

Docteur L : « d'autres qui par intermittence m'agacent »,

Docteur P : « très peu parce qu'ils s'éliminent automatiquement, c'est un flux, ils partent et des nouveaux arrivent».

Combien de patients difficiles ? :

Docteur A : « je dirais qu'il y en a entre 15 et 20, qui sont vraiment tous à leur façon, difficiles »,

Docteur B : « 10% sur 1500.. ça ne fait pas beaucoup car dedans il y a ceux qui ne reviennent pas »,

Docteur J : « 5 Heartsink »,

Docteur N : « purs et durs je dirais entre 12 et 15 ».

3.2.6 Les motifs de consultations

Plusieurs motifs de consultations ressortent des interviews réalisées :

- Le nombre trop important de sujets abordés par consultation.

Docteur A : « logorrhée importante de plaintes multiples »,

Docteur O : « qui arrivent avec une liste de problèmes et ça, ça m'exaspère »,

Docteur P : « qui viennent en te disant qu'ils n'ont pas consulté depuis longtemps et qu'ils viennent pour plein de choses ».

- La demande abusive d'arrêt de travail.

Docteur E : « ceux qui viennent pour un arrêt de travail »,

Docteur N : « j'ai vraiment horreur qu'ils me disent qu'ils viennent pour une semaine d'arrêt de travail »,

Docteur P : « je viens pour un arrêt de travail de 8 jours, j'en ai pas pris l'année dernière ».

- Les patients qui viennent avec une liste de médicaments et/ou leur volonté d'avoir uniquement des médicaments non substituables.

Docteur B : « une femme qui venait tout le temps avec une liste de médicaments, je n'en pouvais plus ! »,

Docteur O : « ça m'exaspère, je leur fais comprendre que je ne suis pas l'épicier »,

Docteur P : « ceux qui protestent en disant les génériques ne marchent pas sur moi, je n'en veux pas ».

- La demande de courrier pour consulter le spécialiste.

Docteur C : « certains qui veulent absolument aller chez les spécialistes et arrivent au cabinet en me disant - j'ai pris rendez- vous, j'ai besoin de votre courrier. »,

Docteur D : « quelqu'un qui n'est pas venu depuis 107 ans et qui arrive en me demandant de faire la lettre pour le dermato, l'ophtalmo, le cardio ».

- La demande de certificats ou demande d'aides sociales.

Docteur A : « celui qui a besoin d'un certificat pour obtenir un nouvel appartement »,

Docteur D : « les patients qui veulent aller en cure thermale aux frais de la sécurité sociale »,

- Les pathologies dites types, auxquels ils pensent en premier avec ces patients.

Docteur B : «prescrire des bilans ou consulter des spécialistes sans réelle conviction, par exemple la fibromyalgie »,

Docteur C : « des malades sur le plan organique mais qui ont besoin d'une prise en charge psychiatrique »,

Docteur H : « je pense à une femme qui avait de l'eczéma.. qui avait vu 10 dermato qui avaient confirmé le diagnostic et qui revenait me voir pour me dire que ce n'était pas de l'eczéma ».

Docteur P : « des problèmes psychologique, syndrome dépressif chronique, anxiété..».

3.2.7 Plaintes ordinales et menaces

2 médecins ont fait l'objet d'une plainte au Conseil de l'Ordre. Une des plaintes a été portée par un patient difficile qui estimait « *trop long le délai d'attente et qui disait que je soignais mal son fils* ». La moitié a évoqué des menaces physique et morales.

Docteur I : « menaces de cassage de gueule.. sans suite »,

Docteur J : « recevoir des menaces par des personnes qui demandent des choses que je ne leur donne pas »,

Docteur M : « des menaces de plaintes et dans ce cas je leur donne l'adresse du Conseil de L'Ordre. C'est logique je suis là pour les informer ».

3.3 Les stratégies de prise en charge du patient Heartsink

3.3.1 Découverte et première approche du patient

3.3.1.1 Rencontre du patient

La vision du patient dans la salle d'attente provoque immédiatement la mise en place d'un mode de conduite spécifique pour la consultation. Les médecins savent que ça ne sera pas une consultation comme les autres. Ils sont immédiatement stressés par la présence de ce patient qu'ils connaissent. Ils savent que ce sont des consultations qui prennent plus de temps et redoutent les répercussions engendrées pour la suite des consultations.

La découverte du patient « Heartsink » déclenche de l'anxiété :

Docteur N : « tout commence par un stress quand on voit le nom », « quand on l'aperçoit dans la salle d'attente, on stresse un peu ».

Puis ils réalisent que la consultation prendra plus de temps que les autres :

Docteur C : « des consultations chronophages »,

Docteur O : « je vais voir ma liste de rendez-vous et je vais dire oh là là aujourd'hui il y a un cas qui va me demander plus d'attention et donc plus de temps ».

Cela rajoute un stress supplémentaire avec la crainte de ne pas finir à temps la journée de consultations :

Docteur A : « les consultations vont être plus difficiles à finir ».

Une anxiété qui peut conduire, chez un des médecins, à refuser de voir le patient en consultation.

Docteur B : « Quelque fois quand je les vois dans la salle d'attente ou sur une liste d'attente de rendez-vous. Il m'est arrivé de me défilier parce que ce jour là je ne pouvais pas les supporter, je fais annuler les rendez-vous ».

3.3.1.2 Un conditionnement préalable

La découverte du patient dans la salle d'attente ou sur le cahier de rendez-vous déclenche un mécanisme réflexe de protection. Le médecin se motive et se conditionne afin de gérer cette consultation qu'il craint « anormale ».

Docteur D : « je me prépare psychologiquement à entendre la vanne qu'il me lance systématiquement en rentrant dans le cabinet et forcément lors du démarrage de la consultation il y a quelque chose qui m'agace. Donc ça part mal »,

*Docteur G : « je me prépare et commence la consultation d'une manière différente »,
« lorsque je vois arriver ces patients, je me prépare à leur répondre, à les canaliser »,
« il faut que je sois active et que je ne les laisse pas conduire la consultation »,*

*Docteur K : « la seule manière pour moi est de respirer un bon coup et de me dire
« reste calme, tu t'énerveras quand il sera parti »,*

Docteur M : « pour ceux qui vont me mettre en difficulté, je suis obligé de me motiver pour me faire une stratégie avant de commencer »,

Docteur N : « une consultation qui ne sera pas normale ».

3.3.1.3 Aménagements de la consultation

Les médecins interviewés sont nombreux à dire qu'ils aménagent volontairement le déroulement de leur consultation afin que celle-ci se déroule « *le mieux possible* ». En effet, certains choisissent d'écourter la consultation, ou du moins ont en tête de ne pas se laisser « *trop déborder par le temps* ».

Parfois, certains médecins « échappent » à la consultation en les renvoyant à une consultation sur rendez-vous, afin d'être plus serein. D'autres ont décidé de ne pas recevoir ces patients en horaires libres et leurs donnent systématiquement un créneau horaire bien spécifique. Comme nous l'avons vu précédemment, un médecin avouera parfois préférer faire annuler la consultation.

La majorité des médecins décide de surveiller le temps de consultation, ou même de l'écourter.

Docteur A : « ça peut m'arriver d'abréger les consultations »,

Docteur C : « On essaie d'abréger les consultations, l'idée c'est que ça ne déborde pas sur des questions multiples »,

Docteur D : « j'aménage les consultations (...) je m'y prépare », « Il m'arrive d'abréger la consultation et donc de lâcher l'affaire, ça dépend aussi beaucoup du moment de la journée et de son déroulement »,

Docteur G : « écourter une consultation »,

Docteur J : « j'essaie de limiter la consultation à 20 min »,

Docteur L : « faire d'avantage attention au temps de consultation en ayant l'œil sur le chrono », « encore 5 min et on arrête », « abréger la consultation ».

D'autres préfèrent faire une consultation « sur mesure », pour certains en les renvoyant à une autre date de rendez-vous.

Docteur F : « les voir sur rendez-vous en prenant des plages plus longues », « prendre en compte le facteur « patient difficile » pour aménager mes temps de consultation »,

Docteur J : « je leur donne un nouveau rendez-vous »,

Docteur O : « je préfère les prendre sur rendez-vous, c'est clair»,

Et un médecin réalise une tarification spéciale :

Docteur B : « ça m'arrive de les faire payer plus cher, on a le droit aux dépassements, mais ce n'est pas une généralité».

3.3.1.4 Canalisation de la demande du patient

De nombreux médecins expriment le besoin de canaliser le patient. Ils cherchent à les cadrer aussi bien dans leurs demandes que dans le temps de consultation. Ils expliquent au patient qu'il existe un cadre « temporel » pour que la consultation se déroule bien.

Docteur A : « je recadre complètement les choses »,

Docteur C : « Essayer de régler le problème de toute une vie en un quart d'heure, c'est pas possible donc il faut réduire un peu leur demande »,

Docteur G : « lorsque je vois arriver ces patients, je me prépare à leur répondre, à les canaliser », « quand je n'arrive pas à convaincre j'écourte la consultation »,

Docteur J : « j'essaie de cadrer au mieux en disant « stop maintenant, on fait ça, ça, et ça puis on se revoit »,

Docteur L : «besoin de plus les canaliser »,

Docteur M : « de toute manière je vais contrôler la durée de la consultation et pas me laisser dépasser ».

En fonction de l'expérience des médecins interviewés la réussite de cette « canalisation » est plus ou moins grande. Ce sont d'avantage les jeunes médecins qui expriment leur difficulté à gérer les débordements horaires induits par ce genre de patients.

Docteur E : « réduire le temps de consultation.. je ne sais pas faire », « Je me laisse toujours embarquer », « Je ne canalise pas non plus mes patients ».

Docteur J : « j'essaie mais ce n'est pas toujours facile de cadrer au mieux en disant Stop maintenant on fait ça et ça et ça, puis après on se revoit »

Docteur L : « en gardant un œil sur le chrono »

3.3.2 Les différentes réactions et prise en charge utilisées par le médecin

En fonction du caractère de chacun, les médecins réagissent différemment suivant le type de relation dans lequel ils se trouvent avec leurs patients difficiles. Ils vont tous mettre en place une stratégie adaptée au type de patient qui les met en échec.

Certains vont choisir d'entamer une négociation qui aura pour but de rallier le patient à leur cause.

Certains choisissent d'exprimer volontairement leur exaspération, parfois en utilisant l'humour, allant même pour beaucoup jusqu'à un affrontement verbal dans le but de provoquer un changement de comportement et d'attitude.

D'autres décident de céder à certaines demandes parfois abusives, soit par confort, soit parce que cela fait partie de leur stratégie de prise en charge.

D'autres encore décident de poser un vrai ultimatum à leurs patients, les obligeant à prendre conscience que s'ils ne changent pas d'attitude, leur relation médecin-patient sera vouée à l'échec.

De nombreux médecins exaspérés par les rapports conflictuels, disent à certains de leurs patients difficiles qu'ils arrêtent de les prendre en charge et leur demandent de changer de médecin.

3.3.2.1 La négociation

L'attitude sceptique, contestataire des patients oblige les généralistes à argumenter, voire défendre leur diagnostic et leur traitement, entraînant de fait une négociation dans la prise en charge.

Docteur B : « il faut être caméléon, il faut s'adapter » « une main de fer dans un gant de velours, car on est commerçant »,

Docteur D : « c'est souvent une négociation », « il y a négociation, discussion. Je cède, même si c'est pas le mot juste ! en donnant mes arguments. »,

Docteur G : « j'explique en fait beaucoup pourquoi je prescris cela et pas autre chose »,

Docteur H : « c'est le rôle du médecin de justifier sa prise en charge, avec les patients difficiles, il faut réexpliquer et essayer de gagner leur confiance pour passer ce cap. Et après ils font ce qu'ils veulent ».

3.3.2.2 L'humour

L'utilisation de l'humour a été mentionnée par plusieurs médecins comme un moyen efficace de faire passer des messages ou désamorcer des tensions.

Docteur C : « Je réponds -très bien-, je ne vous examine pas car je l'ai déjà fait deux ou trois fois, voilà le courrier, c'est 23 euros.», « maintenant je suis de plus en plus cash, c'est parfois marrant de le prendre comme ça au second degré »,

Docteur D : « j'essaie de faire passer les messages souvent par l'humour », « dès qu'ils arrivent je leur fait remarquer en utilisant l'humour qu'ils vont me mettre en échec ».

3.3.2.3 La verbalisation de leur agacement

L'alternative à l'affrontement verbal peut parfois résider en une simple extériorisation des sentiments du médecin. Cela ayant deux fonctions, la première de soulager temporairement le

professionnel face à une situation difficile et la deuxième de provoquer une réaction afin de terminer correctement la consultation. En effet, une fois soulagé par son aveu, le médecin place le malade en situation de non retour, l'obligeant à revoir son attitude.

Docteur B : « quand je le vois revenir depuis 20 ans et que je n'arrive pas à m'en défaire je peux montrer volontairement mon agacement »,

Docteur C : « déjà volontairement exprimé »,

Docteur E : « avec certains j'ose montrer que je suis agacée »,

Docteur G : « mon agacement je l'ai même exprimé volontairement »,

Docteur N : « on le fait exprès (montrer son agacement) »,

Docteur P : « mon agacement ils le ressentent et je le leur dis volontairement », « ils le prennent parfois un peu difficilement mais je leur dis clairement qu'ils m'agacent ».

Certains utilisent volontairement un langage familier afin de faire réagir le patient et d'obtenir une prise de conscience de ce dernier :

Docteur E : « j'use un peu de familiarité »,

Docteur J : « vous voyez bien que vous me cassez les pieds et que vous me lâchez pas »,

Docteur M : « si je fais part de mon agacement ça fait partie de ma stratégie, soit pour aider le patient, soit pour qu'il change »,

Docteur O : « on fait exprès de montrer son agacement », « volontairement le leur dire pour leur faire comprendre qu'effectivement il faudrait changer d'attitude ».

3.3.2.4 L'affrontement verbal et le recadrage

Lorsqu'il existe une impasse au cours de la consultation, que ce soit dans la finalité de celle-ci ou concernant le contenu de l'ordonnance, l'affrontement verbal apparaît pour la majorité des médecins interviewés comme l'unique solution permettant de replacer le patient dans une relation médecin-malade équilibrée.

L'intimidation et la caricature du rapport de force permettent une échappatoire quand la consultation dérape.

Docteur B : « c'est très énervant et franchement j'ai envie de leur rentrer dedans et parfois je leur rentre dedans verbalement »,

Docteur J : « Je crois qu'il y a quelque chose qui ne va pas, soit je ne vous convient pas en tant que médecin, soit vous ne me convenez pas. Voulez vous rencontrer un confrère pour voir si ça se passe mieux ? bon maintenant stop !»,

Docteur K : « je pense qu'il faut être capable de les remettre à leur place lorsqu'ils dépassent les limites. », « j'ai fait exprès de ne pas être du tout sympathique avec lui, non pas pour qu'il ne revienne pas mais pour lui faire comprendre (..) que le médecin à tout de même un savoir faire, sinon il serait pas là à me poser des tas de questions. »,

Docteur O : « il faut leur faire un peu peur ».

Cette verbalisation des sentiments du médecin peut aboutir à un ultimatum sur la poursuite ou non de la relation médecin- malade ensemble :

Docteur C : « ça peut être aussi une stratégie », « leur faire comprendre le message », « soit on y arrive ensemble soit ils vont voir ailleurs », « il arrive rarement, que je leur tende tous les papiers et que je leur dise maintenant cassez vous ».

Docteur N : « l'échange n'est pas normal, c'est très froid et c'est pour montrer à la personne, soit elle change d'attitude, soit elle change de médecin »,

Docteur P : « s'ils sont trop pénibles je leur dis facilement d'aller voir ailleurs », « tout ce qui est du domaine du caprice ou de l'illogique, je dis non », « soit ils se calment, soit ils partent ».

3.3.2.5 L'injonction

De nombreux médecins interviewés ne veulent pas ou plus s'adapter au comportement des patients. Ils estiment qu'ils détiennent le savoir et qu'il revient au patient de s'adapter.

*Docteur C : « Avant je crois que j'essayais d'être globalement très gentil mais maintenant quand je suis fatigué, un peu sur la défensive... ça peut partir tout seul »,
« Je ne recommence pas à expliquer ma prise en charge pendant 107 ans »,*

Docteur G : « j'écoute et je dis non une bonne fois pour toutes », « ce n'est pas le patient qui prescrit, ce n'est pas lui le médecin »,

Docteur H : « le médecin a un savoir faire sinon vous ne seriez pas là à me poser des tas de questions »

Docteur K : « donc il faut qu'il m'écoute »,

Docteur N : « s'il ne me fait pas confiance c'est pas la peine qu'on continue », « tant pis si la personne ne veut plus continuer avec moi »,

Docteur P : « Si vous n'avez pas confiance allez voir ailleurs. Je ne cherche pas à me justifier. ».

3.3.2.6 La résignation

La grande majorité des médecins cèdent à certaines demandes qui, au départ, leurs paraissaient non justifiées ou abusives, parce qu'ils sont découragés d'avance par les longues négociations qu'ils ont avec ces patients. C'est le cas par exemple pour la prescription d'examens complémentaires.

Docteur D : « il y a négociation, discussion. Je cède. »,

Docteur E : « dès le début de la consultation on sait qu'on ne va pas s'en sortir sans lui avoir dit oui et on capitule »,

Docteur F : « s'il n'a pas son examen, il ira voir un autre médecin alors je lui donne »,

Docteur N : « parfois on s'en sort, parfois on est obligé de lâcher quelques examens »,

Docteur I : « parfois il faut que le médecin ne soit pas trop têtu pour qu'ils ne disent pas qu'il ne s'occupe pas bien d'eux ! Alors tant pis je cède! ».

3.3.2.7 La rupture de la relation médecin-malade

La majorité des médecins généralistes ont témoigné avoir déjà rompu le lien médecin-malade, en demandant à leurs patients de ne plus revenir les consulter. Ils abandonnent car ils ne veulent plus ou ne se sentent plus capables de les prendre en charge.

Docteur B : « Quelquefois je les fous dehors », « quand ils veulent un arrêt de travail c'est moi qui gère, terminé.. je les vire et ils reviennent parfois »,

Docteur C : « rarement, que je leur tende tous les papiers et que je leur dise maintenant cassez-vous »,

Docteur G : « il devait changer de médecin traitant », « je leur dis que nous ne pouvons plus avancer ensemble, je les rappellerai en leur indiquant l'heure et le nom de leur nouveau médecin »,

Docteur H : « dès que je sens que ça ne va pas, je leur dis qu'il faut changer », « là j'ai dit basta ! Changez de médecin »,

Docteur J : « bon maintenant stop ! Je crois qu'il y a quelque chose qui ne va pas : soit je ne vous conviens pas en tant que médecin, soit c'est vous qui ne convenez pas »,

Docteur M : « je ne veux plus vous revoir »,

Docteur P : « s'ils sont trop pénibles je leur dis facilement d'aller voir ailleurs », « je les élimine dès la première consultation en leur disant on est incompatibles et je ne pourrai pas bien vous soigner, allez-vous faire soigner ailleurs ».

3.4 Les raisons de la mise en place de ces stratégies de défense

3.4.1 Ce qui pousse les médecins à réagir

D'après les interviews réalisées, il existe plusieurs comportements aggravants qui vont agacer le médecin allant, pour certains, jusqu'à modifier leur prise en charge.

3.4.1.1 Le manque de civisme

Tous les médecins interviewés ont fait part du manque de respect qu'ils éprouvaient tout particulièrement face à ces patients.

Docteur B : « Le patient qui rentre en baissant les yeux et qui ne vous regarde jamais »,

Docteur M : « la manière dont ils se comportent, me regardent, jouent complètement dans la consultation »,

Docteur P : « les gens mal élevés, qui mettent en cause tout ce que je dis, qui n'écourent rien, qui téléphonent »,

L'absence de cohérence du comportement des patients est également soulignée.

Docteur B : « une femme qui venait tout le temps avec une liste de médicaments, je n'en pouvais plus ! C'était quelqu'un de très dirigiste (..) qui voulait avoir toujours raison, c'était chiant. Puis elle m'offrait des bouteilles de champagne, elle m'aimait bien »,

Docteur J : « le respect de la religion dans l'outrance et notamment du contact. Par exemple des hommes qui ne veulent pas me serrer la main parce que je suis une femme alors que je peux les voir nus et que ça les dérange pas du tout ou, au contraire, les patients qui ne veulent pas se déshabiller »,

3.4.1.2 Le manque de confiance verbalisé envers la profession médicale

De nombreux médecins témoignent du manque de confiance ressenti pour leurs connaissances ou leur prise en charge. Ces comportements créent un climat de tension dans la consultation qui en modifient le bon déroulement.

Docteur D : « quand ils discutent tout ce que je dis, je me sens humiliée dans ma fonction », « ça me donne le sentiment de ne pas être à ma place »,

Docteur E : « ils veulent nous court-circuiter »,

Docteur J : « ceux qui dénigrent complètement le travail du docteur »,

Docteur N : « des gens qui montrent un manque de confiance soit dans le diagnostic, soit dans le traitement. Ils me titillent un peu et ça je n'aime pas »,

Docteur O : « ça m'exaspère, je leur fais comprendre que je ne suis pas l'épicier »,

Docteur P : « c'est une mise en cause systématique de tout ce que je dis, je leur dis si vous n'avez pas confiance allez voir ailleurs ».

Aussi, les médecins se plaignent d'un fort sentiment d'irrespect et de défiance envers leur rôle de médecin. Les médecins se sentent envahis par ces patients qui essaient de diriger la consultation dans le but de se faire prescrire ce qu'ils veulent.

Docteur A : « je suis agacée lorsque je dois me justifier de ne pas donner assez de médicaments »,

Docteur G : « ce n'est pas le patient qui prescrit, ce n'est pas lui le médecin »,

Docteur K : « que le médecin a tout de même un savoir faire, sinon il serait pas là à me poser des tas de questions. Donc il faut qu'il m'écoute »,

Docteur L : « je leur explique qu'on a fait 10 ans d'études et qu'on a quelques connaissances »,

Docteur N : « en fait c'est lui qui fait la prescription, ça m'agace beaucoup (..) il a fini par m'énerver et il y avait de la tension ».

3.4.1.3 La personnalité du médecin

De nombreux médecins disent assumer leur part de responsabilité dans ce conflit en reconnaissant qu'ils peuvent aussi manquer de patience, aussi, certains admettant par exemple avoir « mauvais caractère ».

Docteur B : « une main de fer dans un gant de velours, car on est commerçant »,

Docteur F : « Je suis d'un tempérament peu nerveux et anxieux donc je ne m'emporte que très rarement car ensuite je le regrette et ça me met mal à l'aise »,

Docteur G : « je résiste, je suis un peu psychorigide peut être »,

Docteur K : « pas tous égaux face aux patients qui nous mettent en difficulté, c'est en fonction des formations qu'on a eues, après c'est en fonction de notre personnalité »,

Docteur N : « incompatibilité d'humeur »,

Docteur O : « si le patient est sur son téléphone, moi je continue de commenter mon ordonnance. Par contre, je ne me répète pas ! »,

3.4.2 Ce qui explique pourquoi ils cèdent aux demandes abusives

3.4.2.1 Le manque de temps

Le manque de temps par consultation est la première cause évoquée par les médecins interviewés.

Docteur N : « consultation très chargée (..) parfois on s'en sort, parfois on est obligé de lâcher quelques examens »,

Docteur O : « le monde dans la salle d'attente, je ne vais pas commencer à polémiquer sur le pourquoi de la radio du poumon et s'il faut la faire ou pas. Je la fais et puis voilà. »,

Le moment de la journée où se déroule la consultation est à prendre en considération. Les médecins nous ont majoritairement dit que plus le rendez-vous était tard dans la journée plus ils étaient fatigués et donc moins patients.

Docteur B : « je suis patient en fonction des heures de la journée »,

Docteur L : « souvent c'est moi qui suis fatiguée ou préoccupée et donc pas forcément eux qui sont en cause »,

Docteur M : « c'est le plus souvent moi qui ne suis pas en forme que les patients qui sont insupportables »,

3.4.2.2 La lassitude

Beaucoup admettent que c'est par facilité qu'ils prescrivent des examens complémentaires qui ne leurs paraissent pas justifiés médicalement. Pour certains, c'est un échappatoire, un moyen de se débarrasser du patient. Pour d'autres cela est moins bien vécu, et ont l'impression de ne pas avoir été à la hauteur de leur profession.

Docteur A : « je vais prescrire une radio du pouce même si je sais pertinemment qu'on ne retrouvera rien à la radio », « (prescription ordo) ça peut être un échappatoire à la consultation » « les examens prescrits le sont parfois par excès »,

Docteur D : « il y a négociation, discussion. Je cède. »,

Docteur J : « j'explique... puis je lâche parfois en disant : eh bien d'accord, allez vous faire irradier une nouvelle fois puisque c'est ce que vous voulez », « plus d'examens qu'à un patient lambda », « lorsqu'ils reviennent pour la quinzième fois, où je leur dis « je ne suis pas d'accord pour vous prescrire cet examen mais je le fais parce que vous me cassez les pieds et que vous me lâchez pas. Allez faire votre examen et allez le faire interpréter par quelqu'un d'autre car là on n'est plus dans la bonne mesure »,

Docteur L : « je leur dis carrément ça ne sert à rien, ce n'est pas normal.. mais je prescris quand même »,

Docteur M : « Parfois ça peut m'arriver si je suis fatigué, de mauvaise humeur .. Je ne peux pas tous les jours soigner les patients de la même manière. »,

3.4.2.3 La peur du conflit

De nombreux médecins nous ont dit qu'ils cédaient plus facilement afin d'éviter d'entrer en conflit. Aussi, ils nous ont précisé que c'était également pour se protéger de ces patients de plus en plus procéduriers.

Docteur H : « face à certain patients je me dis attention », « face à ces patients revendicatifs je me méfie »,

Docteur K : « des menaces de plaintes »,

Docteur N : « avant qu'il y ait un clash je vais lui demander d'aller voir un autre médecin généraliste », « quand on sait qu'il est procédurier, il vaut mieux anticiper »,

Docteur P : « des menaces de plaintes, parce qu'ils attendent trop en salle d'attente ».

3.4.2.4 Le manque de confiance en eux

Les médecins admettent aussi vouloir se rassurer d'autant plus, à travers des prescriptions qu'ils jugent eux même superflues. L'exacerbation du stress ressenti les conduit à modifier leur prise en charge habituelle.

Docteur E : « j'ai peur de faire une erreur, me planter, pas prendre suffisamment en compte la plainte du patient et d'autant plus avec ces patients »,

Docteur I : « pour se rassurer soi-même », « quand on s'est fait piéger deux ou trois fois on a davantage peur après. J'essaie d'être très carrée, peut être parfois trop. »,

Docteur J : « prescrire des examens est donc un garde-fou », « j'essaie toujours de dépatouiller un peu la situation avec eux », « je reconnais qu'avec ces patients j'en prescrais peut être davantage pour assurer mes arrières »,

Docteur K : « l'absence de diagnostic me fait un peu peur si le patient veut absolument une réponse médicale, scientifique, technique et que je ne sais pas mais si le patient accepte, non ça ne me gêne pas ».

3.5 Les conséquences de la prise en charge des « Heartsink » sur le médecin

3.5.1 Les conséquences émotionnelles négatives sur l'homme

3.5.1.1 Découragement

Plus de la moitié des médecins interviewés estiment perdre leur temps avec ces patients. Ils se disent découragés face à eux et admettent pour certains ne pas réussir à mener à bien la consultation.

Docteur A : « je perds mon temps, mon énergie », « Je rame et ce que je dis ne me convainc pas moi-même »,

Docteur C : « A un moment (...) on n'a plus envie d'essayer de faire quelque chose. Plus envie. », « quand on tourne en rond », « souvent je m'aperçois que ça ne sert pas à grand chose »,

Docteur E : « à un moment on ne sait plus expliquer les choses »,

Docteur J : « il y a de nombreuses situations face auxquelles j'essaie de démontrer que ce qu'ils demandent n'est pas judicieux, dans leur cas, ça ne sert à rien »,

Docteur K : « pas encore trop confiance en moi et quand j'aurai « un peu plus de bouteille » je me sentirai moins en danger ».

3.5.1.2 Dévalorisation

Un tiers des médecins témoignent de l'impact négatif de ces consultations sur leur estime d'eux même. Ils disent ne plus pouvoir se sentir à leur place de médecin et être dévalorisés par le déroulement de la consultation.

Docteur C : « ça permet de trouver une solution de compromission dont on n'est pas fier », « parfois plus simple de prescrire. C'est nul médicalement, c'est nul à tous les niveaux »,

Docteur E : « ces prescriptions sont difficiles émotionnellement car c'est dans mon intime conviction sur la façon dont je veux faire mon boulot qu'elles me dérangent le plus »,

Docteur L : « c'est un peu lâche, mais c'est le seul moyen de m'en débarrasser »,

Docteur N : « ils me titillent un peu, ça je n'aime pas et ça m'énerve ».

3.5.1.3 Culpabilité

Que ce soit en prescrivant de façon abusive certains examens complémentaires, ou en n'ayant pas réussi à dire non au patient ou en ayant perdu leur calme, la moitié de médecins se sentent coupables et culpabilisent de ne pas avoir réussi à suivre leur ligne de conduite.

Docteur C : « parfois plus simple de prescrire. C'est nul médicalement, c'est nul à tous les niveaux », « ce n'est pas positif pour ce patient mais ça l'est pour les autres »,

Docteur E : « dès le début de la consultation on sait qu'on ne va pas s'en sortir sans lui avoir dit oui et on capitule », « des examens qui n'étaient pas indispensables (..) chaque fois ça m'ennuie et lorsque je rentre chez moi j'y pense en me disant que j'ai encore cédé, que je ne sais pas dire non », « ces prescriptions sont difficiles émotionnellement car c'est dans mon intime conviction sur la façon dont je veux faire mon boulot qu'elles me dérangent le plus »,

Docteur K : « je pense que je ne travaille pas bien puisque dès la première minute je suis dans cet état d'esprit », « me font culpabiliser », « c'est encore la même chose et ça m'énerve ».

3.5.2 Les conséquences négatives sur le soignant

3.5.2.1 Mise en échec

Les conséquences émotionnelles négatives pour le médecin sont importantes. Ils se sentent dévalorisés et mis en échec sur le plan professionnel.

Docteur D : « je me sens humiliée dans ma fonction », « qui me donne le sentiment de ne pas être à ma place », « il justifie tout et contre carre tous mes arguments »,

Docteur H : « je ne leur donne pas satisfaction, ils me mettent en échec »,

Docteur M : « on ne se contrôle pas toujours bien et pour certains il faut considérer que c'est un échec et les envoyer chez quelqu'un d'autre. », « on peut être en difficulté parce que nous n'avons pas les compétences pour les soigner ».

Et ils insistent sur la difficulté éprouvée pour poursuivre la consultation.

Docteur I : « c'est difficile de les traiter parce que tout ce que je fais est voué à l'échec et donc que c'est difficile de travailler dans ces conditions »,

Docteur O : « que je vois que je ne m'en sors pas, c'est vraiment difficile »,

3.5.2.2 Sentiment d'agression, de mal être

Les médecins ont exprimés se sentir agressés par le comportement de certains patients.

Docteur E : « ils veulent nous court-circuiter »,

Docteur C : « A un moment le degré d'agacement est tel qu'on ne cherche plus de solution mais on cherche à abréger une souffrance », « un acte de défense »,

Docteur D : « je me suis carrément disputée et qui sont passés chez un confrère », « Je me mets dans une carapace »,

Docteur K : « je me sens agressée ».

Les médecins se sentent alors en difficulté, mal à l'aise face à eux.

Docteur A : « je suis agacée lorsque je dois me justifier de ne pas donner assez de médicaments »,

Docteur D : « je me sens un peu manipulée donc il me faut du temps »,

Docteur H : « ils me mettent mal à l'aise et je ne sais pas pourquoi »,

Docteur L : « je suis mal à l'aise, ça me dérange et je peux être moins à l'écoute ».

3.5.2.3 Peur de l'erreur

Tous les médecins nous ont dit craindre davantage de passer à côté d'un diagnostic avec ce type de patients. La peur de l'erreur médicale est très présente. Les médecins essaient de rester hypervigilants afin de ne pas commettre d'erreur médicale, ce qui rend la consultation d'autant plus stressante et difficile.

Docteur B : «quelque fois par contre je me demande pourquoi il est venu et ça me gêne..»,

Docteur E : « ça vient de notre propre de nature, de la confiance que l'on a en nous ou pas et de la crainte que l'on a de pêcher par manque de connaissances, manque de confiance en soi », « toujours ce doute », « j'ai peur de faire une erreur, de me planter, pas prendre suffisamment en compte la plainte du patient »,

Docteur G : « chaque fois que je vois la personne, je me demande ce que j'ai fait, ce que je peux faire, ce que j'ai pu oublier. Je n'aime pas ces moments-là. »,

Docteur J : « on a toujours peur de passer à côté d'un truc chez un patient et plus encore chez un patient chiant »,

Docteur M : « les gens qu'on a tendance à négliger un peu parce qu'ils ont mal partout, qu'ils se plaignent de tout », « consultation très chargée on souhaite vivement, ardemment, qu'on ne passe pas à côté », « ça me fait peur de passer a côté d'un diagnostic »,

Docteur N : « il faut faire gaffe », « il faut être sur ses gardes », « ne pas dire c'est toujours la même chose », « il faut savoir sentir le truc »,

Docteur O : « ça fait peur c'est vrai ».

3.5.2.4 Remise en cause

Face à ces patients, la majorité des médecins expriment leur inconfort et disent avoir à se remettre en cause afin d'arriver à une situation plus acceptable pour les deux protagonistes.

Docteur D : « il y a profondément une remise en cause de soi-même », « j'ai du boulot à faire pour arriver à montrer mon agacement sans m'énerver », « c'est compliqué, ça m'énerve »,

Docteur E : « ça vient de notre propre de nature, de la confiance que l'on a en nous ou pas et de la crainte que l'on a de pêcher par manque de connaissances, manque de confiance en soi »,

Docteur H : « je me remets en cause en cause en me demandant pourquoi je ne suis pas efficace »,

Docteur M « ce n'est pas du tout satisfaisant parce que je suis conscient qu'il y a plein d'erreurs, celles que je fais peut être et aussi celles des autres. Oui je me le reproche parfois », « c'est embêtant dans le sens où on a l'impression de ne pas bien les soigner ».

3.5.3 Les conséquences positives sur leur pratique médicale

3.5.3.1 L'implication du médecin pour une meilleure prise en charge

Les médecins ont la volonté de prendre du recul sur ces situations riches émotionnellement afin d'essayer de rester le plus neutre et à l'écoute possibles. Ils expriment la volonté de réussir à se détacher de l'hostilité ressentie dans le but d'améliorer leur prise en charge.

Docteur A : « je refoule mon agacement et je rattrape la situation si jamais ils s'en rendent compte »,

Docteur I : « j'essaie de me rappeler à l'ordre en me disant attention », « j'essaie de ne pas trop montrer mon agacement », « je tente de ne pas mettre trop d'émotion et trop d'énervement là dedans mais je leur dis »,

Docteur J : « quand on est trop dans le sentiment d'exaspération on perd le recul nécessaire, on est trop impliqué émotionnellement, plus dans la bonne mesure », « j'essaie de ne pas céder à la tentation compte tenu de leur profil », « ma patience a des limites et mon bien être passe avant celui des patients »,

Docteur K : « j'essaie de rester concentrée sur l'aspect médical », « c'est très subjectif. C'est comme dans la vie (..), c'est exactement pareil »,

Docteur M : « Les patients chiant ils sont ce qu'ils sont, mais c'est à moi, professionnel, de réfléchir à comment je peux les aider, à analyser ce qui se passe. Comprendre et réfléchir ça ne veut pas dire que je vais faire tout ce qu'ils veulent que je fasse, ça ne m'empêche pas de garder une opinion sur la stratégie thérapeutique, le diagnostic ou la prise en charge que je veux développer »,

Docteur N : « j'essaie de séparer mes problèmes de conscience personnelle, de religion, des situations concrètes que j'ai à prendre en charge », « (IVG) je suis gêné mais je le fais.. ».

3.5.3.2 L'évolution des comportements avec le temps.

Certains médecins ont précisé qu'ils ressentaient que leur pratique évoluait avec les années. La majorité estimait qu'ils devenaient plus tolérants et compréhensifs avec les patients, tandis qu'une minorité disait avoir conscience de réagir de façon plus virulente avec eux.

Docteur A : « internet nous demande d'être plus précis et de se tenir plus au courant »,

Docteur C : « Avant je crois que j'essayais d'être globalement très gentil mais maintenant quand je suis fatigué, un peu sur la défensive... ça peut partir tout seul »,

Docteur D : « il y a d'une part la difficulté du patient et d'autre part notre propre difficulté à trouver une solution pour aborder différemment le problème du patient »,

Docteur E : « maintenant je n'ai plus envie d'aller au conflit avec le patient »,

Docteur G : « Quand j'étais jeune je leur disais que je ne pouvais pas leur expliquer la médecine car elle s'apprend durant plusieurs années. Maintenant j'arrondis un peu les angles mais s'ils insistent je leur dis d'aller voir un autre médecin »,

Docteur M : « si on sait faire la part des choses.. on peut les adresser à des gens plus compétents que soi »,

Docteur O : « c'est vrai qu'au début de l'installation on est plus attentif à cela (ne pas prescrire des examens non nécessaires), puis après.. »,

4 Discussion

4.1. À propos de ce travail

4.1.1 Originalité du sujet

Ce travail présente plusieurs aspects qui lui confèrent son intérêt et son caractère original.

Nous avons choisi d'étudier le thème des « Heartsink » que nous avons traduit par patients dont la prise en charge s'avère difficile. Ce sujet est un sujet sensible, peu ou pas exploré en France et éthiquement, professionnellement et humainement très délicat.

Nous l'avons mesuré, et c'est un premier enseignement de notre travail, sur la définition même des « Heartsink ». Il n'existe pas de mot français ni de métaphore aussi juste qui traduise au mieux ce terme qui signifie littéralement « le patient qui fait saigner notre cœur ». Sans le retranscrire donc exactement, nous avons ainsi parlé de patients difficiles, de relation médecin-malade difficile, voire conflictuelle. De nombreux médecins l'ont spontanément traduit par « *patients chiants* ». Cette expression traduit à elle seule le réel malaise généré et l'importance de l'impact sur le médecin. Si on ne peut exclure que la connotation péjorative et négative de ce terme ait pu rendre plus virulente l'expression des médecins ou radicaliser de façon excessive les difficultés de la pratique médicale, ce qualificatif sous-tend tous les impacts diagnostiques, thérapeutiques et psychologiques d'une relation médecin-malade dégradée.

Pendant notre internat de Médecine ou lors de nos remplacements, nous avons éprouvé un ressenti nouveau auquel nous n'étions pas préparés et qui ne nous avait pas même effleuré durant nos études : celui d'une remise en cause professionnelle et personnelle. Nous avons ainsi voulu, dans cette étude, décrire les représentations qu'ont les médecins généralistes de cette partie de leur patientèle, évaluer les répercussions qu'ont ces rencontres difficiles sur leurs pratiques et leurs émotions, et mesurer comment nous pourrions y apporter des solutions.

4.1.2 Critique de la méthode de recherche

4.1.2.1 Choix d'une étude qualitative

Afin de tester notre hypothèse et de répondre à nos objectifs, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretien semi dirigé.

La recherche qualitative examine et décrit des phénomènes humains et sociaux à partir desquels il existe peu de présupposés. La méthodologie qualitative nous a donc paru adaptée à notre étude car elle permet de décrire puis d'analyser ces comportements en terme de signification et de participer à leur compréhension.

Nous avons fondé notre travail sur des entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes. Un questionnaire, même ouvert, nous a paru inapproprié, en l'absence, à ce jour, de données nationales suffisamment nombreuses et partagées sur ce sujet. L'entretien semi dirigé autorise à la fois une liberté de parole et le maintien d'un cadre : il nous est donc apparu comme la méthodologie la plus appropriée à notre étude.

Sur la réalisation des entretiens, nous avons observé plusieurs fois qu'un lien s'instaurait rapidement avec les médecins interviewés. Nous leur avons bien précisé que nous ne portions aucun jugement et qu'un total anonymat leur était garanti. Nous ne pouvons cependant pas exclure que consciemment ou non (car nous faisons appel à leur mémoire de patients et de situations difficiles), des médecins rencontrés ont fait preuve d'une certaine retenue sur des situations vécues ou, inversement, ont libéré une exaspération qu'ils n'avaient pas l'occasion d'exprimer cela pouvant constituer un biais déclaratif.

De même, ma position de jeune médecin généraliste a aussi pu jouer un rôle variable et parfois paradoxal en favorisant la parole ou en l'inhibant.

4.1.2.2 L'échantillon

Nous avons bâti notre échantillon de médecins généralistes selon la méthode dite « de proche en proche ». Les médecins sélectionnés sont donc des praticiens que nous connaissons, ceci pouvant représenter un biais de recrutement, tout comme le recrutement exclusif de médecins volontaires et intéressés par le sujet. Les médecins étaient informés du thème de notre travail

avant l'entretien, ce qui, possiblement leur a permis de réfléchir au sujet avant notre rencontre, ceci pouvant représenter un autre biais.

Nous avons également choisi, pour des raisons pratiques, de rencontrer des médecins exerçant à Paris et dans la région parisienne, c'est à dire en zone urbaine. Cette étude comporte donc un biais géographique par rapport au lieu d'exercice de la pratique médicale, car en sont absents les médecins généralistes exerçant sur les territoires ruraux. Le territoire urbain offre une grande accessibilité aux soins, un choix plus aisé de médecins généralistes, une capacité plus grande d'en changer si des difficultés relationnelles éclatent. De même, l'accès des patients aux spécialistes et aux hôpitaux y est plus aisé, ce qui intensifie leur exigence d'une prise en charge rapide et spécialisée.

Nous avons cherché à constituer un échantillon diversifié et raisonné de médecins à rencontrer. La saturation des données a été atteinte au 14^{ème} entretien, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour la valider.

4.2 Une typologie des patients Heartsink

4.2.1 Le profil de patients difficiles

Plus des $\frac{3}{4}$ des médecins interrogés estiment qu'il n'existe aucune différence de sexe pour les patients difficiles. Pour autant, ces résultats ne sont pas concordant avec la littérature, où il semblerait que ce phénomène concerne davantage les femmes ¹. Cette évolution pourrait s'expliquer avec la féminisation de la profession médicale, l'augmentation du numerus clausus dans la perspective de pallier le manque de médecins conduisant à une nouvelle génération de médecin généraliste majoritairement féminine. Il est d'ailleurs intéressant de constater qu'il ressort de notre étude que les trois seuls médecins ayant estimé que ce type de patient était majoritairement des femmes, sont des médecins de sexe masculin et ayant plus de 55 ans.

De plus, nous ne retrouvons pas de tranche d'âge défini, seulement trois médecins pensent qu'il s'agit de patients âgés de 40 à 60 ans.

Pour la majorité des médecins interrogés, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'éducation, la situation sociale, l'appartenance culturelle, ne sont pas des marqueurs décisifs dans la définition du patient difficile mais peuvent, combinés, y participer. Ce sont des éléments de leur personnalité (attitudes, comportements, exigences) qui provoquent chez le médecin des sentiments d'agacement et d'incompréhension et l'utilisation d'un vocabulaire « cru » pour en parler. Les éléments de définition sont concordants avec la littérature ^{1,2,3,6}.

Les médecins sont partagés sur la question de savoir si leurs confrères ont les mêmes patients difficiles. Une majorité déclare que ces patients font du nomadisme médical et donc ils ont les mêmes. Une minorité considère que le médecin lui-même participe à la définition du patient difficile. La représentation du patient ne serait pas la même pour tous.

4.2.2 Le nombre estimé de patients difficiles

Les médecins ont eu beaucoup de difficulté à estimer le nombre de patients difficiles présents dans leur patientèle. Beaucoup ont précisé être soulagés que ce ne soit pas les plus nombreux. Il existe deux tendances distinctes, ceux qui ont estimé en avoir entre 5 et 10, et ceux qui pensent en avoir beaucoup plus.

Dans la littérature, on retrouve que les médecins ont 8 Heartsink ^{8,24} dans leur patientèle, ce qui est concordant avec plus de la moitié de notre échantillon.

On note une augmentation avec le temps concordante avec les études ²⁴, de 1980 à 2009, qui révèlent que le nombre de Heartsink par médecin est passé de 0 à 9.

Dans notre étude, il est difficile de savoir si les médecins parlaient exclusivement de patients difficiles ou évoquaient des rencontres difficiles ⁸⁴. Or il ressort d'une autre étude que 15 % des consultations sont des rencontres qui vont être difficiles ⁵⁷. Il existe donc un biais.

Une autre approche examine les caractéristiques des médecins qui signalent un nombre élevé de patients Heartsink. Plusieurs études anglo saxonnes ont montré que ce sont les médecins les plus jeunes ⁵³, ayant une surcharge de travail au cabinet ^{52,53}, qui ont plus de symptômes d'anxiété ou de dépression, ou ne réalisant pas de formation continue qui déclarent plus de « Heartsink patients » ^{52,53}. Cette approche met en lumière la nécessité d'agir sur les médecins eux-mêmes.

Dans notre étude, on ne retrouve pas de différence dans l'estimation des patients Heartsink, entre les jeunes médecins et les médecins plus expérimentés. Cependant, les plus jeunes médecins expriment un malaise plus grand et une réelle remise en cause de leur fonction de médecin.

Nous pensons également que l'estimation plus importante d'une partie des médecins pourrait aussi être le témoin du malaise ressenti.

4.2.3 Les différentes catégories de Heartsink

Sans qu'il y ait un profil type retrouvé, notre étude montre qu'il existe des types de patients difficiles.

Les médecins interviewés se plaignent majoritairement des « *ayants droit* »¹⁴ qui consultent le médecin pour réclamer la réalisation d'exams complémentaires, qui viennent avec une liste de médicaments spécifiques ou exigent de consulter le spécialiste. Puis juste après, ce sont les « *patients diagnostiqueurs* », qui « *viennent en consultation avec leur diagnostic* », qui exaspèrent le plus les médecins.

Les transformations sociétales²², avec une médiatisation médicale omniprésente sur les différents supports d'informations sont à l'origine de ce phénomène grandissant. Plus particulièrement avec internet, un patient sur quatre le consultant avant d'aller voir son médecin³³. La consultation d'internet par les patients ne modifie pas la relation médecin-malade mais augmente en revanche le temps de consultation³³. De plus, l'agressivité dont ils feraient part les rendrait difficile¹¹ à prendre en charge.

Aussi, les médecins identifient également comme motifs de tension de la relation médecin-patient :

- Les « *patients revendicateurs* »^{14,24}, décrits dans la littérature comme exigeants⁵⁴. D'après les médecins « *ce sont plutôt des patients très instruits* » qui « *veulent tout comprendre et posent des questions en cascades* », le médecin finissant par en oublier la plainte initiale.

- Les « *patients agressifs* »¹⁴. Leur agressivité peut signifier plusieurs choses, la plus fréquente étant un mécanisme de défense⁵⁵. La projection agressive s'exprime par des reproches, des accusations dont le médecin est la cible. Cet état traduit une angoisse, une colère, un refus de la maladie¹⁴. Aussi, l'agressivité peut être une façon d'obtenir l'attention du médecin, de lui exprimer son mécontentement, ou une façon de s'opposer à l'autorité médicale¹⁵.
- Les « *éternels insatisfaits* » ou « *ceux qui ne vont jamais mieux* »¹⁴. Ils remettent en cause ouvertement les compétences du médecin et également sont aussi très manipulateurs.
- Les « *manipulateurs* »^{3,68}. Il en existe deux types, « *ceux qui encensent le médecin* » et « *ceux qui cachent volontairement des informations au médecin* »¹⁴. Un excès de confiance peut nuire aussi à la qualité et à l'équilibre de la relation.
- Les « *plaintes multiples¹⁴ et répétées* » : Leurs attitudes créent un doute sur la compétence du médecin. Les consultations répétées⁹ (en anglais « *Frequent attenders* ») finissent par engendrer l'appréhension et l'agressivité des médecins⁵⁵.

4.2.4 Les facteurs aggravants

4.2.4.1 Le manque de respect

Dans notre étude, c'est le manque de respect du patient envers son médecin qui est le premier motif de conflit.

Les médecins insistent sur l'absence de respect face aux règles du cabinet, comme le non-respect des horaires de consultations libres, la non annulation des rendez-vous, le fait que le médecin doit être toujours joignable et disponible⁵⁴. Une attente estimée trop longue par les patients ainsi qu'une disponibilité jugée insuffisante seraient à l'origine de 23% des motifs de plainte aux Etats Unis⁵⁷ et 10% des motifs d'agressions en France²⁷.

Les médecins interrogés se plaignent d'un manque de civisme et de courtoisie de plus en plus présent, ainsi qu'une familiarité excessive. L'usage du téléphone portable pendant la consultation, en envoyant des messages ou répondant à des appels est source d'exaspération

pour les médecins : « *les gens qui regardent leur téléphone et qui font comme s'ils n'en avaient rien à faire pourvu que ça aille vite* ».

Enfin, les médecins évoquent la remise en cause ouverte de leurs compétences qui nuit à la qualité de la consultation.

4.2.4.2 Les demandes abusives des patients

Dans notre étude, les médecins soulignent l'exigence des patients envers eux, aussi bien sur le type d'examens et les médicaments prescrits (les patients utilisant de plus en plus internet pour s'informer de leurs problèmes de santé) que dans la disponibilité du médecin.

De plus, le médecin doit aussi répondre à des demandes de plus en plus nombreuses, chronophages et variées, souvent illégitimes ¹⁴ ainsi qu'à des demandes ne relevant pas seulement de la médecine mais du social.

Ces demandes sont sources de stress et de tensions chez le médecin qui, bien que critique sur sa démarche, estime souvent « *ne pas avoir eu vraiment le choix* ». Par ailleurs, 17% des motifs d'agressions en France sont dus à un refus de prescription ²⁷.

4.2.4.3 L'environnement

Le contexte environnemental est important dans les problèmes relationnels médecin - malade. Les médecins interrogés ont témoigné qu'en fonction du moment de la journée, leur patience pouvait différer. Le retard sur les rendez-vous et le monde dans la salle d'attente influencent aussi leur prise en charge.

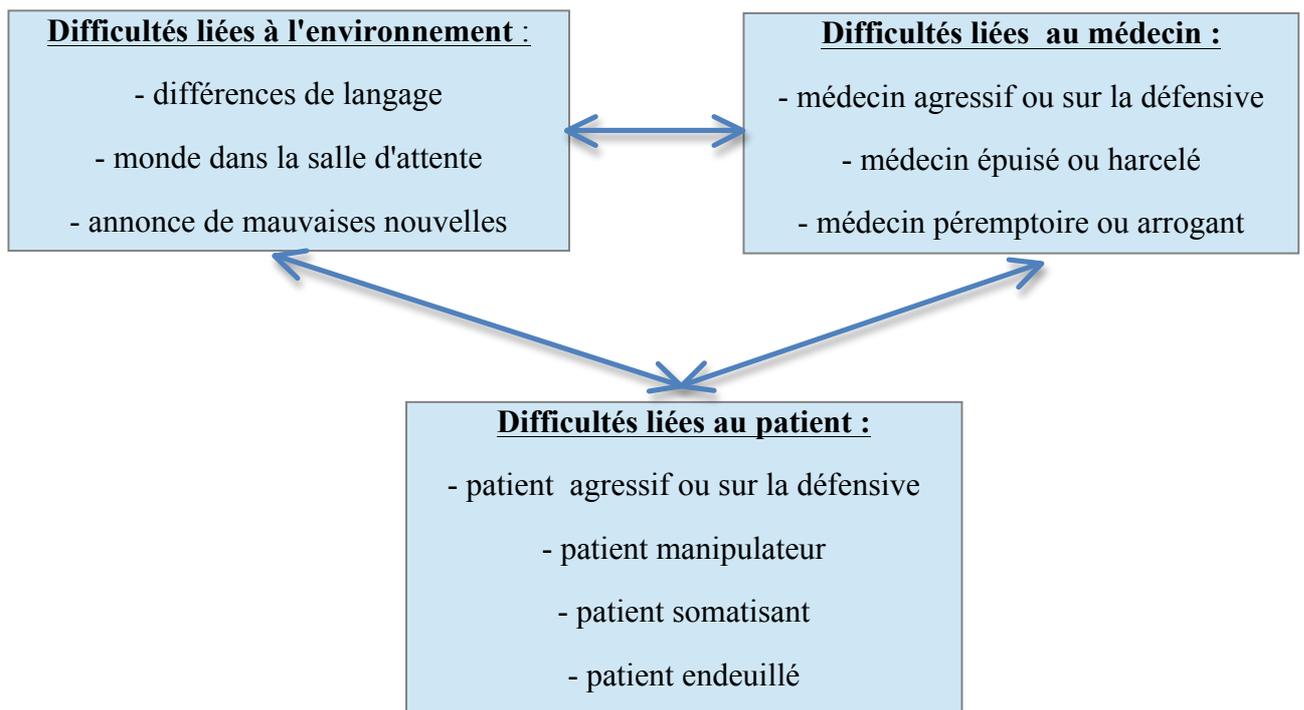
Coté patients, c'est le manque d'écoute ⁵⁷ qui est le premier motif de reproche, soit 36% des plaintes. L'absence de réponse aux demandes est également une cause de plainte, les patients estimant être insuffisamment pris en charge.

Le conflit naît d'une divergence sur la définition de la relation ⁵⁸.

Comme nous l'avons vu dans nos résultats, le médecin ainsi que l'environnement ou les circonstances l'entourant ont un rôle aussi important que le patient dans les relations difficiles. En effet, ces dernières années de nombreuses études tendent à dire que les Heartsink ne sont pas une catégorie à part qui relèverait du pathologique mais la production d'une consultation difficile^{83,85}.

Nos résultats sont en accord avec d'autres études sur la relation médecin-malade, constituée de 3 grandes composantes^{56,59} : le patient, le médecin et leur environnement. C'est l'interaction de ces 3 facteurs qui va conduire à une situation difficile.

« Composantes d'une consultation médicale difficile »⁵⁹ :



4.3 Les réactions des médecins face aux patients difficiles

4.3.1 Les réactions épidermiques

D'après notre étude, les médecins ont tous une réaction épidermique lorsqu'ils découvrent le patient dans la salle d'attente ou sur la liste des rendez-vous. Ce résultat est concordant avec la littérature.

En effet, dans la première définition de O'Dowd, il existe des patients qui déclenchent chez le médecin une « *aversion* » chaque fois qu'ils consultent. Ils provoquent ainsi « *un mélange d'exaspération, de défaite et parfois d'antipathie pure qui vous donne un serrement au cœur chaque fois qu'ils consultent* »¹.

C.G Ellis utilisera le terme de « *dysphorie* » pour illustrer « *la sensation qui se manifeste dans le creux de l'estomac le matin à la vue de leurs noms sur la liste des rendez-vous de la journée* »⁴. Ce terme ne sera pas repris par la suite, parce qu'il dénature la négativité des sentiments et met la lumière sur le patient, et non pas sur celui qui souffre, le médecin.

Plus des $\frac{3}{4}$ des médecins mettent en marche des mécanismes de défense pour appréhender ces consultations chronophages et épuisantes. Ils veulent tous essayer d'écourter la consultation. Certains vont fuir en leur donnant un autre rendez-vous, un seul médecin nous a dit qu'il préférerait annuler la consultation.

4.3.2 Les différents modes de fonctionnement des médecins

Les médecins nous ont expliqué comment ils réagissaient face au conflit. Plusieurs attitudes sont possibles : la négociation, l'affrontement, le repli, la soumission, le recours à un confrère et l'abandon.

4.3.2.1 La négociation

Ainsi que nous avons vu dans l'étude, la majorité des médecins disent négocier avec leurs patients. Négocier c'est investir la relation, en cherchant à comprendre l'autre, tout en valorisant son propre point de vue.

La négociation ¹⁵ se manifeste par un ton calme, une écoute active et empathique ⁶¹, une expression de son désaccord, une reconnaissance partielle des responsabilités, assorties d'une justification factuelle. La décision médicale est partagée ¹⁶, le but étant d'arriver à la satisfaction des deux protagonistes ⁶⁰.

Parmi les médecins interrogés, plus de la moitié auraient exprimé un désaccord et se seraient justifiés. Un quart sont restés calmes et auraient exprimé de l'empathie. Plusieurs médecins ont évoqué la décision partagée par la réalisation d'un « compromis ».

La négociation est basée sur l'écoute et le dialogue dans le but d'apaiser le conflit ⁵⁸. Elle demande du temps, des compétences en communication et de l'énergie ⁶², ce qui manque parfois au médecin. La négociation ne présente pas de problème d'ordre éthique ou juridique.

4.3.2.2 La confrontation

Les médecins utilisent aussi l'attaque ⁵⁸ (la confrontation volontaire). Par cette attitude, le médecin affirme sa position et ne cherche pas s'investir dans la relation. Il cherche à contrôler la situation, et imposer son pouvoir de quelque façon que ce soit ⁵⁸.

L'attaque se manifeste par l'élévation de la voix, la provocation, le jugement, la culpabilisation. Le médecin peut avoir recours à l'autorité et montrer son ascendant, par exemple en prescrivant des prescriptions à caractère de sanction.

Dans notre étude, l'élévation de la voix ainsi que la verbalisation de leur agacement étaient utilisées par un tiers des médecins. Nous avons retrouvé différents types de manifestations : la provocation, l'humour et un médecin a utilisé l'intimidation. Selon plusieurs médecins, l'affrontement est nécessaire pour que le patient prenne conscience que la situation n'est pas viable. Bien que non retrouvé dans notre étude, nous savons que l'attaque peut aller jusqu'à l'insulte et la menace physique ⁶³.

Cette forme d'expression soulage sur l'instant mais pose des problèmes sur le plan déontologique et éthique.

Sur le plan déontologique, le médecin doit se prévenir d'un comportement déconsidérant la profession médicale : « comportements ou propos scandaleux, grossièretés ».

Sur un plan éthique, le médecin doit répondre au principe de non malfaisance : « aider, c'est ne pas nuire »¹⁸.

Plusieurs médecins ont évoqué le fait de manipuler leurs patients. Une nouvelle fois, le terme « manipuler » est révélateur de la confrontation et de l'hostilité ressentie par les médecins.

4.3.2.3 Le repli

Un tiers des médecins nous ont dit que leur but premier était d'éviter le conflit et que dans cette perspective, ils accédaient rapidement aux requêtes des patients. Cette réaction est une attitude de « repli » dans laquelle le médecin décide de ne plus s'investir dans la relation. C'est un comportement d'évitement relationnel⁶⁵ et défensif⁶¹.

Le repli se manifeste par un ton sec, des propos limités aux aspects techniques de la consultation, un désaccord peu voire non exprimé. C'est une consultation sans manifestation d'empathie. Les raisons exprimées par les médecins interrogés sont majoritairement la peur du conflit et d'une juridisation grandissante, certains avouant qu'ils agissent ainsi par facilité afin de se préserver. Dans notre étude, les médecins espacent voire annulent (pour un des médecins) les entrevues, ont recours à des prescriptions destinées à limiter les entrevues ou réadressent le patient à un spécialiste.

Le repli permet de ne pas subir les conséquences d'un affrontement direct mais, à terme, l'absence de communication empêche le règlement du conflit⁵⁵. Le manque d'empathie associé à un conflit latent peut favoriser le désinvestissement du médecin dans la relation et donc altérer la qualité des soins. Cela peut poser un problème d'un point de vue déontologique et d'ordre juridique, dans le cadre de prescriptions non justifiées.

4.3.2.4 La soumission

À l'extrême, le risque pour certains médecins est d'adopter une attitude de soumission. Nous n'avons eu qu'un seul médecin dans ce cas dans le cadre de notre étude, celui-ci privilégiant la qualité de la relation avec le patient au détriment de l'affirmation de son autorité de

médecin. Le but est d'éviter le conflit et de satisfaire les demandes des patients, même illégitimes.

Dans ce cas, le rôle professionnel peut être remis en cause. L'acceptation d'une demande illégitime pour ne pas perdre le patient peut s'apparenter à un rôle commercial plus que médical ⁶⁶. Sur un plan déontologique, cela pose problème, le médecin qui fait commerce de sa fonction déconsidérant la profession médicale. Le médecin est libre de ses prescriptions et ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Les faveurs sont proscrites, car elles s'apparentent à de la complaisance. Les fausses déclarations en matière de certificat sont réprimées par la déontologie et le code pénal.

4.3.2.5 Le recours à un confrère

Les médecins interrogés avaient recours à d'autres soignants quand ils ne se sentaient pas suffisamment compétents, majoritairement pour des problèmes d'ordre psychiatrique ou lorsque le patient n'avait pas confiance en eux. Les médecins adressent plus facilement les patients difficiles à des spécialistes, dans le but de se rassurer, de se protéger et de convaincre les patients qu'ils les prennent bien en charge. Le recours à un soignant est nécessaire si la négociation n'aboutit pas. Cependant, même si le patient accepte dans la majorité des cas de consulter un tiers, plus de la moitié des patients refusent quand il s'agit de consulter un psychiatre.

Sur le plan déontologique, le médecin doit donner au patient les soins les plus adaptés suivant l'évolution de la médecine ³².

4.3.2.6 La rupture de la relation

A travers notre enquête, nous nous sommes rendu compte que la moitié des médecins interrogés ont dit au moins une fois à leur patient qu'ils ne voulaient plus poursuivre la relation. La moitié des médecins l'ont fait oralement et de façon suggérée, ce qui correspond au « *push out* » décrit par Stokes ¹⁶, alors que l'autre moitié l'a dit de façon impulsive, sous l'emprise de la colère. La rupture imposée par le médecin est décrite par Stokes comme le

« *lock out* » : cette attitude de rupture était vécue comme une délivrance, permettant ainsi de mettre fin à une relation médecin-malade néfaste pour le soignant.

L'incompatibilité relationnelle et l'impossibilité de répondre aux demandes du patient ont été les justifications données aux patients. Seul un médecin s'est chargé de trouver un autre confrère généraliste au patient.

D'après le Conseil National de l'Ordre, le médecin a le droit de rompre son contrat de médecin traitant s'il le souhaite, dans la mesure où il s'agit d'un contrat à durée indéterminée sans mention d'échéance³⁰.

Cependant, cela doit se faire suivant un cadre déontologique. Le médecin doit informer sans délai de son refus ou de son impossibilité à continuer à le prendre en charge. Il peut fournir au patient les raisons de sa rupture, mais n'est pas obligé de le faire. Le médecin peut donc refuser de prendre en charge un patient, hors situation d'urgence, sans discrimination d'origine, d'idéologie politique ou de conviction religieuse ou sociale. Il doit alors s'assurer de la continuité des soins, sinon il s'expose à des sanctions disciplinaires et pénales et doit transmettre le dossier médical au nouveau médecin traitant désigné par le patient.

4.3.3 D'un malaise grandissant au burn-out des médecins

Dans ce contexte, les médecins se disent de moins en moins satisfaits et estiment que les malades sont devenus plus exigeants, certains expriment des craintes quant au maintien de leur autonomie professionnelle et redoutent de devenir des prestataires de services²⁵.

4.3.3.1 Une prise en charge non sereine du patient

Il est difficile d'évaluer réellement la qualité des soins. En effet comme nous l'avons vu précédemment, certains médecins ont une réaction épidermique en voyant entrer le patient dans le cabinet. Ils disent devoir se conditionner pour ce type de consultation, leur but non dissimilé étant d'écourter la consultation, voire même pour certains de l'annuler. La diminution du temps de consultation pourrait être à l'origine d'erreur médicale⁷¹.

Les patients Heartsink n'ont pour la majorité pas conscience de l'état dans lequel ils mettent leur médecin. Seuls les manipulateurs le font volontairement, les autres souffrant tout autant de cette situation que leur médecin.

Le patient a l'impression de ne pas être écouté par le médecin, de ne pas être compris⁵⁴. La répétition des consultations, la multiplication des avis devient très anxiogène.

Les difficultés relationnelles nuisent à la qualité des soins. L'erreur médicale serait facilitée par une communication défailante, la colère ou la démotivation du médecin⁷³.

L'observance peut diminuer du fait d'une méfiance du patient ou de la mauvaise compréhension de sa pathologie⁷².

4.3.3.2 Augmentation de la consommation de soins

Selon les études, 73% des consultations aboutissent à une prescription médicale⁶⁹.

Ces résultats sont concordants avec ceux de notre étude. Les médecins témoignent qu'ils prescrivent dans ce type de consultations plus d'exams complémentaires et adressent plus facilement à leurs confrères spécialistes.

Dans notre étude, les raisons exprimées par le médecin sont multiples :

- La moitié des médecins disent prescrire plus d'exams pour « se protéger » chez des patients qu'ils considèrent comme étant plus procéduriers.
- Principalement chez les jeunes médecins, ils prescrivent plus d'exams complémentaires par peur de l'erreur diagnostique. Les jeunes médecins acceptent plus difficilement de ne pas pouvoir poser de diagnostic et disent « *ne pas être à l'aise avec cela* ».
- Certains précisent que c'est pour limiter le conflit et écourter la consultation qu'ils cèdent. Le médecin cède au patient pour s'épargner une discussion longue et souvent infructueuse⁵⁵. Dans la littérature, on parle de prescriptions destinées à ne pas altérer la relation médecin-malade⁶⁶.

- Pour d'autres, la prescription d'examens complémentaires reste aussi un moyen efficace de valider la plainte du patient. Elle permet de rassurer le patient⁶⁶. Après le médecin peut plus aisément l'amener à lui faire comprendre que « *son problème n'est pas clinique mais autre* ».

Il est intéressant de noter que les médecins précisent avoir conscience que leur conduite n'est pas idéale. En France 10% des prescriptions seraient effectuées contre le gré du médecin⁷⁰.

En 2012, 800 médecins (généralistes, spécialistes libéraux, hospitaliers) ont été interrogés à la demande de la Fédération Hospitalière de France (FHF) sur les médecins et la pratique d'actes médicaux injustifiés²⁶. Seuls 72 % des actes médicaux sont « pleinement justifiés » estiment les médecins, soit 1 acte médical sur 4 serait injustifié. Les médecins généralistes estiment à hauteur de 68 % que les actes médicaux prescrits se justifient. Interrogés sur les raisons de ces actes superflus, les médecins généralistes répondent « la demande des patients » pour 93 %. La deuxième raison avancée est « la peur du risque judiciaire » à 58 % pour les généralistes, la troisième cause citée est le problème de formation des médecins à 39%.

Les Heartsink surconsommement aussi les consultations de spécialistes, particulièrement les patients dits « ayants droit » qui ont tendance à formuler des demandes abusives. Le patient est un consommateur²² pour qui les actes médicaux sont assimilés à des produits de consommation courante auxquels il a droit. Le médecin doit pourvoir à tous ses besoins dans ce domaine.

4.3.3.3 Plaintes, menaces

Parmi les médecins interrogés, deux ont fait l'objet de plaintes au Conseil de l'Ordre, dont une de la part d'un patient Heartsink. En 35 ans d'exercices, 3 médecins sur 10 reçoivent une plainte²⁷. La moitié des médecins interviewés ont reçu des menaces physiques ou des menaces de plainte au Conseil de l'Ordre. Les médecins ressentent une agressivité grandissante envers eux, ce qui est en accord avec l'état de la population médicale actuelle.

Un contexte qui se tend comme le montre également l'augmentation des agressions dont sont victimes les médecins et les procès pour faute professionnelle. S'agissant des agressions, d'après le rapport de l'Observatoire de la sécurité des médecins, les médecins généralistes sont les plus touchés par l'insécurité ²⁷ (60 % alors qu'ils ne représentent que 55 % de la population médicale). En 2012, 798 déclarations d'incidents ont été transmises au Conseil de l'Ordre (512 en 2009). Un quart des causes évoquées est le reproche d'une mauvaise prise en charge²⁷. Les tentatives de vol, le refus de prescription et un temps d'attente jugé trop excessif sont les causes les plus citées. Dans 66 % des cas, il s'agissait de violences verbales et de menaces.

Les procès pour faute professionnelle se multiplient. On estime que 70 à 80 % des plaintes et poursuites médicales résultent de problèmes de communication médicale. Les médecins et les patients s'entendraient sur les motifs de consultation dans moins de 50 % des cas.

4.3.3.4 Un risque de Burn-out grandissant

Dans notre étude, aucun médecin interrogé ne se dit en burn-out, néanmoins ils reconnaissent vivre l'une ou plusieurs des composantes du burn-out suite aux conflits. Pour rappel, les trois composantes sont l'épuisement émotionnel, la réduction de l'accomplissement personnel et la dépersonnalisation des patients.

La grille MBI, Maslach Burn-out Inventory, permet de quantifier les différents aspects ⁷⁴ du burn-out et de définir des taux faible, moyen ou élevé pour chacune des trois composantes.

Nous avons vu à travers les résultats que les médecins vivaient mal la confrontation avec les Heartsink. En effet, la moitié des médecins interrogés se sentaient mis en échec et dévalorisés par la non reconnaissance des patients et les tensions qui en découlaient. Un tiers des médecins, principalement les plus jeunes, exprimaient être découragés et remettaient en cause leurs compétences.

En Ile de France, 53 % des médecins libéraux se sentaient menacés par le « burn-out » ²⁸. Les causes invoquées étaient en premier lieu l'excès de paperasserie puis une non reconnaissance professionnelle, une charge de travail trop lourde et une augmentation des contraintes collectives. Les conséquences en étaient un épuisement professionnel et une

« dépersonnalisation » des patients pour 40 % et une diminution de l'accomplissement personnel pour 30 %.

Pour autant, le Burn-out est aussi à l'origine de difficultés dans la relation médecin-malade, qui serait altérée dans 85%²⁹. Dans 83% des cas, le burn-out diminuerait la qualité des soins⁷³ et 44% des généralistes atteints auraient même des attitudes très négatives⁷⁵ à l'égard de leurs patients.

Stade ultime, plusieurs études montrent une surmortalité par suicide chez les médecins^{29,75}, 14% contre 5,4 % dans la population générale d'âge comparable soit entre 30 et 65 ans. Le risque est multiplié par 2,37.

4.4 Amélioration de la prise en charge des patients difficiles

Ce travail a été réalisé à partir d'une enquête menée auprès de médecins généralistes volontaires et intéressés par le sujet, et constitue « un instantané » de leur ressenti face aux patients difficiles dans l'exercice quotidien de leur pratique. Plus largement, l'abondante littérature, les enquêtes ainsi que les nombreuses thèses de médecine générale sur les multiples composantes et difficultés de la relation médecin-patient attestent, à l'instar de notre travail, d'une altération de cette relation provoquant un malaise, une remise en cause et une insatisfaction du praticien. Chacun constate l'insuffisance de sa formation, de sa préparation à ce type de difficultés et tente, ou pas, d'y remédier en apportant ses propres solutions.

Peut-on améliorer la prise en charge des patients difficiles et réinscrire la relation médecin-malade en tant que fondement de la qualité des soins ? Nous pensons que les axes d'amélioration sur lesquels il est nécessaire d'approfondir la réflexion et d'agir sont de deux ordres.

Le premier axe est relatif à l'information sur la composante « Heartsink » et à la réalisation d'un « livrable » qui proposerait des outils d'aide à la compréhension et à la gestion des situations difficiles. Il serait réalisé à partir des enseignements de la littérature et de cas pratiques, pour aider au maintien de la relation et assurer une meilleure prise en charge. C'est donc vers chacun des médecins généralistes en activité (installés, remplaçants, internes) qu'une première action pourrait être entreprise.

Le second axe est certainement plus ambitieux et sa mise en œuvre nécessitera probablement du temps. Il réside dans l'actualisation de la formation des étudiants en valorisant la médecine générale en tant que spécificité clinique scientifique et universitaire, et en donnant une vraie place à la formation de la relation médecin-patient auprès des étudiants ou internes qui ne prennent conscience que trop tard de l'importance de celle-ci. Il s'agit donc d'apprendre à soigner la maladie et le malade.

4.4.1 Informer et bâtir un livrable à l'attention des médecins généralistes en exercice

La réalisation d'une information sur ce sujet mériterait selon nous d'être élaborée et diffusée en premier auprès des médecins généralistes et des étudiants en médecine générale. A partir de nos constats, et en s'appuyant sur une méthodologie d'enseignement et d'information déjà opérationnelle dans les pays anglo saxons, ce support que nous appelons « livrable » car sa forme et sa diffusion restent à définir (document papier, poster, e.doc) serait construit sur les quelques axes que nous proposons ci dessous :

4.4.1.1 Définir les patients difficiles

Nous ne reprenons pas ici, par souci de redondance, les informations et constats développés dans notre travail de thésarde.

4.4.1.2 Instaurer une bonne communication

Une bonne communication ¹⁴ médecin-malade est définie par l'association de la transmission d'une information claire, compréhensible et adaptée au patient, par la vérification que l'information a été bien comprise et par la répétition du message. Mais elle ne se limite pas au seul acte de transmission d'un message du soignant vers le patient ¹⁵. Elle implique aussi de créer un climat de confiance, qui permette au patient de pouvoir parler de ses peurs, de ses doutes, et pouvoir exprimer ses émotions et aborder des sujets sensibles.

4.4.1.3 Maintenir une consultation sereine et une relation médecin-malade apaisée

- Faire preuve d'empathie ^{14,87,90}. Une attitude empathique est basée sur l'attention à l'autre, l'écoute dite active ^{57,62}, la parole, le comportement et un esprit de solidarité. Elle permet de tisser une relation d'échanges ¹⁹ à partir du ressenti et des croyances du patient, et donne à celui-ci le sentiment d'être écouté, entendu, respecté et compris. Elle permet de trouver la bonne distance ²² entre le soignant et le soigné, sans familiarité, condescendance ¹⁵, ni apitoiement ¹⁴.
- Prendre conscience de ses propres émotions ⁶² (contre transfert). Il ne faut pas se limiter à évaluer seulement le comportement du patient, il faut également prendre en compte ses propres comportements et ressentis et admettre le fait que ces facteurs influencent ⁸³ également l'issue de la rencontre. Il est important d'identifier les phénomènes de contre transfert ⁵⁷ pour comprendre l'intersubjectivité ⁶³ de la relation médecin-malade, responsable de freins et de blocages dans le lien thérapeutique¹⁴.
- Prendre le temps d'interpréter chaque visite dans le contexte de vie ^{11,57} du patient. En comprenant mieux qui sont vraiment les gens, les médecins n'excusent pas les comportements agressifs mais deviennent capables de mieux les interpréter ⁹⁰.
- Penser à toujours rechercher les motifs cachés d'une consultation et les non-dits ¹⁵. Il est important de créer un climat de confiance ⁸⁸ dans lequel le patient puisse se livrer. Il doit pouvoir parler de sujets sensibles comme la peur de la maladie et du cancer, les addictions, les problèmes familiaux, les deuils, les abus sexuels.
- Résumer ou répéter en partie ce qu'a déclaré le patient ⁸⁰. L'intérêt majeur de la méthode de reformulation ⁹¹ est de donner au patient le sentiment d'être entendu ⁸⁵ et de lui permettre ainsi de pouvoir verbaliser ce qui le préoccupe.
- Apprendre à dire « non » efficacement ^{80,91}. Il faut apprendre à ne jamais refuser immédiatement une demande ¹⁵, car cela augmente inévitablement la frustration du patient. Pour que le patient comprenne qu'il a été bien écouté, il est important de toujours réaliser une anamnèse et un examen clinique rigoureux ^{8,88}. Il faut savoir dire « non » de façon ferme et bienveillante ⁸⁶, sans chercher à se justifier ¹⁴, tout cela en s'assurant que le patient ait le sentiment qu'il participe à la décision.

- Savoir expliquer au patient les motifs de la prise en charge proposée sans avoir besoin de se justifier longuement ¹⁴, ce comportement pouvant créer la suspicion chez le patient.

- Avoir recours à l'humour ^{87,88}. Il est utile et efficace tout particulièrement avec les patients autoritaires. Cela permet de surprendre le patient, de dédramatiser et de permettre un échange. L'humour se distingue de l'ironie ¹⁴ qui, elle, s'avère blessante pour le patient et lui donne l'impression de ne pas être pris au sérieux.

Avec une approche plus philosophique ⁵, Butler et Evans estiment que le problème des Heartsink provient de « *cliniciens se sentant impuissants face à des patients qui cherchent le salut de problèmes psychologiques, sociaux et spirituels à un niveau biomédical* ». Ils appellent les médecins à embrasser les patients Heartsink comme « *présentant des problèmes véritablement médicaux et non pseudo-médical* ».

4.4.1.4 S'adapter pour éviter les pièges

L'objectif est d'apporter des outils, des éléments d'analyse pour mieux gérer les situations difficiles, conflictuelles qui peuvent naître et face auxquelles les postures des médecins seront différentes selon les catégories de patients difficiles.

- Les ayants droit ^{14,22,93} :

Il est important que le médecin ne s'offusque pas de ces requêtes ^{2,19} et rassure le patient sur son désir de lui donner les meilleurs soins médicaux. Il faut savoir dire « non » dans l'intérêt du patient et le respect de ses convictions personnelles, sans pour autant le rejeter. Si le médecin est conscient d'un risque de judiciarisation de la relation avec ces patients, il peut être amené à pratiquer une « médecine défensive » ⁷¹, mais ne doit pas se sentir ni intimidé, ni se mettre dans une posture défensive. De plus, le médecin doit éviter de se justifier longuement ⁸⁷, de s'empêtrer dans des explications compliquées et de se laisser entraîner dans un débat ⁶⁹ avec le patient.

- Les plaintes multiples ¹⁴ :

Il faut accepter les plaintes sans fin comme un mode de communication sans se sentir dévalorisé ou impuissant. Il est important de ne pas en vouloir aux patients, de ne pas

s'irriter⁵⁶ de leurs comportements. Il faut faire attention à ne pas minimiser la plainte ¹⁴, le risque sous-jacent étant de ne plus l'écouter. Dans les plaintes sans fin, la demande du malade n'est pas forcément celle d'une guérison mais d'une écoute, une reconnaissance.

- Le manipulateur ^{2,14,57} :

Ce n'est pas tant le soulagement des symptômes mais une relation particulière ¹⁰ avec le médecin qui est recherchée. Cette relation n'a donc de sens que tant que les symptômes perdurent. Ils profitent ainsi « de bénéfices secondaires » ⁷⁹ que le médecin doit essayer d'identifier ⁵⁷ et de minimiser ⁹⁰.

- Le patient autoritaire ^{14,91} :

Il faut tenter de comprendre pourquoi le patient se montre aussi autoritaire et directif. Cela peut exprimer un manque de confiance vis-à-vis d'un médecin qu'il voit pour la première fois, ou bien une gêne par rapport à un symptôme développé par exemple d'origine sexuelle. Aussi, le patient peut agir ainsi parce qu'il est pressé, par pragmatisme ou par provocation ⁵⁷. Dire au médecin ce qu'il doit faire est une façon d'inverser les rôles ¹⁴. Le médecin doit réussir à dépasser son sentiment d'indignation ⁵⁷ et à ne pas s'offusquer ⁸⁹ ouvertement de la demande. Il faut essayer de créer un climat de confiance et une complicité ⁹⁰ avec le patient, par exemple par l'humour ⁹¹, l'un des pièges à éviter étant d'obéir au patient sans en discuter avec lui.

- Le patient agressif ¹⁴:

Le médecin ne doit pas réagir en miroir de façon agressive mais rester le plus calme possible, afin d'éviter de transformer la relation médecin-malade en un rapport de force qui conduirait inévitablement à une rupture ⁸⁷ de la relation de soins. Il est important que le médecin reconnaisse le mécanisme de défense inconscient du patient ⁹³, qu'il ne se sente pas dévalorisé ni mis en échec ¹⁵ par son comportement. Le médecin ne doit pas se laisser insulter mais doit réussir à poser des limites ⁹² tout en laissant une porte ouverte ⁸⁶ pour une communication future.

- Le patient découragé, le patient « n'allant jamais mieux » :

Tout d'abord, il faut reconnaître le découragement du malade ¹⁴, essayer de lui redonner espoir en lui montrant qu'il y a toujours quelque chose à faire. Le médecin ne doit pas nier l'absence d'amélioration mais rester dans une écoute empathique.^{62,87} Il est primordial de

différencier l'échec thérapeutique et l'échec du médecin ⁹³. Dans le cas contraire, il y a un risque important d'en vouloir au malade de l'échec thérapeutique, de se laisser décourager et de l'accuser de ne pas correctement se soigner.

- Le patient envahissant ^{2,14}:

Ce sont des patients qui sont sincères au début puis qui deviennent de plus en plus présents et exigeants. Le médecin doit rapidement recadrer cette relation « avec autant de tact et de fermeté que possible » ⁹⁰ en indiquant à son patient qu'il existe des limites humaines aux connaissances et compétences médicales ⁷⁸, mais aussi des limites de temps et d'endurance ⁷⁴. Réussir à rétablir une « bonne distance » ¹⁵ soignant-soigné sans blesser le patient est un enjeu essentiel de la relation de soins, ceci, indique J. Groves dans l'intérêt également du patient « *afin de le protéger de promesses et d'illusions vouées à l'échec* » ².

Nous suggérons également, afin d'éviter une prise de conscience brutale et douloureuse des jeunes médecins face à ces rencontres difficiles, des mises en situations cliniques fictives par exemple dans le cadre des ECOS (Examens Cliniques Objectifs Structurés). Comme les avocats en reçoivent lors de leur formation au Barreau, des heures d'enseignement obligatoires pourraient être consacrées à des mises en scène de situations conflictuelles déstabilisantes pour le médecin et que les participants apprendraient à gérer.

4.4.2 Actualiser la formation des étudiants en médecine générale

La spécialité médecine générale est jeune. La mise en place du DES de médecine générale a ajouté la médecine générale à la liste des spécialités médicales ⁹⁴. Une spécialité qui s'acquiert en 3 ans et qui comprend 4 stages semestriels hospitaliers obligatoires, 1 stage semestriel obligatoire en cabinet dans un cabinet de médecine générale dit de supervision directe et 1 stage semestriel libre soit hospitalier, soit en autonomie chez un praticien dans le cadre du SASPAS (stage autonomie en soins primaires ambulatoires supervisé).

En 2007, une enquête auprès des étudiants de médecine générale en fin de cursus a indiqué que seuls 49 % d'entre eux se déclarent satisfaits de la formation reçue ⁹⁶, notamment de leur formation pratique, la majorité d'entre eux estimant que le cursus manque de stage

ambulatoire. L'enquête a montrée que 68 % des internes en médecine générale interrogés seraient favorables à la mise en place d'un deuxième stage obligatoire ⁹⁶. Ils considèrent que les stages chez les praticiens constituent « une étape intermédiaire indispensable entre l'internat et le remplacement ou l'installation, une meilleure formation à la médecine ambulatoire, une mise en situation réaliste et sécurisante ».

Les jeunes futurs généralistes passent ainsi au moins les deux tiers de leur formation en milieu hospitalier, et estiment que dans leur exercice quotidien au cabinet seulement 10 à 40 % des patients rencontrés présentent de « vraies maladies » ⁹⁷ telles qu'ils les apprennent à l'université. La majorité des plaintes sont ainsi d'ordres fonctionnel et psychologique, et ces troubles ne correspondent pas aux grilles diagnostiques, scientifiques et biologiques qui pourraient faire d'eux de véritables pathologies.

La communauté scientifique médicale et universitaire inscrit également le sujet complexe et structurant qu'est l'actualisation de la formation en médecine générale à chacune de ses grandes rencontres, notamment celles du CNGE ⁹⁹ (Collège National des Généralistes Enseignants), de la Conférence Annuelle des Doyens ¹⁰⁰ des Facultés de Médecine ainsi que les instances syndicales représentatives des médecins généralistes.

Le questionnement a d'autant plus d'acuité et d'enjeux aujourd'hui que sur les 216 762 médecins en exercice recensés par l'INSEE en 2012, près de la moitié, soit 101 896, sont des médecins généralistes et que plus de 80 % des problèmes médicaux de l'ensemble de la population soignée sont pris en charge directement lors d'une consultation chez le médecin généraliste ⁹⁸, 5 % ayant recours aux autres spécialistes et 1 % nécessitant une hospitalisation.

Si nous bénéficions déjà à l'UFR Paris Diderot d'un enseignement théorique de qualité sur la relation médecin-malade et pouvons faire le choix de participer à des groupes Balint, une réelle avancée serait que toutes les facultés de médecine en France homogénéisent cette formation dans le cursus des études médicales tout en la ciblant aussi sur les Heartsink.

Il faut probablement également intéresser et convaincre les étudiants de l'importance de cet enseignement. Souvent placé trop tôt dans le cursus, il ne revêt pas la même force que l'apprentissage des matières scientifiques et médicales auprès des étudiants qui travaillent ⁹⁵, pensent et raisonnent « cas cliniques » pour la préparation de l'ECN. Plus encore qu'un enseignement, il doit s'agir de susciter une réelle prise de conscience de la nécessité d'une formation indispensable à leur future pratique professionnelle.

Des notions, telles que les situations conflictuelles, la gestion des patients difficiles, la communication avec les patients, déjà bien présentes dans les publications de la communauté scientifique internationale, mériteraient d'y figurer.

L'enseignement de la relation médecin-malade est encore peu développé dans la formation médicale initiale des jeunes, alors même qu'elle est partie intégrante de la relation de soin. Il nous semble essentiel au vu des résultats de notre recherche et de l'expression des jeunes médecins généralistes, de le renforcer afin de mieux les préparer aux défis de l'interaction avec un patient unique qui leur révèle, car ils ne l'ont pas réellement appris, la part essentielle de l'action psycho-thérapeutique.

On peut penser que l'actualisation de l'enseignement de la relation médecin-malade permettra aux futurs jeunes médecins généralistes de se sentir moins démunis face à des situations difficiles dans l'exercice quotidien de leur métier, pour accompagner, soigner et guérir leurs patients.

5 Conclusion

Pour la réalisation de ce travail, les médecins généralistes ont témoigné spontanément sur les comportements de leurs patients difficiles et sur leurs propres réactions, tels qu'ils les vivent et les ressentent. Ils en ont parlé comme ils le font au quotidien, sans tabou, en utilisant parfois un langage familier voire péjoratif, qui traduit les difficultés qu'ils éprouvent.

Dans l'exercice de leur pratique médicale, tous les médecins rencontrés sont confrontés à des patients difficiles qui en raison de leur comportement lors de la consultation, les déstabilisent tant sur le plan émotionnel que sur les plans intellectuel et scientifique. Ils n'identifient pas un profil type de ces patients et ont des difficultés à estimer leur nombre, de cinq à dix pour certains médecins et jusqu'à 10 % de leur patientèle pour d'autres.

Plus des trois quarts des médecins interrogés mettent en place des mécanismes de défense pour conduire les consultations avec leurs patients difficiles. Six attitudes, seules ou combinées selon la situation, émergent des témoignages reçus : la négociation, l'affrontement, le repli, la soumission, le recours à un confrère et l'abandon de la prise en charge. Toutes ont des répercussions sur l'exercice de la pratique médicale, l'estime de soi ainsi que la motivation professionnelle des médecins.

Afin de se prémunir contre les risques liés à une erreur de diagnostic et à une possible judiciarisation du conflit, les médecins cèdent à la demande des patients en multipliant les examens complémentaires ou en augmentant les prescriptions, ce qui leur permet aussi d'écourter une consultation qu'ils ne parviennent plus à maîtriser. Les médecins reconnaissent ouvertement la fréquente inutilité de ces prescriptions et par là même, leur incapacité à prendre en charge autrement ces patients.

Les ressentis en terme de non reconnaissance de leurs compétences, de manque de respect, d'incompréhension génèrent une insatisfaction qui perturbe les médecins qui ne trouvent plus leur place dans la relation avec leur patient. La tolérance à la frustration engendrée est variable d'un médecin à l'autre d'où la prévalence plus ou moins ressentie et exprimée.

La prise en charge des patients difficiles a aussi des conséquences positives sur leur pratique médicale. Certains médecins ont indiqué que ces rencontres les conduisent à prendre du recul, à se détacher des tensions ressenties pour évaluer leurs émotions et analyser leur propre comportement.

Aucun médecin n'a indiqué avoir échangé avec un confrère sur le sujet. Les jeunes médecins conviennent que la participation à un groupe Balint pourrait apporter une aide mais qu'ils n'ont pas le temps. Les médecins plus expérimentés ont indiqué que leur pratique avait évolué avec le temps, une majorité estime qu'ils sont devenus plus tolérants et compréhensifs, à l'inverse une minorité reconnaît réagir de façon encore plus virulente.

Au terme de ce travail, nous disposons d'une meilleure connaissance de la représentation que les médecins généralistes se font des patients difficiles, des difficultés rencontrées pour leur prise en charge et des stratégies intuitives mises en œuvre pour maintenir la qualité de la relation.

Pour aller plus loin dans la formation et la préparation des médecins généralistes en exercice et des étudiants en médecine aux défis que l'interaction avec un patient difficile implique, nous proposons deux axes d'amélioration.

Le premier axe serait de :

- Finaliser et valider le document ébauché dans nos travaux et appelé « livrable » pour apporter aux médecins généralistes en exercice un support rassemblant des informations et des outils d'aides à la compréhension et à la prise en charge des patients difficiles.
- Réaliser à une plus grande échelle des travaux qualitatifs sur la prise en charge des patients difficiles par les médecins généralistes.
- Mettre en place des groupes de travail pluridisciplinaires pour unifier l'approche théorique et pratique de la prise en charge des patients difficiles.

Le second axe serait de :

- Actualiser et valoriser la formation à la relation médecin-patient dans le 2^e cycle des études médicale en y intégrant une formation à la psychologie médicale.
- Intégrer un apprentissage obligatoire à la relation médecin-patient dans le 3^e cycle de Médecine Générale. Un entraînement à la communication médicale et une analyse de la pratique médicale (groupes Balint) pourraient y trouver leur place. Le support d'information précédemment cité pourrait, si la démarche était validée, y être joint.
- Introduire une action de renforcement des connaissances sur la prise en charge des patients difficiles dans le programme du DPC (Développement Professionnel Continu).

6 Bibliographie

- 1) O' Dowd TC. Five years of heartsink patients en général practice. *BMJ (Clin Res)* 1988 ; 297 :528-30.
- 2) Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med* 1978 ; 298 :883-7.
- 3) Gerrard TJ and Riddell JD (1988): Difficult patients: Black holes and secrets. *BMJ* 297:530-532.
- 4) Ellis CG. Making dysphoria a happy expérience. *BMJ (Clin Res)* 1986 ; 298 :317- 8.
- 5) Buttler CC and Evans M . The « Heartsink » patient revisited. *British Journal Of General Practice*. Avril 1999 ; 230-2.
- 6) Colquhoun JP. Heartsink — yet another challenge. *Austral Fam Physician*. 1989;18:559–561.
- 7) Colquhoun JP. Heart Sink revisited. *Austral Fam Physician* 1995 ;24(10) :1964-5.
- 8) Tan Y. The Heart Sink patient. *The College Mirror* 2004 30 (4) 15.
- 9) Douglas R. Smucker. A Framework for understanding Visit by Frequent Attenders en family practice. *Journal of Family practice* 2001; 50 : 847-852.
- 10) Tony Dixon. Heartsink. *CCFP* 1989 ; 35 :2381-2.
- 11) Hoerni B. La relation médecin-malade. L'évolution des échanges patient-soignant. Imothep 2008.
- 12) La définition européenne de la médecine générale- médecine de famille. WONCA Europe 2002
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> consulté le 29 mars 2014.
- 13) Hoerni B, Bénézech M. La relation humaine en médecine. Glyphe 2010.
- 14) Molley-Massol I. Relation Medecin Malade : Enjeux, pièges et opportunités. DaTaBe Edition 2007.
- 15) Consoli S.M, Grimaldi A, Cosserat J. La relation médecin-malade. Elsevier 2004.
- 16) Société Française de médecine générale. Quels apports pour la médecine générale. *Sociologie et Anthropologie* 2007 ;64 :54p
- 17) S.Elger B. Le paternalisme médical : Mythe ou réalité ? *Médecine et hygiène* 2010.
- 18) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale 2012.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> consulté le 29 mars 2014.
- 19) Moumjid-Ferdjaoui N. La relation médecin-patient : entre obéir, consentir et s'accorder. <http://clge.fr/IMG/pdf/RelationMedPatient.pdf> consulté le 14 avril 2014.
- 20) Michael Balint, Le Médecin, son malade et la maladie. Paris ; Payot 2009.
- 21) Malvezin E. La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains. Thèse Med Gen 2010.
- 22) Perino L. Bobologie. L'œil neuf 2007.
- 23) Définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 1946.
<http://www.who.int/about/definition/fr> consulté le 29 mars 2014.

- 24) Moscrop A. Heartsink' patients in general practice: a defining paper, its impact, and psychodynamic potential. Br J Gen Pract 2011 ;61(586) :346-8.
- 25) Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Médecine générale en crise : faits et questions. Médecine 2006 ; 2(5) :223-8
- 26) Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés. Fédération Hospitalière Française 2012. <http://www.fhf.fr/Actualites/Actualites/A-la-Une/Sondage-Les-medecins-face-aux-pratiques-d-actes-injustifies> consulté le 29 mars 2014.
- 27) Conseil national de l'ordre des médecins. Observatoire pour la sécurité des médecins. Recensement national des incidents 2012. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2012.pdf consulté le 29 mars 2014.
- 28) Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : Témoignages, analyses et perspectives. URML ile de France 2007 59p
- 29) Léopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport du Conseil de l'Ordre des Médecins 2003
- 30) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id> consulté le 29 mars 2014.
- 31) Article 1111-2 du code Santé Publique. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020890189&cidTexte=LEGITEXT000006072665> consulté le 29 mars 2014.
- 32) Article R.4127-35 du code de déontologie médicale 2012. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> consulté le 29 mars 2014.
- 33) HAS. Le patient internaute. mai 2007, « Internet santé et vos patients ». http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf consulté le 29 mars 2014.
- 34) HAS. Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JO du 17 août 2004 Présentation de la réforme de l'assurance maladie de 2004 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/loi_2004_810_du_13_aout2004.pdf consulté le 14 avril 2014.
- 35) Brissy S. Refus de soins : un droit du professionnel de santé. Rev Prat Med Gen. 2012 ; 883 : 446-7.
- 36) L'obligation de formation médicale continue (FMC). Historique, état des lieux et perspectives. Santé Gouv. La formation médicale continue. <http://www.sante.gouv.fr/la-formation-medicale-continue-fmc.html> consulté le 29 mars 2014.
- 37) Principaux textes législatifs concernant le DES de médecine générale. <http://desmgidf.fr/page/textes-reglementaires> consulté le 14 avril 2014
- 38) Société médicale Balint France. Le groupe Balint. <http://www.balint-smb-france.org/pages/les-actions-de-nom-structure.html> consulté le 29 mars 2014.

- 39) HAS. Développement professionnel continu : méthodes et modalités de DPC.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf consulté le 14 avril 2014.
- 40) Cahiers de sociologie et de démographie médicale en 2008.
<http://www.bdsp.ehesepe.fr> consulté le 14 avril 2014.
- 41) HAS. Critères de qualités des revues et journaux de la presse médicale 2011
<http://www.has.sante.fr> consulté le 29 mars 2014.
- 42) Bilan 2012. Prescrire. <http://www.prescrire.org/docu/archive/bilan2012> consulté le 29 mars 2014.
- 43) Journées nationales de la médecine générale. <http://www.jnmg.fr> consulté le 14 avril 2014.
- 44) Les groupes de pairs, une méthode de formation rigoureuse, validée et reconnue.
http://www.sfmng.org/groupe_de_pairs/ consulté le 29 mars 2014
- 45) Philibert AC. Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de Développement Professionnel Continu. Thèse Médecine Générale faculté de Grenoble 2012.
- 46) Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. PUF ; 2013.
- 47) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ; 84 : 142-5.
- 48) Paillé P. La méthodologie qualitative, postures de recherche et variables de terrain. Armand Colin 2006.
- 49) Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Armand Colin 2007.
- 50) Paillé P, Mucchielli S. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin 2012.
- 51) Mays N, Pope C : Qualitative Research : Rigour and qualitative research. BMJ 1995 ; 311 : 109-12.
- 52) Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. BMC Health Serv Res 2006;6:128.
- 53) Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. Br J Gen Practice 1995;45:293-6.
- 54) Bornet Sarassat L. Les critères de qualité de la relation médecin-patient définis et perçus par les médecins généralistes à l'aide de la méthode focus groupe. Th D Med, Lyon 2002.
- 55) Relations soignants- soignés. Prévenir et dépasser les conflits. Elsevier Masson ; 2009
- 56) K. Hull S, MD, MPH, Broquet K. Difficult Patient, Family Practice Management 2007 Jun;14(6):30-34.
- 57) Wofford M, Wofford L, Bothra J, Kendrick B, Smith A, Lichstein P. Patient Complaints about Physician Behaviors : a quality study. Acad Med. 2004 ; 79 (2) : 134-8
- 58) Picard D, Edmond M. Les conflits relationnels. PUF 2^{ème} édition 2012.
- 59) Adams J, Murray R. The general approach to the difficult patient. Emerg Med Clin North Am. 1998;16:689-700. 2003

- 60) Llorca G. L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale. *Médecine* 2006 ; 7 vol2 :330-3
- 61) Silverman J, Kurtz S, Draper J. Outils et Stratégies pour communiquer avec le patient. *Medecine et Hygiène* 2010.
- 62) Maerc E, Picard D. Relations et communications interpersonnelles. Dunot ; 2008.
- 63) Grandidier-Charlier E. Le conflit patient-praticien : Responsabilités, jurisprudence, prévention. Th D Odontal, Reins, 2006.
- 64) Article R.4127-31 du code de déontologie médicale 2012. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> consulté le 29 mars 2014.
- 65) Curchod C. Relations soignants-soignés : Prévenir et dépasser les conflits. Masson 2009.
- 66) Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Prescription médicamenteuse : un acte sous influences. *Médecine* 2007 ;3(10) :456-61
- 67) Ministère de la Santé et des Sports. Conférence Nationale de Santé. Résoudre les refus de soins. 2010 ; <http://www.sante.gouv.fr/resoudre-les-refus-de-soins.html> consulté le 14 avril 2014.
- 68) Lelord F, André C. Comment gérer les personnalités difficiles. Odile Jacob ; 2000.
- 69) consultations et visites des médecins généralistes, DREE, études et résultats 2004 <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf> consulté le 29 mars 2014.
- 70) Almaric F, Look J. Caractériser le modèle français de prescription. Une évaluation critique des indicateurs utilisés. *IMS Health* ;2008 :23p
- 71) Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Armand Colin 2012.
- 72) Paulus D. Divergences d'opinion entre patients et médecins généralistes. *Rev Prat Med Gen* 2002 ;16 (564) :263-5.
- 73) Vaquin C. Prévalence du Burnt out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Th D Mèd, Paris V ; 2007.
- 74) Maslasch C, Jackson SE. Malash Burn-out Inventory (MBI). *INRS* 2012 ; 131 : 157-9.
- 75) Lamarche K. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. Mémoire de diplôme inter universitaire, faculté d'Angers ; 2009.
- 76) Steinmetz D and Tabenkin H (2001):The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Family Practice* 18:495-500.
- 77) Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V and Budner NS (1994): The difficult doctor-patient relationship: Somatization, personality and psychopathology. *Journal of Clinical Epidemiology* 47:647-657.
- 78) Lorber J (1981): Good patients and problem patients: Conformity and deviance in a general hospital.In Conrad P and Kern R (Eds):The Sociology of Health and Illness. New York:St Martin's Press, pp.395-404.
- 79) Corney RH, Strathdee G, Higgs R, King M, Williams P, Sharp D and Pelosi AJ (1988): Managing the difficult patient:Practical suggestions from a study day.*Journal of the Royal College of General Practitioners* 38:349-352.
- 80) Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. ERPI 2005.

- 81) Crignon de Oliveira C, Gaille M. Qu'est ce qu'un bon patient ? Qu'est ce qu'un bon médecin ? Séri Arslan 2010.
- 82) Erin E Krebs, Joanne M Garret, Thomas R Konrad. The difficult doctor ? BMC Health Services Research 2006.
- 83) Margaret O'Riordan, John Skelton, Anne de la Croix. Heartilft patients ? An interview- based study of GP trainers and the impact of « patients they like », Family Practice of Oxford journal, 2008
- 84) Galam E. Comment mieux écouter nos patients ? Rev Prat Med Gen 2001 ;15 (550) :1783- 85.
- 85) Borton C, Knott L. Difficult patients. EMIS 2010. <http://www.prevention-medicale.org/gestion-des-risques-lies-aux-soins/revues-de-questions-thematiques/conflits-avec-les-patients.html#paragraphe4116> consulté le 29 mars 2014.
- 86) Heen S, Patton B, Stone D. Comment mener les discussions difficiles. Seuil 2008.
- 87) Potter M. The difficult patient in private practice physiotherapy : a quality study. Aus J Physiother 2003 ; 49(1) : 53-61.
- 88) J.Hass L, P.Leisser J and al. Mannagement of the difficult patient. Am Fam Physician. 2005 15 ;72(10) :2063- 8.
- 89) Deleire I, Picard C. Prévenir l'agressivité : est ce possible ? Rev de la Med Gen 2005 ;(222) :196-8.
- 90) Auger J, Puichaud J. Comment améliorer la relation médecin-malade ? Rev Prat Med Gen 2004 ; (662/663) :999-1001.
- 91) Galam E, Dumas FR. Oser dire « non » avec sérénité. Rev Prat Med Gen 2007 ; 21(788/789) :1079-1080.
- 92) Oliver D. Teaching medical learners to appreciate « difficult » patients. Can Fam Physician 2011;57(4)148-50
- 93) Stokes T, Dixon-Woods M, Mc Kinley T. Ending the doctor-patient Relationship in général practice : a proposed model. Fam Pract 2004 ; 21(5) :507-14
- 94) J.O. du 6 octobre 2004, Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la recherche
- 95) Angot Odile. Faut-il réformer l'internat de médecine générale ? Rev Prat Med Gen 2007 ;21 (774/775) : 633-634.
- 96) ISNAR-IMG. Evolution de la formation pratique de l'interne de médecine générale : enquête nationale 2007.
- 97) Budowski M, Gay M ; Comment former les futurs généralistes ? Exercer 2005 ;75 142-144
- 98) INSEE.Recensement des médecins en exercice.2012
- 99) CNGE Lyon 2012 plénière pédagogique « Construire et harmoniser nos programmes de DES » dont notamment MA Puel : « Former à la relation médecin-malade en groupe à l'Université : état des lieux, intérêt, difficulté ».
- 100) Conférence des doyens des facultés de médecine 2011 : « Place des sciences humaines dans la formation médicale » « Nécessité d'une orientation précoce vers la Médecine générale ? ».

7 Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je 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.

8 Annexes

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

- Le médecin

Questions générales : âge, sexe, type de cabinet (seul, cabinet de groupe) et son fonctionnement (sans rdv, visite à domicile), formation médicale et extra médicale, participation à des groupes de pairs, groupe Balint ou autre formation continue, congrès.

- Profil des Heartsink

Comment définiriez-vous les patients qui vous mettent en difficulté ?

Quels sont les types de comportement ou d'attitudes qui vous dérangent et à quel moment de la consultation ?

Pensez-vous que vos confrères ont les mêmes profils de patients difficiles que vous ?

Votre agacement a-t-il déjà été perçu par les patients ? Le leur avez vous déjà exprimé volontairement ?

Avez-vous déjà été confronté à une plainte ordinaire ou à des menaces de plaintes ?

- La relation médecin-malade

Modifiez-vous le déroulement de votre consultation ?

Prescrivez-vous d'avantage d'examens complémentaires ?

Et l'avez-vous déjà fait en allant à l'encontre de vos convictions thérapeutiques ?

L'absence de diagnostic vous gêne-t-elle ? Avez-vous plus peur de l'erreur médicale avec ces patients ?

Réussissez-vous à les orienter facilement vers un psychologue ou psychiatre ?

Dans quelle circonstance vous arrive-t-il de devoir vous justifier sur une prise en charge? (Pb social, Pb religieux, Pb économique, Pb médical)

La consultation d'internet et des sites de vulgarisation médicale par vos patients, influe-t-elle sur le bon déroulement de vos consultations ?

Pour finir, combien pensez-vous avoir de patients difficiles ?

Annexe 2 : L'information donnée sur les Heartsink

Annexe 3 : Abstract

Title: The “Heart sink” patients : the medical care of these difficult patients in general medicine.

Objective: In the course of their practice, general practitioners are faced with “Heart sink” patients for whom medical care is difficult because of their attitude. This work aims at studying the representation that practitioners have of these difficult patients, the strategies they put in place to maintain the doctor – patient relationship, the consequences on the way they work and their personal feelings.

Method: A qualitative study based on 16 semi-directed interviews of general practitioners in the “Ile de France” region. Each interview was introduced with a brief description of a “Heart sink” to ensure that the concept of a “difficult patient” would be shared by all of us around the table.

Results: All general practitioners have difficult patients, some consider they have between 5 and 10 of them ; others say having a lot more. No specific patient profile has been identified. May they be young doctors recently installed or more experimented general practitioners, they put in place self-protection strategies most of the time intuitively or depending on their personality in order to conduct their consultation. Six types of attitude have been identified and all have repercussions on the way the diagnosis is conducted as well as the professional and personal feeling of the practitioner.

Conclusion: Training on specificities of “Heart sink” patients medical care and the introduction of this training in a reviewed format of doctor – patient relationship teaching during medical education would enable doctors to be better prepared to these difficult consultations.

Key words: “Heart sink”, difficult patient, doctor-patient relationship, difficult consultation, communication, training, burn-out

Annexe 4 : Résumé

Titre : Les patients « Heartsink » : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale.

Objectif : Dans l'exercice de leur pratique, les médecins généralistes sont confrontés à certains patients appelés « Heartsink » qui, par leur comportement, les mettent en difficulté. L'objectif de ce travail a été d'étudier la représentation que se font les médecins généralistes de leurs patients difficiles, les stratégies qu'ils développent pour maintenir la relation médecin-patient, les conséquences sur l'exercice de leur pratique et sur leur ressenti personnel.

Méthode : Une étude qualitative à partir de 16 entretiens semi dirigés a été menée auprès de médecins généralistes exerçant en Ile de France. En introduction à chaque entretien, une définition succincte des « Heartsink » a été donnée afin que la notion de patient difficile soit la même pour chacun.

Résultats : Tous les médecins généralistes reçoivent en consultation des patients difficiles, certains estiment qu'ils en ont entre cinq et dix, d'autres déclarent en avoir beaucoup plus. Aucun profil type de patient difficile n'a été dégagé. Qu'ils soient jeunes installés ou expérimentés, les médecins élaborent de manière intuitive et selon leur personnalité des stratégies pour appréhender et conduire la consultation. Six attitudes se dégagent des témoignages et toutes ont des répercussions sur l'exercice de la prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient, ainsi que sur le ressenti professionnel et psychologique du médecin.

Conclusion : Une formation en psychologie et communication médicale s'avère nécessaire dans l'enseignement médical initial. Pour les futurs médecins généralistes en 3^e cycle, une formation obligatoire sur la relation médecin-patient leur permettrait d'être mieux préparés à la dimension relationnelle de la consultation en soins primaires. Une information ciblée sur la prise en charge des patients difficiles pourrait être apportée aux médecins en exercice dans le cadre de la formation continue.

Mots clés : Heartsink, patient difficile, relation médecin-patient, consultation difficile, communication, formation, burn out.

9 Permis d'imprimer