



HAL
open science

Consultations difficiles en milieu sous doté : aspect pratique de la prise en charge, ressentis et point de vue de médecins généralistes

Noémie Blanc

► To cite this version:

Noémie Blanc. Consultations difficiles en milieu sous doté : aspect pratique de la prise en charge, ressentis et point de vue de médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03234623

HAL Id: dumas-03234623

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03234623>

Submitted on 25 May 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Noémie BLANC

Née le 07.06.1991 à Château-Renault

Consultations difficiles en milieu sous doté : aspect pratique de la prise en charge.

Ressentis et point de vue de médecins généralistes bretons.

Thèse soutenue à Rennes le 30 Juin 2020

devant le jury composé de :

Pr Patrick JEGO

Directeur du jury
PU-PH en médecine interne au CHU de RENNES

Dr Aline CORVOL

Juge
MCU-PH en gériatrie au CHU de RENNES

Pr Didier MYHIE

Juge
Professeur Associé au DMG de RENNES
Médecin généraliste

Dr Arnaud MAURY

Juge et directeur de thèse
Membre du DMG de RENNES
Médecin généraliste



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Noémie BLANC

Née le 07.06.1991 à Château-Renault

Consultations difficiles en milieu sous doté : aspect pratique de la prise en charge.

Ressentis et point de vue de médecins généralistes bretons.

Thèse soutenue à Rennes le 30 juin 2020

devant le jury composé de :

Pr Patrick JEGO

Directeur du jury
PU-PH en médecine interne au CHU de RENNES

Dr Aline CORVOL

Juge
MCU-PH en gériatrie au CHU de RENNES

Pr Didier MYHIE

Juge
Professeur Associé au DMG de RENNES
Médecin généraliste

Dr Arnaud MAURY

Juge et directeur de thèse
Membre du DMG de RENNES
Médecin généraliste

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

| NOM | PRÉNOM | TITRE | CNU |
|-----------------|-----------------|--------------|---|
| ANNE-GALIBERT | Marie-Dominique | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| BARDOU-JACQUET | Edouard | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| BELAUD-ROTUREAU | Marc-Antoine | PU-PH | Histologie ; embryologie et cytogénétique |
| BELLISSANT | Eric | PU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| BELOEIL | Hélène | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| BENDAVID | Claude | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| BENSALAH | Karim | PU-PH | Urologie |
| BEUCHEE | Alain | PU-PH | Pédiatrie |
| BONAN | Isabelle | PU-PH | Médecine physique et de réadaptation |
| BONNET | Fabrice | PU-PH | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| BOUDJEMA | Karim | PU-PH | Chirurgie générale |
| BOUGET | Jacques | Pr Emérite | Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie |
| BOUGUEN | Guillaume | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| BRASSIER | Gilles | PU-PH | Neurochirurgie |
| BRISSOT | Pierre | Pr Emérite | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| CARRE | François | PU-PH | Physiologie |
| CATROS | Véronique | PU-PH | Biologie cellulaire |
| CATTOIR | Vincent | PU-PH | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| CHALES | Gérard | Pr Emérite | Rhumatologie |
| CORBINEAU | Hervé | PU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| CUGGIA | Marc | PU-PH | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| DARNAULT | Pierre | PU-PH | Anatomie |
| DAUBERT | Jean-Claude | Pr Emérite | Cardiologie |
| DAVID | Véronique | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| DAYAN | Jacques | Pr Associé | Pédopsychiatre, Addictologie |
| DE CREVOISIER | Renaud | PU-PH | Cancérologie ; radiothérapie |
| DECAUX | Olivier | PU-PH | Médecine interne ; gériatrie et biologie du |

| | | | |
|------------|---------------------|---------------------|--|
| | | | vieillessement ; addictologie |
| DESRUES | Benoît | PU-PH | Pneumologie ; addictologie |
| DEUGNIER | Yves | Pr Emérite | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| DONAL | Erwan | PU-PH | Cardiologie |
| DRAPIER | Dominique | PU-PH | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| DUPUY | Alain | PU-PH | Dermato-vénérologie |
| ECOFFEY | Claude | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| EDAN | Gilles | PU-PH consultant | Neurologie |
| FERRE | Jean- Christophe | PU-PH | Radiologie et imagerie médicale |
| FEST | Thierry | PU-PH | Hématologie ; transfusion |
| | | | |
| FLECHER | Erwan | PU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| | | | |
| GANDEMER | Virginie | PU-PH | Pédiatrie |
| GANDON | Yves | PU-PH | Radiologie et imagerie médicale |
| GANGNEUX | Jean-Pierre | PU-PH | Parasitologie et mycologie |
| GARIN | Etienne | PU-PH | Biophysique et médecine nucléaire |
| GAUVRIT | Jean-Yves | PU-PH | Radiologie et imagerie médicale |
| GODEY | Benoît | PU-PH | Oto-rhino-laryngologie |
| GUGGENBUHL | Pascal | PU-PH | Rhumatologie |
| GUILLE | François | PU-PH | Urologie |
| GUYADER | Dominique | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| HAEGELEN | Claire | PU-PH | Anatomie |
| HOUOT | Roch | PU-PH | Hématologie ; transfusion |
| JEGO | Patrick | PU-PH | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; addictologie |
| JEGOUX | Franck | PU-PH | Oto-rhino-laryngologie |
| JOUNEAU | Stéphane | PU-PH | Pneumologie ; addictologie |
| KAYAL | Samer | PU-PH | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LAMY DE LA | Thierry | PU-PH | Hématologie ; transfusion |
| | | | |
| LAVIOLLE | Bruno | PU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |

| | | | |
|------------|------------|------------|--|
| LAVOUE | Vincent | PU-PH | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| LE BRETON | Hervé | PU-PH | Cardiologie |
| LE GUEUT | Mariannick | PU-PH | Médecine légale et droit de la santé consultant |
| LE TULZO | Yves | PU-PH | Médecine intensive-réanimation |
| LECLERCQ | Christophe | PU-PH | Cardiologie |
| LEDERLIN | Mathieu | PU-PH | Radiologie et imagerie médicale |
| LEGUERRIER | Alain | Pr Emérite | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| LEJEUNE | Florence | PU-PH | Biophysique et médecine nucléaire |
| LEVEQUE | Jean | PU-PH | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| LIEVRE | Astrid | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| MABO | Philippe | PU-PH | Cardiologie |
| MAHE | Guillaume | PU-PH | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| MALLEDANT | Yannick | Pr Emérite | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| MENER | Eric | Pr Associé | Médecine générale |
| MEUNIER | Bernard | PU-PH | Chirurgie digestive |
| MICHELET | Christian | Pr Emérite | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| MOIRAND | Romain | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| MORANDI | Xavier | PU-PH | Anatomie |
| MOREL | Vincent | Pr Associé | Épistémologie clinique |
| MOSSER | Jean | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOURIAUX | Frédéric | PU-PH | Ophtalmologie |
| MYHIE | Didier | Pr Associé | Médecine générale |
| ODENT | Sylvie | PU-PH | Génétique |
| OGER | Emmanuel | PU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| PARIS | Christophe | PU-PH | Médecine et santé au travail |
| PERDRIGER | Aleth | PU-PH | Rhumatologie |
| PLADYS | Patrick | PU-PH | Pédiatrie |
| RAVEL | Célia | PU-PH | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| REVEST | Matthieu | PU-PH | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| RICHARD DE | Bertrand | Pr Associé | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |

| | | | |
|-----------------|---------------|------------|---|
| LATOUR | | | |
| RIFFAUD | Laurent | PU-PH | Neurochirurgie |
| RIOUX-LECLERCQ | Nathalie | PU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROBERT-GANGNEUX | Florence | PU-PH | Parasitologie et mycologie |
| ROPARS | Mickaël | PU-PH | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| SAINT-JAMES | Hervé | PU-PH | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAULEAU | Paul | PU-PH | Physiologie |
| SEGUIN | Philippe | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| SEMANA | Gilbert | PU-PH | Immunologie |
| SIPROUDHIS | Laurent | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| SOMME | Dominique | PU-PH | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| SOULAT | Louis | Pr Associé | Médecine d'urgence |
| SULPICE | Laurent | PU-PH | Chirurgie générale |
| TADIE | Jean Marc | PU-PH | Médecine intensive-réanimation |
| TARTE | Karin | PU-PH | Immunologie |
| TATTEVIN | Pierre | PU-PH | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| TATTEVIN-FABLET | Françoise | Pr Associé | Médecine générale |
| THIBAUT | Ronan | PU-PH | Nutrition |
| THIBAUT | Vincent | PU-PH | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| THOMAZEAU | Hervé | PU-PH | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| TORDJMAN | Sylvie | PU-PH | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| VERHOYE | Jean-Philippe | PU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| VERIN | Marc | PU-PH | Neurologie |
| VIEL | Jean-François | PU-PH | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| VIGNEAU | Cécile | PU-PH | Néphrologie |
| VIOLAS | Philippe | PU-PH | Chirurgie infantile |
| WATIER | Eric | PU-PH | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| WODEY | Eric | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| NOM | PRÉNOM | TITRE | CNU |
|-------------------------|---------------------|---------------|--|
| ALLORY | Emmanuel | MC Associé | Médecine générale |
| AME-THOMAS | Patricia | MCU-PH | Immunologie |
| AMIOT | Laurence | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| ANSEMI | Amédéo | MCU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BEGUE | Jean Marc | MCU-PH | Physiologie |
| BERTHEUIL | Nicolas | MCU-PH | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| BOUSSEMART | Lise | MCU-PH | Dermato-vénéréologie |
| BROCHARD | Charlène | MCU-PH | Physiologie |
| CABILLIC | Florian | MCU-PH | Biologie cellulaire |
| CAUBET | Alain | MCU-PH | Médecine et santé au travail |
| CHHOR-QUENIART | Sidonie | MC Associé | Médecine générale |
| DAMERON | Olivier | MCF | Informatique |
| DE TAYRAC | Marie | MCU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| DEGEILH | Brigitte | MCU-PH | Parasitologie et mycologie |
| DROITCOURT | Catherine | MCU-PH | Dermato-vénéréologie |
| DUBOURG | Christèle | MCU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| DUGAY | Frédéric | MCU-PH | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| EDELIN | Julien | MCU-PH | Cancérologie ; radiothérapie |
| FIQUET | Laure | MC Associé | Médecine générale |
| GARLANTEZEC | Ronan | MCU-PH | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GOUIN épouse THIBAUT | Isabelle | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| GUILLET | Benoit | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| JAILLARD | Sylvie | MCU-PH | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| KALADJI | Adrien | MCU-PH | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| KAMMERER- JACQUET | Solène- Florence | MCU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LAVENU | Audrey | MCF | Sciences physico-chimiques et ingénierie |

| | | | |
|-----------------|----------|---------|--|
| | | | appliquée à la santé |
| LE GALL | François | MCU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LE GALL | Vanessa | MC | Médecine générale |
| | | Associé | |
| LEMAITRE | Florian | MCU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| MARTINS | Pédro | MCU-PH | Cardiologie |
| | Raphaël | | |
| MATHIEU-SANQUER | Romain | MCU-PH | Urologie |
| MENARD | Cédric | MCU-PH | Immunologie |
| MICHEL | Laure | MCU-PH | Neurologie |
| MOREAU | Caroline | MCU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOUSSOUNI | Fouzia | MCF | Informatique |
| NAUDET | Florian | MCU-PH | Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie |
| PANGAULT | Céline | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| RENAUT | Pierrick | MC | Médecine générale |
| | | Associé | |
| ROBERT | Gabriel | MCU-PH | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| SCHNELL | Frédéric | MCU-PH | Physiologie |
| THEAUDIN épouse | Marie | MCU-PH | Neurologie |
| SALIOU | | | |
| TURLIN | Bruno | MCU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| VERDIER épouse | Marie- | MCU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| LORNE | Clémence | | |
| ZIELINSKI | Agata | MCF | Philosophie |

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick JEGO, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier dans le service de médecine interne du CHU de RENNES. Vous me faites l'honneur de présider ce jury, recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur Didier MYHIE, Professeur associé en médecine générale à l'université de médecine de RENNES et médecin généraliste au Rheu. Vous me faites l'honneur de juger ce travail, soyez assuré de mon profond respect et recevez mes remerciements également pour votre qualité de maître de stage lors de mon SASPAS.

A Madame le Docteur Aline CORVOL, Maître de conférence-Praticien Hospitalier dans le service de médecine gériatrique du CHU de RENNES. Vous me faites l'honneur de juger ce travail, recevez à cette occasion mes sincères remerciements et ma considération.

A Monsieur le Docteur Arnaud MAURY, Médecin généraliste à Bain de Bretagne et exerçant au sein du Département de Médecine Générale au CHU de RENNES. Merci de m'avoir guidé tout au long de mon travail et de m'avoir apporté de la disponibilité, les connaissances et les encouragements dont j'avais besoin tout au long de ce travail.

Aux médecins généralistes qui ont pris le temps de me recevoir pour les entretiens, merci pour votre contribution à ce travail.

Aux praticiens rencontrés lors de mes stages hospitaliers qui m'ont transmis leurs savoirs et leur passion pour le métier et la relation médecin-patient, en particulier Dr Rouault de la Vigne en soins palliatifs à Fougères.

A mes maîtres de stage du stage praticien, Dr Tardy, Dr Eon, Dr Vinatier et du SASPAS, Dr Caron, Dr Myhie et Dr Bourel pour m'avoir accompagné et conforté dans le choix de la médecine générale.

A mon Papa et ma Maman pour leur soutien indéfectible et leur amour, qui permet d'avancer chaque jour, TSGCAC.

A mon Romain, son soutien, son amour et la route qui ne fait que commencer, Morbier.

A ma soeur, pour sa présence et les souvenirs communs.

A mes grands parents, pour leurs attentions et leur tendresse.

A mes amis, du lycée à la faculté de Tours, qui ont formé ma jeunesse, à l'Oxford, au Bombay, au gros bar, et à la guinguette.

A mes amis rencontrés depuis, à Rennes, à la coloc de l'amour, à la triloc', à l'amour unifié, pourvu que ça dure.

A tous ceux qui ont croisé mon chemin, à tous les patients rencontrés, depuis le début de ces études, qui font le médecin que je suis aujourd'hui.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction

Méthodologie

Résultats

I. Description de la population : caractéristiques des médecins et pratique

Tableau 1. Caractéristiques des médecins interrogés.

II. Relation médecin patient : caractéristiques de la relation et attentes des patients

III. Définition des patients difficiles

IV. Analyse multidimensionnelle et multifactorielle de la prise en charge des patients difficiles en zone sous dotée :

1. Freins à la prise en charge
2. Leviers à la prise en charge

Figure 1. Freins et Facilitateurs de la prise en charge des patients difficiles en zone sous dotée

3. Solutions à la prise en charge

Figure 2. Solutions proposées pour la prise en charge des patients difficiles

Figure 3. Carte mentale (ou mindmap) des résultats

Discussion

I. Principaux résultats

II. Forces et limites

III. Discussion des résultats

1. Du patient difficile à la consultation difficile
2. Changement du mode de relation médecin-patient, insatisfaction et rupture
3. Zone sous dotée : inadaptation des solutions proposées, installation des médecins, et lutte contre l'isolement professionnel
4. Conflits, gestion des émotions et risque de burn out
5. De la communication, de l'éducation et de la formation

Conclusion

Bibliographie

Glossaire et Annexes

Résumé

Introduction

La complexité de la relation médecin-patient réside dans la singularité de la relation, en particulier due aux caractéristiques et personnalités des patients (1) . Les patients dits difficiles ou *heartsink* ont été décrits dans la littérature (2–4): « les patients trous noirs, les complexités familiales, les comportements punitifs, les dépendants, les différences culturelles, les désavantagés sociaux et démunis, les problèmes médicaux complexes, le personnel soignant, les manipulateurs et simulateurs, les secrets ».

C'est au médecin généraliste, premier recours face à ces patients difficiles, d'assurer une prise en charge sereine et efficace. Ces patients engendrent une altération de la qualité de la relation médecin-patient (5), un retentissement sur la pratique et un risque de désinvestissement et burn out (6,7). Des axes de prise en charge (8) ont déjà été décrits, notamment en centre de santé (9). Les caractéristiques et les contraintes du milieu rural (isolement, désertification médicale, forte demande et manque de temps, proximité de la population) (10) peuvent être un frein pour la mise en place de ces techniques. Cependant, il n'y a pas eu d'études pour évaluer la prise en charge en pratique de ces patients.

Par ailleurs, on assiste à un changement du mode d'organisation des médecins généralistes (11). Le développement des maisons de santé pluridisciplinaires est favorisé par les autorités de santé et par les médecins (12,13). L'installation en milieu rural et sous doté est un enjeu actuel, avec pour but l'amélioration de l'accessibilité des médecins sur le territoire.

La difficulté à prendre en charge certains patients difficiles d'une part et les difficultés liées à la zone sous dotée d'autre part ont conduit à la réalisation de notre étude.

Notre objectif est d'explorer les aspects pratiques de la prise en charge de ces patients en milieu sous doté et le ressenti des médecins généralistes bretons.

Méthodologie

Une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de médecins généralistes exerçant en libéral en milieu médical sous doté en Bretagne. Ils étaient recrutés par mail, téléphone ou bouche à oreille et acceptaient de répondre sur la base du volontariat. Le recrutement a eu lieu jusqu'à suffisance des données.

Un guide d'entretien (annexe 1) a été rédigé avec 7 questions. Les médecins étaient informés qu'ils étaient enregistrés, les entretiens étant retranscrits et anonymisés. Les questions étaient larges, permettant un dialogue ouvert. Les thèmes du ressenti concernant la relation médecin-patient, les patients difficiles, l'impact de la zone sous dotée sur la prise en charge des patients difficiles, le ressenti concernant ces patients et les modalités de prise en charge étaient abordés. Au total, 13 entretiens ont été réalisés de janvier à juillet 2019, au cabinet des médecins, la durée moyenne était de 33 minutes.

Les entretiens ont été retranscrits, double codés, et analysés de façon thématique, puis de façon inductive permettant une modélisation ancrée dans le réel.

Résultats

I. Description de la population : caractéristiques des médecins et pratique

Le tableau 1 récapitule les caractéristiques des médecins.

| Médecins | Âge | Sexe | Durée | Mode d'installation | Secrétaire | Entente | MSU | Logiciel partagé |
|----------|-----|------|--------|----------------------|------------|---------|-----|------------------|
| 1 | 38 | M | 9 ans | en groupe MSP | + | + | + | + |
| 2 | 36 | M | 2 ans | en groupe | + | + | + | + |
| 3 | 61 | M | 30 ans | en groupe | + | + | - | + |
| 4 | 29 | M | 6 mois | en groupe en MSP | + | + | - | + |
| 5 | 55 | F | 7 ans | en groupe | + | - | - | - |
| 6 | 60 | M | 27 ans | en groupe en MSP | + | + | + | + |
| 7 | 62 | M | 34 ans | seul | + | + | - | |
| 8 | 53 | M | | en groupe | + | + | - | + |
| 9 | 63 | M | 35 ans | seul, bientôt en CDS | + | | + | |
| 10 | 64 | M | 40 ans | seul, avec une IDE | + | | + | |
| 11 | 63 | M | 29 ans | seul | + | | - | |
| 12 | 30 | F | 1 an | en groupe en MSP | + | + | - | + |
| 13 | 31 | F | 2 ans | en groupe en MSP | + | + | - | + |

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

(MSP : maison de santé pluridisciplinaire, CDS : centre de santé)

Les médecins exerçant seuls ne se sentaient pas isolés et le voyaient plutôt comme un avantage. Ils reconnaissaient la pression subie par les secrétaires. Ils avaient tous un jour de repos dans la semaine. Ils participaient quasiment tous à des formations indépendantes ou dispensées par des laboratoires, et/ou à des groupes de pairs, et s'ils ne le faisaient pas c'était par manque de temps. Une bonne partie était ou voulait être MSU et décrivaient des avantages EII "ça me permet d'avoir un peu de temps" et des inconvénients à l'être.

Beaucoup reconnaissaient que leur pratique et ressentis avaient évolué en fonction de l'expérience. Leur patientèle était très variée. Les médecins âgés avaient une patientèle plutôt âgée et n'acceptaient plus les nouveaux patients. La pratique était très diversifiée avec des activités complémentaires (EHPAD, permanence des soins, médecin effecteur mobile) sans pour autant avoir de spécialités, E7 *“de la médecine générale classique”*. La plupart qualifiaient leur exercice de rural et semi rural, et peu de semi urbain, c'était un choix pour la plupart E3 *“aussi un choix de vie”*.

II. Relation médecin- patient : caractéristiques de la relation et attentes des patients

Les médecins étaient intéressés par la relation médecin-patient et son caractère singulier était important E1 *“j'ai choisi la médecine générale pour cet aspect de la relation particulière”*. La relation était une relation de confiance basée sur le respect E10 *“ils font confiance au médecin, on est le confident, on rentre dans l'intimité des gens, la relation humaine est exceptionnelle!”*. La relation était plutôt perçue comme paternaliste E4 *“certains patients en ont besoin”*, avec des patients assez observants ou plutôt selon le modèle délibératif E7 *“j'aime bien que les gens se rendent autonomes”*. La relation était très bien vécue pour la plupart et centrée sur l'écoute et l'empathie E2 *“si on se met de leur côté c'est des patients qui n'ont pas forcément demandés à être comme ça”*. La relation était avant tout une relation humaine et pouvait être complexe, surtout sur le plan émotionnel et relationnel E1 *“on a beaucoup d'abcès, euh.. d'aspects psychologiques à gérer”*. Les médecins expérimentés trouvaient que la relation se dégradait, notamment par manque de temps. La qualité de la relation était altérée par les difficultés de communication E13 *“ils comprennent pas toujours ce qu'on veut dire, ou ils veulent pas, ou ils font semblant de pas comprendre”* et la sur consommation de soins E7 *“on sent qu'on est un objet ou que le médecin devient un objet de consommation courante”*. Et pour d'autres elle semblait s'améliorer E8 *“les gens reviennent à une relation de confiance !”*.

Les médecins installés depuis longtemps connaissaient bien leurs patients, ce qui leur permettait de mieux répondre à leurs attentes et était pour la plupart des médecins de famille E10 *“à la campagne on a encore cette notion de médecin de famille, qui existe peut être moins en ville”*, ce que semblait rechercher également les patients. Les médecins étaient

investis, voir surinvestis dans la relation et dans leur métier. E6 *“y'a des dossiers faut s'investir plus ! ça demande encore un surinvestissement sur des gens qui ont un temps de travail déjà surinvesti”*

Les patients des zones sous dotées étaient plutôt fidèles, indulgents, reconnaissants E6 *“ils se rendent compte dans la majorité qu'on mouille la chemise, et ils nous en sont reconnaissants en général”*, sympathiques et agréables, moins exigeants et vindicatifs, et plus respectueux E4 *“en campagne on a peut-être un peu plus le respect du médecin”* ; et ils faisaient moins de nomadisme médical E4 *“ils vont moins faire de nomadisme médical, parce que comme ils sont en campagne, ils peuvent pas”*. Tous reconnaissaient qu'ils avaient des patients difficiles avec notamment des patients consultants pour des motifs injustifiés et des patients n'honorant pas leurs rendez-vous. Tous les médecins affirmaient qu'il y avait une sorte de sélection inévitable de la patientèle E7 *“y'a un tri qui se fait naturellement”*.

Les médecins femmes ressentaient parfois un manque de crédibilité E11 *“c'est pas facile, surtout quand t'es une fille et jeune”*, mais également une facilité à l'échange. Les hommes étant également très investis dans l'échange, n'étaient pas de cet avis. L'image renvoyée du médecin était importante pour certains, qui se sentaient parfois jugés injustement par les patients E6 *“notre note sur internet s'en est drôlement ressentie”*. Pour certains, le statut du médecin devait être valorisé et la position sociale était importante.

Les médecins décrivaient une évolution de la médecine générale, avec autrefois des médecins utilisés comme des consommables lorsqu'ils étaient plus nombreux et un rythme de travail différent (gardes de nuits). Les patients aussi évoluaient E1 *“le comportement des patients a changé”*, E9 *“la population vieillit!”* ainsi que la société de façon plus générale. Les médecins se voyaient comme médecin de premier recours, coordonnateur, devant faire preuve d'écoute, d'empathie et de technicité. La plupart montrait un réel intérêt à leur métier, vécu pour certains comme une passion et dans lequel ils s'épanouissaient E9 *“allez ça serait à refaire, je le referais ce métier”* E10 *“c'est un métier extraordinaire !”*.

III. Définition des consultations difficiles

Tous les médecins avaient des patients difficiles E5 *“on a tous entre guillemets nos boulets”* sans être la majorité de leur patientèle E12 *“c’est des cas assez éparses finalement”*. Les patients difficiles étaient perçus comme des gens en souffrance E2 *“ces patients qui nous mettent en difficultés, il faut les voir comme en difficultés eux-mêmes”*.

On retrouvait différentes catégories :

1) **Les comportements difficiles** : ceux ayant un manque de respect ou de reconnaissance E6 *“à balancer la plus grande violence verbale tout de suite”*, E13 *“ je ne suis pas respectée dans ma qualité de médecin !”*, ceux faisant des reproches E10 *“y’a toujours des gens qui essaient de vous mettre à mal”*, les insatisfaits E12 *“c’est des gens perpétuellement insatisfaits, d’ailleurs ils ont fait plusieurs cabinets”*, ceux avec des demandes multiples E10 *“des gens qui viennent avec leurs listes”*, “ E12 *“déjà si y’a 43 milliards de plaintes !”*, ceux avec des croyances irréelles, ceux qui sont très exigeants E8 *“il me faut ça, il me faut ci, il me faut tel examen, il me faut tel IRM”*, ceux qui consultent internet, ceux qui sont agressifs ou harcèlent E6 *“je m’étais fait traité d’enculé de feignant”*.

2) **Les situations difficiles à gérer émotionnellement** : les situations de misère sociale E9 *“des revenus qui sont très très faibles donc un accès aux soins qui est pas forcément facile”*, la maltraitance, le refus de soins, les annonces difficiles et les situations difficiles émotionnellement E9 *“j’arrête pas de leur annoncer des diagnostics de cancers de seins, c’est très lourd !”*.

3) **Les patients qui auraient des caractères particuliers** : les *“addicto”*, les inobservants, les séducteurs E9 *“y’a des patients qui ont la main baladeuse, et qui peuvent d’un point de vue santé ne pas être très très bien, donc ça nous est difficile de réagir violemment”*, les procéduriers, les agriculteurs, les professeurs E11 *“y’a le patient MGEN !”*, les enfants mal éduqués, les patients avec un manque d’hygiène, les gens du voyage, les vacanciers E8 *“le parisien qui va se dire, bah à 25 balles, de toute façon c’est pas cher”*, les couples E5 *“c’est la personne d’à côté qui répond”*, les passifs, les menteurs, les testeurs, les volubiles, les plaintifs E11 *“ils viennent là plus pour pleurer que pour une pathologie”*, les

impatiens, ceux qui mettent en échec, les délinquants/criminels, les profiteurs, ceux avec des problèmes administratifs, les patients âgés, les ambivalents.

4) **Les pathologies complexes** : les patients polypathologiques, les patients atteints de fibromyalgie, de troubles psychosomatiques, de pathologies douloureuses chroniques, d'hypocondrie, de pathologies psychiatriques, ou de pathologies mal connues.

IV. Analyse multidimensionnelle et multifactorielle de la prise en charge des patients difficiles en zone sous dotée

L'amélioration de la prise en charge des patients difficiles passait par plusieurs leviers, qui en les actionnant permettaient un meilleur vécu du médecin, facilitant alors la compréhension de ces patients. Il existait des freins et des facilitateurs à la prise en charge en zone sous dotée.

1. Freins à la prise en charge (Figure 1)

1.1. Freins liés à la zone sous dotée

L'exercice en zone sous dotée signifiaient une surcharge de travail, E6 "*4 journées de 12 à 14 heures par semaines, plus le samedi, c'est pas légal!*", une charge administrative, un manque de temps, une pression intense des patients, un manque de moyens, et un manque d'accès aux spécialistes E4 "*en ville on aurait des rendez vous plus rapides*". On retrouvait un désarroi concernant le délai de mise en place des projets locaux et un manque de soutien des autorités E6 "*c'est pas d'être reconnu, c'est d'être aidé au bon moment*", E6 "*on nous culpabilise beaucoup*". Toutefois, la plupart des médecins ne ressentaient pas de difficultés supplémentaires E12 "*des patients comme ça t'en as partout*" hormis la charge de travail qui pouvait être un frein E13 "*la charge de travail fait qu'on peut être moins zen et aggraver des situations*".

1.2. Freins liés à la relation

Les émotions négatives générées impactaient la prise en charge : impuissance E1 "*on ne sait pas quoi leur proposer*", colère, anxiété E6 "*tous les dimanches soirs je dors mal*", blessure "*c'est des petites égratignures sur l'armure*", lassitude, agacement E12 "*pour les patients casse-pieds, le ressenti, bah ils sont casse-pieds !*", peur, incompréhension E8 "*quelque*

chose qu'il leur a pas plu, mais on a pas eu le sentiment [...] d'avoir fait une erreur", frustration, déception, culpabilité, échec, désinvestissement, agressivité E7 *"je peux être assez sanglant"*; ainsi que les peurs liées à ces patients, la peur de l'erreur médicale E1 *"on bâcle, et il arrive un truc et on passe un petit peu à côté"*, du médico légal, de la rupture, E7 *"y'a des patients ils essaient de trouver ailleurs, quelques fois ils le disent, et y'en a d'autres fois on l'apprend par d'autres"* et des conflits E7 *"ça monte d'un ton et puis ça peut clasher"*.

Beaucoup de médecins décrivaient des difficultés de concentration E1 *"on est moins bien pour les consultations d'après"*, une impatience, un manque d'écoute, une insatisfaction de leur travail E8 *"de toute façon je ne suis pas content de moi et lui non plus doit pas être content"*, parfois même un désinvestissement E5 *"je ne me mets pas en 4 pour leur rendre service"*. Les consultations étaient chronophages E4 *"ça demande plus d'énergie"*, envahissantes sur le plan professionnel E8 *"ça peut être un quart d'heure qui vous bouffe toute la journée"* et personnel E1 *"on est moins à ce qu'on fait, on y repense le soir, et ça prend la tête"*. Le risque de burn out était ressenti comme prégnant E1 *"on a vite fait de se retrouver en burn out, ou de faire n'importe quoi avec ses patients"*, E13 *"moi ça m'est déjà arrivé de me dire, pour un qui me pourrit la vie, maintenant la médecine c'est alimentaire!"* et beaucoup décrivaient un épuisement E6 *"on en a lourd sur les épaules"*, E8 *"ils sont fatigués, mais c'est fatiguant pour la journée !"*. A force, les médecins avaient une labilité émotionnelle, qui pouvait se répercuter sur leurs proches E9 *"mes enfants sentaient très bien quand la journée avait été tendue !"* et ont fait part de leurs émotions et sensibilité E6 *"je le cache pas, c'est peut être pas professionnel mais on est humains (larmes aux yeux), [...] je pleure quelques fois"*. Quasiment tous les médecins étaient humbles et se remettaient en question face aux difficultés E5 *"c'est comme dans les histoires de couple, c'est partagé"*, E1 *"on est loin d'être parfaits, l'important c'est d'en être conscient et de se rendre compte, de se remettre en question sur ces questions là"*. La relation était parfois difficile car ils faisaient un transfert E6 *"ça ne peut pas nous toucher, nous rappeler à nos histoires de vie !"*. Certains se sentaient un peu seul, face aux difficultés relationnelles, et d'autres étaient assez fatalistes E2 *"des gens qui de toute façon iront toujours mal, et alors il faut essayer de faire avec !"*.

2. Leviers à la prise en charge (Figure 1)

2.1. Leviers liés à la zone sous dotée

Les aides des autorités, les propositions d'emplois, les MSP permettant d'augmenter l'offre médicale et le fait d'être MSU aidaient pour dégager du temps médical de qualité. L'exercice en zone défavorisée était pour plusieurs un avantage dans la prise en charge de ces patients E5 *“ça nous donne du pouvoir”* permettant alors de dire non plus facilement, de refuser le clientélisme E8 *“ça a remis plus de sens au médecin de famille, les gens disent vous partez pas hein !”*.

2.2. Leviers liés à la relation

L'expérience du médecin, la gestion des émotions E3 *“l'émotion il faut toujours la mettre de côté, il faut quand même travailler à froid”*, et apprendre à savoir dire non E5 *“une fois que les choses sont posées ça fait pas de tension”* permettaient une meilleure prise en charge. Echanger avec son entourage personnel ou professionnel, garder un équilibre personnel E6 *“partir une journée en mer, [...] un bouquin, le soleil ! et puis rien autour ! et surtout pas de téléphone ! (rires)”* était également important. Prendre son temps, prendre de la distance émotionnelle et être MSU permettait de mieux gérer ses émotions E1 *“être avec quelqu'un et de pouvoir discuter, ça m'aide beaucoup !”*. L'humour et la moquerie pouvaient aider à transformer les émotions négatives en émotions positives E2 *“pouvoir se moquer d'eux, de pouvoir en rire avec les collègues”*. Certains avaient recours au psychologue, ou à une thérapie personnelle. Ils disaient qu'il était important de positiver et relativiser E6 *“les histoires de vies des gens en face qui sont quelquefois beaucoup plus compliquées que les nôtres, et des gens formidables qui peuvent même servir d'exemple ! on est admiratif !”*, de se rappeler des succès E6 *“ la médecine c'est pas la justice mais c'est quand même une balance [...], il faut toujours un petit peu plus de positif que de négatif pour ne pas partir”*, de se rappeler les patients agréables E8 *“la majorité ils sont agréables, heureusement car sinon on pourrait pas tenir !”*. Ils insistaient sur la séparation de la vie professionnelle et personnelle. Cela était parfois difficile, notamment quand le conjoint était également dans le médical. Certains mettaient en avant la distance géographique de leur logement afin de créer

une coupure. Concernant la peur du médico légal, beaucoup notaient dans les dossiers toute la consultation. La possibilité d'échanger était une des forces du travail en MSP.

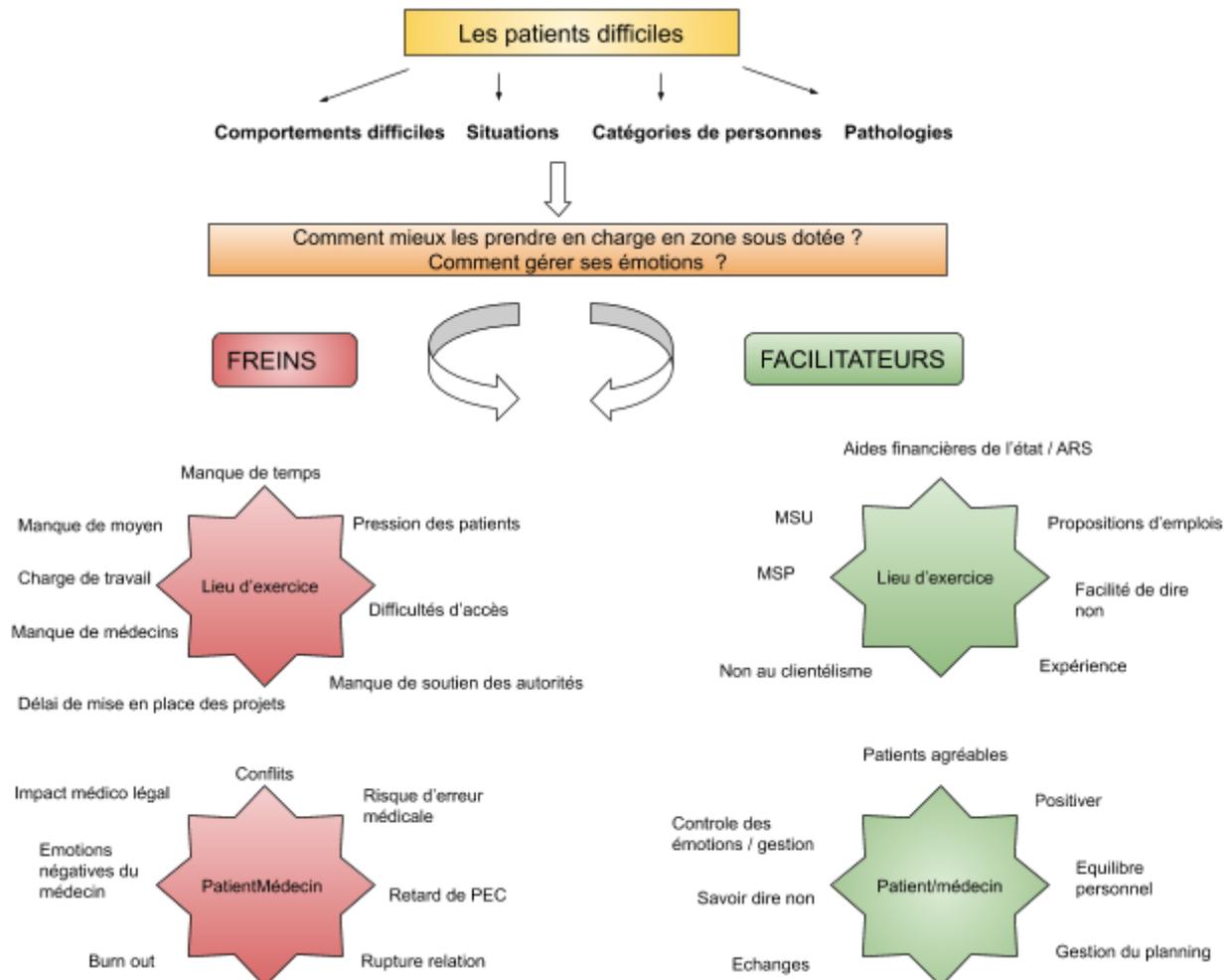


Fig 1. Freins et facilitateurs de la prise en charge des patients difficiles en zone sous dotée

3. Solutions pour la prise en charge (Figure 2)

3.1. Travailler en équipe : La réalisation de staffs pluridisciplinaires E1 "de façon à avoir plusieurs regards", E9 "les MSP c'est l'avenir !", les échanges professionnels E3 "l'échange est très très important dans un cabinet médical aujourd'hui !" et avec les paramédicaux, la création d'un réseau, voir des consultations multi présentes.

3.2. Déléguer : Soit chez le spécialiste, soit par l'intermédiaire d'associations ou d'organismes (APPUI santé, PAERPA), d'équipes mobiles (gériatrie, douleur), soit à

l'hôpital, soit par de la télémédecine E6 *“ça éviterait les déplacements et ça améliorerait l'empreinte carbone et le trou de la sécu!”*, soit en proposant des thérapies alternatives (hypnose, sophrologie, prescription médicale sportive) ou par l'intermédiaire du psychologue E4 *“finalement au bout d'un moment on arrive à débloquer des choses au niveau psy parfois”*. Bien souvent cela ne permettait pas de régler le problème d'avoir recours au spécialiste. Les patients difficiles étant souvent des patients avec des pathologies psychiatriques, ou des souffrances psychologiques, le recours aux psychiatres apparaissait comme une solution bien que tous décrivaient le manque de psychiatre, et proposaient un développement des institutions et une revalorisation de la consultation psychiatrique. L'idée et le projet des assistants médicaux était perçue comme une bonne idée pour libérer du temps médical et travailler à plusieurs, avec toutefois le risque de devenir un “spécialiste” en médecine générale E9 *“on ne saura plus voir que le pathologique”*. Un des médecins faisait même préparer la consultation par sa secrétaire. Une autre idée serait de proposer un assistantat SASPAS qui pourrait former l'interne et soulager le médecin.

3.3. Formation, communication et éducation : Se former à la communication, à la relation, aux patients difficiles E1 *“ça permet d'avoir des techniques de communication pour réussir à parler aux gens, ne pas se laisser envahir par nos émotions [...] et puis rester bienveillant malgré tout”*. La communication avec le patient E4 *“c'est souvent l'échange aussi qui fait le traitement”*, l'éducation thérapeutique et la responsabilisation E8 *“si on laisse tout faire c'est la porte ouverte à tout”* permettaient de débloquer les problèmes, d'améliorer la qualité de la relation. Certains avaient mis en place des conférences grand public pour éduquer les patients sur des sujets de santé publique. Plusieurs médecins ont insisté sur le fait de penser à interroger sur les violences afin d'ouvrir le dialogue E4 *“on découvre vraiment des choses sur les violences dans l'enfance, des violences conjugales”*.

3.4. Gestion du temps, adaptation et expérience : Beaucoup de médecins s'adaptaient aux patients difficiles *“c'est de la com' aussi ! si vous vous adaptez pas à votre interlocuteur, vous allez vous épuiser”*, en fonction de leur caractère et leurs attentes. Beaucoup reconnaissaient qu'ils s'agissaient de patients en souffrance, permettant d'être plus compréhensifs *“essayer de comprendre la fameuse plainte cachée pour répondre le mieux*

possible” et de faire preuve de soutien. L’expérience du médecin aidait beaucoup. Savoir reconnaître ses erreurs, s’excuser ou savoir recevoir des excuses permettait d’apaiser la relation. Beaucoup géraient mieux leurs plannings, en variant les patients, en les faisant revenir, et en prenant le temps

3.5. Rupture : Ils avouaient parfois écourter la consultation ou céder, afin de ne pas être dans le conflit et de gagner du temps. Parfois, la rupture était la seule solution, pour une meilleure prise en charge par un confrère, et pour se protéger des conséquences néfastes de ces patients E10 *“je dis si vous êtes pas satisfait, vous pouvez aller ailleurs”*.

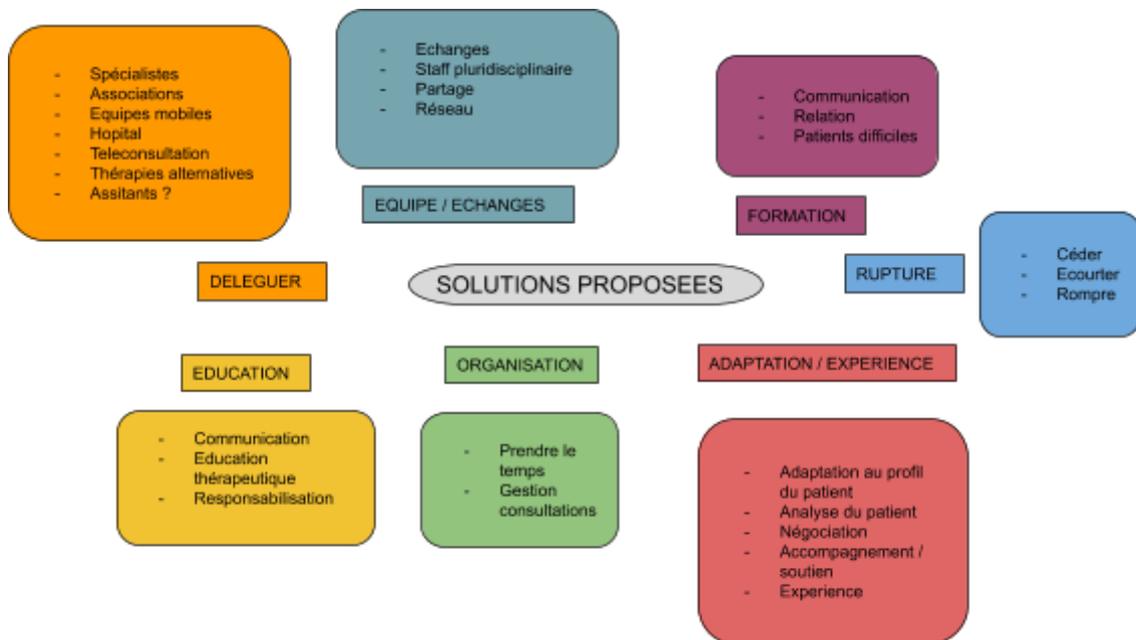


Fig. 2. Solutions proposées pour la prise en charge des patients difficiles.



Figure 3. Mindmap ou carte mentale des résultats

Discussion

I. Résultats principaux

En zone sous dotée, les principaux freins à la prise en charge des patients difficiles étaient la charge de travail et le manque d'aide pour trouver du temps, et les principaux leviers étaient la facilité de dire non et le développement des MSP. Concernant la relation, les freins à une bonne prise en charge étaient les émotions négatives dues à ces patients, le risque de conflit, et de burn out ; les facilitateurs étaient la possibilité de savoir dire non, de pouvoir échanger, positiver et gérer ses émotions. Différentes stratégies étaient mises en place : déléguer, travailler en équipe interprofessionnelle, se former, éduquer les patients, s'organiser, s'adapter et utiliser son expérience, et rompre la relation médecin patient.

II. Forces et limites

Le sujet s'inscrit dans l'air du temps, devant les problématiques de désertification médicale, en interrogeant des médecins situés en zone sous dotée. Le risque de burn out des médecins est aussi un sujet de préoccupation actuel. Le ressenti des médecins sur la prise en charge des patients difficiles en milieu sous doté n'a pas encore été étudié. La méthode qualitative était pertinente pour analyser ressenti et vécu des médecins ; permettant une liberté de réponse et une exploration non limitée du sujet. L'échantillon était varié en terme de population avec une sur représentativité des hommes, actuellement présente en zone sous dotée. La chercheuse a mis à jour ses a priori afin de rester neutre et l'analyse du verbatim en double codage permettait de limiter la subjectivité. La durée moyenne des entretiens était de 33 minutes, ce qui est un critère de qualité.

Les médecins acceptant de répondre sur la base du volontariat étaient probablement plus motivés et intéressés par la relation médecin-patient. L'échantillon comportait moins de femmes, sans grande différence retrouvée dans la réponse de ces dernières. S'il y avait des stratégies spécifiques mises en place pour les femmes, elles ne sont pas apparues. Il pourrait être intéressant de réaliser un travail pour explorer le point de vue des femmes.

III. Discussion

1. Du patient difficile à la consultation difficile

Les patients *heartsink* détaillés dans les résultats pouvaient s'intégrer dans les différentes classifications existantes. O'Dowd a étudié le ressenti des médecins face aux comportements des *Heartsink*. 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 » (2). Gerrard et Riddel ont étudié les patients « difficiles » pour créer une liste de dix catégories de patients difficiles sur le plan relationnel (4). Les relations peuvent être améliorées si le clinicien reconnaît sa part dans le conflit, fait preuve de compassion pour les patients (14). Il est aussi important de rechercher le symptôme, l'angoisse cachée (15,16), les non-dits (17) pour garantir une analyse psychologique plus pertinente, un suivi plus fréquent et des mesures éducatives adaptées.

L'utilisation actuelle du terme *heartsink* a dépassé la référence de O'Dowd, et est plutôt un moyen d'entrer dans une approche réflexive (5). Il faudrait plus parler de relation *heartsink*. En effet, ces patients ne sont pas une catégorie à part mais plutôt à l'origine d'une consultation difficile (5), comme étant la rencontre entre les caractéristiques du patient et du médecin (18). A l'opposé des *heartsink*, on parle de *heartlift* patients : patients agréables et sympathiques qui compensent l'aspect négatif lié aux consultations difficiles. Les patients *heartlift* peuvent constituer un concept solide pour faire contrepoids aux patients *heartsink* (19). En effet positiver, et penser aux succès et aux relations positives qui font notre quotidien, est une clé pour une meilleure gestion de ses émotions et des patients plus compliqués à prendre en soin.

2. Changement du mode de relation médecin patient, insatisfaction et rupture

En 2002, la WONCA précisait dans sa définition de la médecine générale que « dans la prise en charge de leurs patients, les médecins intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale et culturelle » (20). Pour M. Balint, le médecin a lui-même une fonction thérapeutique, il est « le remède médecin ». M. Balint avait l'habitude de dire « le malade me fait mal là où je suis déjà blessé » (21). En gardant à l'esprit cette citation, les réactions face aux patients sont plus faciles à expliquer.

La relation médecin patient (22) est vécue comme en péril par les médecins, en partie dû à une surconsommation de soins, une médicalisation de la société entraînant une relation vécue comme marchande (31), un nomadisme important (23), et un manque de responsabilisation ainsi qu'une exigence accrue des patients (24) et une insatisfaction du patient (31). Désormais on parle d'usager du système de santé, plutôt que de patient ou malade (25). La société et la relation médecin-patient (22,26-28) évoluent, passant d'une relation paternaliste à délibérative en adéquation avec le nouveau paradigme de démocratie en santé (29). La coexistence entre les différents modèles est inévitable dans notre société (30).

Encourager le patient à participer activement à sa prise en charge et permettre l'expression des ressentis (32) permet de renforcer l'alliance thérapeutique et d'éviter les conflits. L'analyse des processus de rupture de la relation identifie des facteurs prédisposants (milieu urbain, inactivité du patient, contexte social consumériste, surmenage du médecin, terrain relationnel fragilisé) générant un manque de confiance du patient et un manque d'investissement du médecin. La rupture de la relation est rare en médecine générale mais peut être utilisée par le médecin en vue de préserver son intégrité et son bien-être professionnel (33).

3. Zone sous dotée : inadaptation des propositions, installation des médecins, et lutte contre l'isolement professionnel

Les effectifs médicaux vont encore diminuer avec les départs en retraite ; avec en face une demande croissante des besoins en santé avec le vieillissement de la population (34). Un indicateur a été mis en place: l'APL (l'accessibilité potentielle localisée) calculé au niveau de chaque commune mais qui considère également l'offre et la demande des communes environnantes (35). L'ARS a créé un zonage régional afin que les médecins puissent bénéficier d'aides à l'installation dans les zones prioritaires (36, 37). Cependant, les aides financières ne sont pas décisives pour l'installation en zone rurale, et peuvent susciter un effet d'aubaine mal vu et ont donc un faible impact (38). Les espaces bénéficiant de l'installation de maisons de santé connaissent une évolution de l'offre de médecins plus favorable (38). En privilégiant les aides à la création des maisons de santé, cela favoriserait l'installation en zone sous dotée. Désormais les médecins recherchent un équilibre entre vie professionnelle et

personnelle. L'exercice en milieu rural est jugé attractif mais les freins à l'installation (10) sont principalement l'isolement géographique et l'isolement professionnel. Pour certains, l'exercice salarié en centre de santé (39) peut également être attractif. En étudiant la qualité de vie du médecin généraliste rural, avant et après son installation en maison de santé (13), on retrouve une amélioration de la qualité de vie et de travail. Le CESE a publié des préconisations pour favoriser l'installation dans les déserts médicaux (40). La lutte contre l'isolement professionnel semble être une des solutions adaptée, notamment participer à des groupes balint (41) ou des GEP permet une approche réflexive. Les médecins participant notaient une amélioration de la qualité des soins (98%) et avaient changé leur méthode travail (75%) (42). Qu'importe le mode d'exercice (centre de santé (9) ou libéral), l'échange et l'exercice pluridisciplinaire apparaissent comme les principales solutions à la prise en charge des *heartsinks patients*. Cependant, le recours systématique à des spécialistes est souvent rejeté. (9) Par contre, le recours à des assistants ou des paramédicaux de pratique avancée, peut sembler intéressant. Une étude a mis en place une consultation de médecine générale par un interne SASPAS dans un secteur de désertification médicale (43), ce qui a permis d'augmenter l'offre de soin et de répartir la charge de travail. Toutes ces mesures pourraient, en favorisant la création de postes, le développement des MSP en zone sous dotée et l'échange entre professionnels, diminuer la charge de travail des médecins, et garantir une meilleure prise en charge.

4. Conflits, gestion des émotions, et risque de burn out

Les patients difficiles génèrent des émotions ayant des conséquences positives (implication, adaptation) ou négatives (découragement, dévalorisation, culpabilité, mise en échec, sentiment d'agression, peur de l'erreur, remise en cause) (8), et des conflits (32). La gestion du conflit est un objectif de santé publique et l'OSM a montré que 51% des auteurs d'agression déclarée sont des patients (44). Un guide pratique pour la sécurité des professionnels a été mis en place (45). Face à l'accumulation de ces situations difficiles, le principal risque est le burn out. Le burn out des médecins est présent de 22 à 43 % (6,46) et est favorisé par le célibat, la durée d'installation, l'absence de diversification de l'activité professionnelle, l'absence d'un secrétariat, et le nombre de consultations (47). En 2003, une étude réalisée pour le CNOM a relevé un taux de suicide chez les médecins supérieur de 2,37

fois à celui de la population générale (48). L'INRS a créé un guide d'aide à la prévention sur le burn out. Une des mesures mise en avant est le suivi médical du médecin (49). Le burnout engendre une dégradation des soins et une détérioration de la relation médecin-patient. Les stratégies de gestion du stress et des émotions sont à promouvoir: méditer, développer les liens et l'attachement au patient (50), échanger avec ses collègues, pratiquer l'auto compassion, l'auto félicitation, séparer vie personnelle et vie professionnelle (51), connaître ses limites, apprendre de ses expériences, pratiquer l'écriture réflexive (52), se former à l'empathie (53). Tant les interventions centrées sur la personne (gestion du stress, soins personnels, formation à la communication, méditation) que les interventions structurelles (réduction du temps de travail) entraînent une diminution du burn out (54,55).

5. De la communication, de l'éducation et de la formation

Les objectifs de la communication dans la relation de soins et de l'éducation du patient se rejoignent notamment pour permettre au patient d'avoir un rôle plus actif dans la relation (56). En 2013, l'HAS publie un guide (57) avec des conseils pour favoriser le dialogue pouvant être utilisé pour promouvoir l'éducation des patients. L'éducation thérapeutique (58) suppose une relation de partenariat avec le patient (59, 60). Les insuffisances de formation et l'inadaptation de l'organisation actuelle des soins, rémunération comprise, sont des obstacles majeurs à une bonne éducation.

Se former est indispensable pour améliorer prise en charge et vécu des relations difficiles :

- **Formation relationnelle** : Dans une étude basée sur l'apprentissage réflexif (61), les efforts d'empathie du médecin améliorent la qualité relationnelle. La faculté de Lyon (62) a mis en place des jeux de rôles pour développer les compétences relationnelles des étudiants.

- **Formation sur les patients difficiles** : Des médecins généralistes ont réalisé un groupe de travail (63) évaluant la fréquence et les motifs de consultations des patients difficiles, avec la mise en place d'un plan d'action, entraînant une réduction significative et pertinente du nombre de consultations. La formation sur les patients difficiles est à promouvoir (64), en analysant les émotions ressenties ainsi que ceux des patients. Le manque de formation explique la gestion difficile de ces patients (65).

- **Formation sur la communication** : La communication entre médecin et patient dépend des conditions suivantes (66) : la personnalité, les capacités de communication, les peurs et les attitudes, les états d'esprits, la qualité de la relation, l'objet de la communication, mais aussi les conditions liées au cadre et à la présence de tiers, le contexte, le soutien par l'entourage, les valeurs et normes de la société. Différentes techniques de communication sont détaillées dans le guide pratique de l'ASSM (66), notamment des techniques pour la gestion des situations de conflits ou des patients en souffrance. Différents outils de communications sont utiles en consultation (67, 72) (entretien motivationnel (75), écoute active, PNL, mirroring verbal et non verbal). Le principal frein à une bonne communication est le manque de temps lié à la charge de travail. Une communication appropriée intègre à la fois les approches centrées sur le patient et le médecin (68,69). Carl Rogers (70,71), précurseur de la méthode d'approche centrée sur le patient, affirme que « l'individu a en lui de vastes ressources qui lui permettent de se comprendre lui-même, de modifier la représentation qu'il a de lui-même [...]. Cependant, ces ressources ne sont accessibles que si l'on peut offrir un certain climat résultant d'attitudes psychologiques facilitatrices ». Il convient donc au thérapeute de créer ce climat en utilisant l'empathie, la congruence et la considération positive inconditionnelle. Les médecins avec de meilleures qualités de communication sont capables de détecter les problèmes plus tôt (72), peuvent diminuer les coûts de santé, fournir un meilleur soutien et une meilleure adhésion. Valoriser l'apprentissage par les MSU (73) est une piste pour améliorer l'enseignement des compétences relationnelles. La formation passe également par la formation à la communication pédagogique (74, 76, 77, 78). En enseignant efficacement à son patient, le praticien aide le patient à accepter sa maladie, à acquérir des compétences, adapte les objectifs au patient, et améliore l'évolution et la qualité de vie du patient. Des fiches de recueil du ressenti en fin de consultation destinées au patient pourraient aussi être développées (32).

Communiquer peut parfois vouloir dire “non” afin de limiter l'exaspération, l'agressivité et le burn out. La relation qui unit le médecin et le patient est à la fois un atout et un obstacle au « non » (80). “Savoir dire non, c'est aussi redonner de la valeur au oui” (79). Face à une demande injustifiée, trois comportements sont décrits : agressif, passif et assertif

(communiquer de façon affirmée tout en s'intéressant aux sentiments et point de vue d'autrui) (80,81). On retrouve sept motivations principales dans les demandes multiples (82). C'est au médecin de mieux organiser son temps de travail, en hiérarchisant les préoccupations des patients (82) et en les éduquant sur le temps de consultation. Une étude (83) a mis en place une consultation spéciale pour les patients identifiés comme fréquents et difficiles et montrait un effet largement positif sur la santé et une diminution de la fréquentation de ces patients.

Conclusion

Différentes classes de patients difficiles ont été décrites et de multiples freins et facilitateurs à la prise en charge identifiés. On retrouvait des freins et facilitateurs spécifiques à l'exercice en milieu rural. D'autres déterminants étaient liés à la relation médecin-patient, au patient, et au ressenti du médecin. Sept axes de solutions d'aide à la prise en charge sont ressortis de l'étude. En apprenant une meilleure gestion des émotions et du vécu relationnel par l'intermédiaire de ces solutions, la prise en charge des patients *heartsinks* sera facilitée. Notre étude peut contribuer à dédramatiser ces situations, à faire connaître les spécificités de l'exercice en milieu rural et à diffuser les bonnes pratiques.

Il pourrait être intéressant de poursuivre ce travail avec la mise en place pratique d'exercices de gestion des émotions, d'apprentissage d'outils communicationnels et relationnels puis d'évaluer l'impact de ces différentes mesures sur la prise en charge des patients difficiles, en milieu sous doté.

Bibliographie

1. Belmas É. Les relations médecin-malade des temps modernes à l'époque contemporaine. Presses Universitaires du Septentrion; 2018. 226 p.
2. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ*. 20 août 1988;297(6647):528-30.
3. Groves JE. Taking Care of the Hateful Patient. *N Engl J Med*. 20 avr 1978;298(16):883-7.
4. Gerrard TJ, Riddell JD. Difficult patients: black holes and secrets. *Br Med J*. 20 août 1988;297(6647):530-2.
5. Moscrop A. 'Heartsink' patients in general practice: a defining paper, its impact, and psychodynamic potential. *Br J Gen Pract*. mai 2011;61(586):346-8.
6. Guedon A. Le burnout du médecin: prévalence et déterminants dans le monde. *Revue de la littérature [Thèse d'exercice]*. 2016.
7. Martine Donnet D. *Doctor's blues ou le burnout des médecins* Ed. 1. EDP Sciences; 2016 .
8. Bouchacourt C. Les patients « Heartsink »: la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale [Thèse d'exercice]. France : Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
9. Pereira J. Comment proposer une prise en charge consensuelle des heartsink patients en centre de santé ?, thèse d'exercice, 2015
10. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural: freins à l'installation: étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Thèse d'exercice], 2013.
11. Krucien N. Analyse de la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients [Thèse d'exercice], 2012.

12. Dagot J. Les déterminants, guidant a priori le choix d'un exercice en maison de santé rurale chez les internes de médecine générale : étude à travers l'exemple de la future maison de santé de Captieux (Gironde). 26 oct 2017;102.
13. Juge, David. Qualité de vie du médecin généraliste rural, avant et après son installation en maison de santé [Thèse d'exercice], 2017
14. Denise M. Dudzinski, PhD, MTS and Carrol Alvarez, MS, RN. Repairing "Difficult" Patient-Clinician Relationships | Journal of Ethics | American Medical Association. AMA J Ethics, 2017
15. Warren E. How to cope with heartsink patients. Pract Nurse. 10 févr 2012;42(2):22
16. Nowak F. Trois techniques pour une meilleure prise en compte de la personne humaine dans la relation médecin-patient. Ethics Med Public Health. 1 oct 2016;2(4):633 40.
17. Vignon E. Le non dit du patient en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice], 2015.
18. Hinchey SA, Jackson JL. A Cohort Study Assessing Difficult Patient Encounters in a Walk-In Primary Care Clinic, Predictors and Outcomes. J Gen Intern Med. 1 juin 2011;26(6):588 94.
19. O'Riordan M, Skelton J, de la Croix A. Heartlift patients? An interview-based study of GP trainers and the impact of 'patients they like'. Fam Pract. 1 oct 2008;25(5):349 54.
20. Allen DJ, Heyrman PJ. Définition de la médecine générale préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. 2002;52
21. Balint, Michael. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. 1966. 422 p.
22. La relation médecin patient,

site web : http://wiki.side-sante.fr/doku.php?id=sides:ref:psy:item_1

23. Malvezin (E.), Galam (E.), La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains : Christian Lehmann, Luc Perino et Martin Winckler. Paris : Université Paris 07; 2010.
24. Palazzolo J. L'évolution de la relation médecin malade. Cerveau Psycho.
25. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sci Soc Santé. 2007;25(2):43 66.
26. Lortholary C, Chiaverini P, Devaux B, François D. Être médecin généraliste aujourd'hui. Laennec. 2010;Tome 58(3):28 43.
27. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. Int J Surg. 1 févr 2007;5(1):57 65.
28. Hoerni B, Roland J, Pujol H. La relation médecin-malade: l'évolution des échanges patient-soignant. Paris : Imothep; 2008.
29. Neyret A. Évolutions de la relation médecin-patient à l'heure de la transition épidémiologique : comment s'y former ? Revue de la littérature, 2018
30. Netgen. Fantômes inconscients dans la relation médecin-malade¹. Rev Médicale Suisse. 2018;16:518 21.
31. Daussy D. L'insatisfaction dans la relation médecin-malade: le point de vue du malade [Thèse d'exercice]. France : Université de Montpellier. Faculté de médecine;2018
32. Bourcereau G, Dépalle CP. Peut-on prévenir le conflit en médecine générale? Étude qualitative sur le ressenti des patients en situation de désaccord. 2017.
33. Delbancut charlotte. les processus de la rupture de la relation médecin patient en médecine générale. 2016.
34. Quelles perspectives pour la démographie médicale ? – La France et ses régions | Insee; Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372503?sommaire=1372505>

35. Lucas-Gabrielli V, Chevillard G. « Déserts médicaux » et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ? médecine/sciences. juin 2018;34(6 7):599 603.

36. Ministère des Solidarités et de la Santé. DGOS. Territoire de vie-santé - zonage médecin; 21 oct 2019.

Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>

37. Gay B. Mise au point: Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Rethink Place Prim Healthc Fr – Role Gen Pract Engl. 1 juin 2013;61:193 8.

38. Rozier P. Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013 [Thèse d'exercice]. France : Université d'Angers; 2015.

39. Maucci J. Déterminants à l'installation des médecins généralistes exerçant en salariat au sein de centres de santé pluri-professionnels Filiaris en zone rurale ou semi rurale dans le bassin Alésien [Thèse d'exercice]. France : Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.

40. Castaigne Sylvie, Lasnier Yann. Les déserts médicaux | Travaux Publiés | Travaux du CESE. 2017. Disponible: <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-deserts-medicaux>,

41. Accueil | Société Médicale Balint; Disponible: <https://www.balint-smb-france.org>

42. Philibert A-C. Les groupes d'échange de pratique entre pairs: un modèle de développement professionnel continu en médecine générale [Thèse d'exercice]. 2012.

43. Schmitt F. Intérêt d'une consultation de médecine générale assurée par des internes en SASPAS dans un centre hospitalier en secteur de désertification médicale. 23 oct 2017

44. L'Institut Paris Region, Region LP. ORS. Disponible: <https://www.ors-idf.org/index.php/fr/yvelines/490-la-sante-observee-en-2006-dans-les-yvelines>

45. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'observatoire de la sécurité des médecins; 21 mars 2019. Disponible :
<https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/lobservatoire-securite-medecins>
46. Vaquin, Clémentine. Burn out : réseau sentinelle : enquête épidémiologique descriptive au sein de la population des médecins généralistes du réseau sentinelle et utilisation du MBI pour quantifier le burn out [Thèse d'exercice]. 2006
47. Bontoux, Edouard. Prévalence et facteurs de risque du burnout chez les médecins généralistes du gers [Thèse d'exercice]. 2016
48. Lamarche, karen. Suicide chez les médecins : enquête descriptive auprès des psychiatres de Loire Atlantique. 2011.
49. Ouhmich, Zaïneb. Le burnout des médecins généralistes libéraux et sa prévention : étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. 2015
50. Guillemeney J. La théorie de l'attachement: une ressource pour la relation médecin-patient en médecine générale [Thèse d'exercice]. France : Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.
51. Edey Gamassou C, Moisson-Duthoit V. Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature, 2017
52. Gallagher R. Épuisement par compassion. *Can Fam Physician*. 1 mars 2013;59(3):e143 5.
53. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 2002;no 29(2):213 37.
54. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *MInerva*. 2017;16(8):193 6.

55. Hazif-Thomas C, Roulleaux J, Thomas P. Quelles stratégies thérapeutiques adopter face au burn out des soignants ? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 oct 2009;9(53):2515.
56. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique (Bucur). 2007;Vol. 19(5):413-25.
57. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Parler avec son médecin; Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1695997/fr/parler-avec-son-medecin
58. Hervé C, Mamzer M-F. La consultation médicale à l'épreuve d'une nouvelle humanisation : quelle évolution éthique pour le médecin et son patient ? Ethics Med Public Health. 1 avr 2016;2(2):238-45.
59. Grimaldi A. L'éducation thérapeutique : une partie qui se joue à quatre. Cah Nutr Diététique. 1 avr 2009;44(2):62-6.
60. SFDRMG. Education du patient, que conclure des expériences françaises. bibliomed. 2009;(539).
61. William T. Branch, Jr., MD and Maura George, MD. Reflection-Based Learning for Professional Ethical Formation | Journal of Ethics | American Medical Association. AMA J Ethics
62. Pelloux S, Douzet C, Lechopier N, Goffette J. Développement des compétences relationnelles des étudiants en médecine par les jeux de rôle : s'affranchir des savoirs et savoir-faire pour travailler le savoir-être. 2016.
63. Bellón JÁ, Rodríguez-Bayón A, de Dios Luna J, Torres-González F. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial. Br J Gen Pract. 1 mai 2008;58(550):324-30.
64. Oliver D. Teaching medical learners to appreciate "difficult" patients. Can Fam Physician. avr 2011;57(4):506-8.

65. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract.* juin 1995;45(395):293-6.
66. Fosco H. La communication dans la médecine au quotidien, un guide pratique. Académie Suisse Sci Médicales. :84.
67. Sala B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient [Thèse d'exercice]. 2018.
68. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale.* mai 2004;5(2):110-26.
69. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale.* nov 2010;11(4):255-72.
70. Rogers, C, *Client-Centered Therapy, its current practice, implications and theory*, éd. Houghton Mifflin, 1951
71. Rogers, C, *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*, in S. Koch, *Psychology: a study of science* Vol. 3, McGraw-Hill, page 184-256, 1959
72. Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J.* 2010;10(1):38-43.
73. Dominique A-GM, Marc-Antoine B-R, Eric B, Abdelouahab B, Hélène B, Claude B, et al. Le rôle de l'enseignant clinicien dans l'apprentissage de la compétence communication / relation médecin patient en stage praticien de niveau 1. 2017;49.
74. Silverman J, Kurtz S, Draper J, Meid Catoire A-M, Sommer J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Chêne-Bourg (Suisse) : Ed. Médecine & Hygiène; 2010.
75. P. Gache C, Fortini A, Meynard M, Reiner Meylan J, Sommer. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. *Rev Médicale Suisse.* 2006

76. Allenet B, Lehmann A, Baudrant M, Gauchet A. Il nous faut arrêter de parler du patient « non observant » à ses traitements mais plutôt d'un patient présentant des difficultés d'adhésion médicamenteuse. *Ann Pharm Fr.* 1 nov 2018;76(6):489-98.
77. Daepfen J-B. L'accompagnement thérapeutique des patients souffrant d'addictions. *Forum Méd Suisse.* 4 mai 2016;16(1819):423-6.
78. J. Sommer N, Junod Perron. Chaque praticien est aussi enseignant : la communication pédagogique. *Rev Médicale Suisse.* 2006
79. Galam É. oser dire non. *JNMG.* 2007
80. Juillard M. Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. Études quantitative et qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris V [Thèse d'exercice]. 2015.
81. Elsa G, Anne-Charlotte J. Déterminants de consultation amenant le Médecin Généraliste à céder à des demandes de prescriptions injustifiées et Stratégies de refus. [Thèse d'exercice]. 2016.
82. Villeneuve L. Déterminants des demandes multiples en consultation de médecine générale: étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients de la Gironde [Thèse d'exercice]. 2018.
83. Vedsted P, Christensen MB, Sørensen HT, Fink P, Olesen F. Special status consultation for frequent attenders. Who are the candidates? *J Public Health.* 1 mars 2002;24(1):53-7.

Glossaire

MSU : Maître de stage universitaire

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

CDS : Centre de santé

MGEN : Mutuelle générale de l'éducation nationale

ARS : Agence régionale de santé

PEC : Prise en charge

CESE : Conseil économique social et environnemental

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

OSM : Observatoire de la sécurité des médecins

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

INRS : Institut national de recherche et de sécurité

HAS : Haute autorité de santé

ASSM : Académie suisse des sciences médicales

PNL : Programmation neuro linguistique

FHF : Fédération hospitalière de France

GAPP : Groupe d'analyse de pratique entre pairs

GEP : Groupe d'échange de pratiques

ET : Éducation thérapeutique

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien

Bonjour, je suis Noémie Blanc, j'effectue un travail de recherche dans le cadre de ma thèse sur les pratiques en milieu rural. Si vous l'acceptez, je vais vous poser quelques questions sur le sujet. Ce sont des questions très larges, vous pouvez parler de ce que vous avez envie, il n'y a pas de bonnes réponses. Les entretiens seront enregistrés et les enregistrements seront détruits après retranscription intégrale écrite. L'anonymat sera conservé. Vous aurez accès aux résultats de l'étude.

PRÉSENTATION

Pour commencer, **pouvez vous en quelques phrases vous présenter et présenter votre façon d'exercer ?**

(Âge, sexe, type d'exercice (seul, cabinet de groupe), expérience professionnelle, patientèles, zone d'exercice, formation médicale ou extra médicale, participations à des groupes de pairs / balint / formation / congrès)

RELATION médecin patient

Comment vivez vous la relation médecin patient dans votre pratique ?

PATIENTS DIFFICILES

Quels sont les patients qui vous mettent en difficultés ?

Quel est l'impact d'exercer en milieu rural sur la façon de soigner les patients qui vous mettent en difficultés ?

(Isolement, surcharge de travail, moins de recours au spécialiste, moins d'accès à la formation ?)

STRATÉGIES de prise en charge

D'après vous, quelles solutions existent pour améliorer la pratique du médecin concernant ces patients ?

(exercice pluridisciplinaire, augmenter la durée des consultation avec des consultations dédiée à un projet de soins, groupe Balint, DMP, orientation vers un psychologue, recours au spécialistes, formation sur les patients difficiles)

EMOTIONS

Quelles sont vos ressentis avec ces patients difficiles ?

Qu'avez vous mis en place pour gérer les émotions liées à vos patients difficiles ?

Résumé

Consultations difficiles “ heartsink” en milieu sous doté : aspect pratique de la prise en charge. Ressentis et point de vue de médecins généralistes bretons.

Introduction : Les patients dit difficiles ou « heartsink » ont été décrits dans la littérature. Leurs particularités modifient la relation, avec un risque de désinvestissement et de burn-out pour le médecin. Ils nécessitent une organisation des soins adaptée qui a été décrite en milieu urbain. D'autre part, les contraintes du milieu rural comme l'isolement des patients, la forte demande, le manque de temps, l'absence de réseaux de soins et la proximité de la population sont connues pour modifier les conditions de travail des médecins et donc les soins. **Objectif :** Le but de l'étude est d'évaluer les aspects pratiques de la prise en charge des patients « difficiles » en milieu sous doté via le ressenti des médecins généralistes bretons. **Méthode:** Une étude qualitative avec 13 entretiens semis-dirigés auprès de médecins généralistes bretons dont deux femmes, recrutés par mail et de proche en proche. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits en verbatims puis double codés. Ils ont été analysés de façon inductive jusqu'à suffisance des données. L'analyse a abouti à un modèle selon le principe de la théorisation ancrée. **Résultats :** Différentes consultations difficiles ont été décrites (comportements difficiles, situations complexes, catégories de personnes et pathologies compliquées) et de multiples freins et facilitateurs à la prise en charge identifiés. On retrouvait des freins et facilitateurs spécifiques à l'exercice en milieu rural. D'autres déterminants étaient liés à la relation médecin-patient, au patient, et au ressenti du médecin. Sept axes de solutions d'aide à la prise en charge sont ressortis de l'étude : déléguer, travailler en équipe interprofessionnelles, se former, éduquer les patients, s'organiser, s'adapter et utiliser son expérience, et rompre la relation médecin patient. **Discussion :** L'originalité de ce travail est d'explorer le milieu rural. L'échantillon très masculin est la limite principale. **Conclusion :** Notre étude peut contribuer à dédramatiser ces situations, à faire connaître les spécificités de l'exercice en milieu rural et à diffuser les bonnes pratiques.

BLANC, Noémie, Consultations difficiles en milieu sous doté : aspect pratique de la prise en charge. Ressentis et point de vue de médecins généralistes bretons.

(nombre de feuillets paginés), feuilles, illustrations, graphiques, tableau, 30 cm - thèse : médecine; Rennes 1; 2020, N°

Résumé français

Introduction : Les patients dit difficiles ou « heartsink » ont été décrits dans la littérature. Leurs particularités modifient la relation, avec un risque de désinvestissement et de burn-out pour le médecin. Ils nécessitent une organisation des soins adaptée qui a été décrite en milieu urbain. D'autre part, les contraintes du milieu rural comme l'isolement des patients, la forte demande, le manque de temps, l'absence de réseaux de soins et la proximité de la population sont connues pour modifier les conditions de travail des médecins et donc les soins. **Objectif :** Le but de l'étude est d'évaluer les aspects pratiques de la prise en charge des patients « difficiles » en milieu sous doté via le ressenti des médecins généralistes bretons. **Méthode:** Une étude qualitative avec 13 entretiens semis-dirigés auprès de médecins généralistes bretons dont deux femmes, recrutés par mail et de proche en proche. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits en verbatims puis double codés. Ils ont été analysés de façon inductive jusqu'à suffisance des données. L'analyse a abouti à un modèle selon le principe de la théorisation ancrée. **Résultats :** Différentes consultations difficiles ont été décrites (comportements difficiles, situations complexes, catégories de personnes et pathologies compliquées) et de multiples freins et facilitateurs à la prise en charge identifiés. On retrouvait des freins et facilitateurs spécifiques à l'exercice en milieu rural. D'autres déterminants étaient liés à la relation médecin-patient, au patient, et au ressenti du médecin. Sept axes de solutions d'aide à la prise en charge sont ressortis de l'étude : déléguer, travailler en équipe interprofessionnelles, se former, éduquer les patients, s'organiser, s'adapter et utiliser son expérience, et rompre la relation médecin patient. **Discussion :** L'originalité de ce travail est d'explorer le milieu rural. L'échantillon très masculin est la limite principale. **Conclusion :** Notre étude peut contribuer à dédramatiser ces situations, à faire connaître les spécificités de l'exercice en milieu rural et à diffuser les bonnes pratiques.

Rubrique de classement :

MÉDECINE

Mots-clés : patients difficiles, relation médecin patient, désert, medical, consultations difficiles zone sous dotée, gestion des émotions

Mots-clés anglais MeSH : doctor-patient relationship, heartsink patient, emotions, difficult relationship, underserved area

Président :

Professeur JEGO Patrick

JURY :

Assesseurs :

Professeur MYHIE Didier
Docteur CORVOL Aline
Docteur MAURY Arnaud
(directeur de thèse)