



Faculté de médecine

Année 2025/2026

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Charlotte GUITTON

Née le 02/04/1996 à Massy (91)

TITRE

Prise en soin des patients dits « difficiles » par les médecins généralistes en
ambulatoire dans le Loir et Cher

Présentée et soutenue publiquement le 19/12/2025 devant un jury composé de :

Président du Jury : *Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de médecine -Tours*

Membres du Jury :

Professeur Christophe HOURIOUX, Biologie cellulaire, MCU, Faculté de médecine – Tours

Docteur Laura WARCK, Psychiatrie, CCA, Faculté de Médecine – Tours

Directrice de thèse : Docteur Christine BERANGER DERIENCOURT, Médecine Générale - Blois

Résumé

Introduction

Le concept de « patients difficiles » a été plusieurs fois utilisé dans la littérature médicale internationale pour désigner des patients qui mettent en difficultés les médecins. Les conditions d'exercice de la médecine générale en ambulatoire ont changé ces dernières années en France. L'objectif de cette thèse est d'explorer les ressources internes et externes des médecins généralistes en ambulatoire dans la prise en soin des patients dits « difficiles » dans le département du Loir et Cher en région Centre Val de Loire.

Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée suivant un mode d'échantillonnage raisonné théorique. Huit médecins généralistes libéraux ont été interrogés via des entretiens individuels semi-dirigés réalisés entre mai et juillet 2025.

Résultats

Pour les médecins la notion de patient « difficile » résulte du caractère interpersonnel de la relation médecin-patient influencé par les caractéristiques du patient, celles du médecin et par le contexte d'exercice. Les ressources internes sont principalement d'avoir un socle de connaissances solide, de connaître ses propres repères de soin et de s'enquérir de ceux du patient, de mobiliser des outils de communication et de développer des stratégies adaptatives au stress que génère une consultation avec un patient « difficile ». Les ressources externes tiennent principalement du travail en pluridisciplinarité et du fait de partager ses difficultés avec ses proches.

Conclusion

L'ensemble des ressources internes et externes développées par les médecins interrogés sont précieuses pour permettre la prise en soins des patients « difficiles » et peuvent contribuer à prévenir l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Aucune étude à ce jour n'a exploré le ressenti des infirmiers libéraux. Cette thèse est la première partie d'un travail en cours qui croisera le regard des médecins généralistes et des infirmiers libéraux dans la prise en soin des patients « difficiles » en région Centre Val de Loire

Mots clefs : Patients difficiles ; Relation soignante ; Médecin généraliste ; Ambulatoire ; Prise en soin ; Loir et Cher

Titre en anglais : Care for so-called “difficult” patients by general practitioners in ambulatory care in the Loir-et-Cher department

Abstract

Introduction

The concept of “difficult patients” has been used several times in international medical literature to refer to patients who cause difficulties for doctors. The conditions for practicing general medicine in ambulatory care have changed in recent years in France. The aim of this thesis is to explore the internal and external resources of general practitioners in ambulatory care when treating so-called “difficult” patients in the Loir-et-Cher department in the Centre-Val de Loire region.

Method

This is a qualitative study inspired by grounded theory using a theoretical sampling method. Eight private general practitioners were interviewed in semi-structured individual interviews conducted between May and July 2025.

Results

For doctors, the notion of a “difficult” patient results from the interpersonal nature of the doctor-patient relationship, which is influenced by the characteristics of the patient, those of the doctor, and the context in which they practice. Internal resources mainly consist of having a solid knowledge base, knowing one's own care benchmarks and inquiring about those of the patient, mobilizing communication tools, and developing strategies to adapt to the stress generated by a consultation with a “difficult” patient. External resources mainly consist of multidisciplinary work and sharing one's difficulties with loved ones.

Conclusion

All of the internal and external resources developed by the doctors surveyed are valuable in enabling the care of “difficult” patients and can help prevent burnout among general practitioners. To date, no study has explored the feelings of private nurses. This thesis is the first part of an ongoing project that will compare the perspectives of general practitioners and private nurses on the care of “difficult” patients in the Centre-Val de Loire region.

Keywords: Difficult patients; Caregiver relationship; General practitioner; Ambulatory care; Care; Loir-et-Cher

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN
Pr David BAKHOS

ASSESSEURS
Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Alexandra AUDEMARD-VERGER, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gilles PAINTAUD
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
D.ALISON – P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – M. AUPART – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – G. CALAIS – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric.....	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BISSON Arnaud.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRUNAU Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CARVAJAL-ALEGRIA Guillermo	Rhumatologie
CHAUMIER François.....	Médecine palliative
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE LUCA Arnaud.....	Nutrition
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie et biologie du vieillissement
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
JOUAN Youenn.....	Médecine intensive-réanimation
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie

LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Eric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
QUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre
PAUTRAT Maxime

PROFESSEURS ASSOCIES

BARBEAU Ludivine Médecine Générale || LIMA MALDONADO Igor..... | Anatomie |
MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
SAMKO Boris.....	Médecine générale
RUIZ Christophe	Médecine générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Médecine vasculaire
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
EYMIEUX Sébastien	Biologie cellulaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KHANNA Raoul Kanav	Ophthalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LE TILLY Olivier	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEROY Victoire	Médecine interne
MORICE Anne	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PASTUSZKA Adeline	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VALLET Nicolas	Hématologie, transfusion
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
AUBRY Jean-Denis	Sciences infirmières
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BALAND Thierry	Médecine Générale
CHALEIX Lysiane	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
DUMAS Adrien	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BLOCH Solal.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS - UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directeur de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
LEONARD Thomas.....	Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....	Praticien Hospitalier
-------------------	-----------------------

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CABANNE-Hardy Marie-Charlotte.....	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....	Orthophoniste
GLAIE Axelle.....	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....	Orthophoniste
MORIN Eléonore.....	Orthophoniste
NAL Emmanuel.....	Praticien Hospitalier
PILLER Anne-Gaëlle.....	Orthophoniste
PUJOLE Dorine.....	Orthophoniste
ROUVRE Olivier.....	Orthophoniste
SIZARET Eva.....	Orthophoniste
TAMIATTO Zinaida.....	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour la santé au travail

MONMOUSSEAU Fanny.....	Praticien Hospitalier
NGUYEN Duc Qui.....	Dirigeant d'entreprise

Pour la Médecine Générale

LOISON Clotilde.....	Médecin Généraliste
----------------------	---------------------

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 ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque.”

Remerciements

Je remercie chaleureusement le Professeur Vincent Camus, le Professeur Christophe Hourieux et le Docteur Laura Warck d'avoir été sensible à cette thématique et accepté de faire partie de ce jury.

Merci tout particulièrement au Docteur Christine Beranger Deriencourt d'avoir accepté de diriger cette thèse, de m'avoir accompagné avec bienveillance durant tout sa durée malgré les difficultés rencontrées et d'avoir su m'aiguiller au mieux pour pouvoir produire un travail de qualité. Ton parcours de médecin généraliste puis de médecin en soins palliatifs m'a montré que la médecine générale peut être une opportunité de liberté dans son exercice, et me rappelle à quel point le soin palliatif est important pour moi, bien que cette thèse n'en soit pas l'objet.

Je remercie tous les médecins généralistes que j'ai interrogés dans cette étude, votre implication a été une aide précieuse pour moi. Pour les quelques-uns d'entre vous qui ont été mes maîtres de stages je vous remercie encore pour votre gentillesse et pour toutes les connaissances et la confiance en moi que vous m'avez permise d'acquérir durant les stages.

Je remercie tout particulièrement mes parents et ma sœur d'avoir été présents et aussi soutenant durant tout ce parcours que constitue le fait de devenir médecin. Merci pour votre amour.

Je remercie également tous mes amis et proches qui sont encore là après tant d'années. Vous savoir dans ma vie et pouvoir partager des beaux moments de qualité avec vous m'a permis d'avancer en me sentant soutenue et aimée, et me rend plus sereine au quotidien.

Table des matières

1	INTRODUCTION.....	14
1.1	Le concept de patient « difficile »	14
1.1.1	Le patient difficile défini à travers le ressenti du médecin	14
1.1.2	De la catégorisation des patients « difficiles » au développement de stratégies d'adaptation	16
1.1.3	Du patient difficile à la relation difficile	17
1.1.4	Variabilité de la difficulté selon les médecins	18
1.2	Contexte de la pratique médicale actuelle en 2025 : chiffres des médecins généralistes nationaux et régionaux :	19
1.3	Les nouveaux enjeux dans la prise en soin des patients	20
2	METHODE	21
2.1	Type d'étude	21
2.2	Échantillonnage et modalités de recrutement	21
2.3	Critères d'inclusion et d'exclusion de la population.....	22
2.4	Entretiens.....	22
2.5	Recueil et retranscription de données	22
2.6	Analyse de données.....	22
2.7	Aspects éthiques et réglementaires	22
3	RESULTATS.....	23
3.1	Caractéristiques des participants à l'étude.....	23
3.2	Modèle explicatif de l'étude	24
3.3	Qu'est-ce qu'un patient difficile en 2025 ?.....	24
3.3.1	Caractéristiques liées aux patients dits « difficiles »	24
3.3.1.1	Caractéristiques médicales.....	24
3.3.1.2	Caractéristiques sociales.....	28
3.3.1.3	Différents profils de patients.....	29
3.3.2	Caractéristiques liées aux médecins	35
3.3.2.1	Contexte d'exercice du médecin	35
3.3.2.2	Conséquences pour le médecin	39
3.3.3	La relation interpersonnelle entre le médecin et le patient	43
3.4	Ressources internes des médecins.....	44
3.4.1	Avoir un socle de connaissances solide et accepter de ne pas tout savoir	44
3.4.2	Connaître ses propres repères de soins.....	45
3.4.2.1	Identifier ses émotions	45
3.4.2.2	S'autoriser à poser un cadre	46

3.4.2.3	Capacité de remise en question	48
3.4.2.4	S'appuyer sur son expérience	48
3.4.3	Comprendre les repères du patient pour... :	49
3.4.3.1	... Comprendre ses réactions	49
3.4.3.2	...Comprendre ses besoins	49
3.4.3.3	...Prendre du recul face à une situation	49
3.4.4	Outils de communication	50
3.4.4.1	Faire attention au langage non verbal	50
3.4.4.2	Adapter son langage verbal au patient	50
3.4.4.3	Ecoute active	51
3.4.4.4	Reformuler ce qu'on perçoit des émotions du patient et de ses attentes.....	52
3.4.4.5	Adopter une posture basse face à quelqu'un d'agressif.....	52
3.4.4.6	Proposer sans imposer.....	53
3.4.4.7	Maintenir le dialogue.....	53
3.4.5	Stratégies adaptatives.....	54
3.4.5.1	Retenir le positif	54
3.4.5.2	Utiliser la temporalité	55
3.4.5.3	L'humour	56
3.4.5.4	Être d'autant plus vigilant pour éviter une erreur médicale	57
3.4.5.5	Abaissier ses attentes	57
3.4.5.6	L'évitement	58
3.5	Ressources externes des médecins	60
3.5.1	Travailler en pluriprofessionnalité	60
3.5.1.1	Travailler en MSP (maison de santé pluriprofessionnelle)	60
3.5.1.2	S'entourer d'autres médecins dans la prise en charge des patients	63
3.5.1.3	Omnidoc.....	64
3.5.1.4	Organismes pluriprofessionnels	65
3.5.2	Partager ses difficultés avec ses proches	66
3.5.3	Internet et l'intelligence artificielle.....	66
3.5.4	Littérature sur les personnalités difficiles	67
3.5.5	Formations en communication.....	67
4	DISCUSSION	67
4.1	Discussion des résultats par rapport à la littérature	67
4.2	Forces et limites	74
4.2.1	Forces	74
4.2.2	Limites	74

4.3	Perspectives	74
5	CONCLUSION	75
6	BIBLIOGRAPHIE	76
7	ANNEXES.....	80

1 INTRODUCTION

Le concept des « patients difficiles » a été de multiples fois utilisé dans la littérature médicale pour désigner des patients qui mettent en difficultés les soignants.

1.1 Le concept de patient « difficile »

1.1.1 Le patient difficile défini à travers le ressenti du médecin

C'est dans la littérature anglosaxonne à partir des années 1940 que nous retrouvons les premiers travaux décrivant le patient difficile, notamment à travers les émotions qu'il suscite chez le médecin. C'est D.W.Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique qui l'évoque en premier dans un article intitulé *Hate in the Counter-Transference* (1) en 1947. Il explique que le médecin peut ressentir un fardeau émotionnel et parfois de la haine envers certains patients, et que plus il en est conscient, moins la haine et la peur seront les moteurs de sa prise en charge des patients.

A partir de ce travail, JE.Groves, psychiatre anglais, tente de proposer une définition de ces patients ainsi qu'une « classification typologique », dans son article *Taking Care Of The Hateful Patient* (2) en 1978. Il décrit que ces patients suscitent « l'aversion, la crainte, le désespoir voire de la malice » chez leur médecin. Il les a qualifiés de « hateful » qui veut dire détestable et les classe en quatre catégories : les dépendants, les demandeurs, les manipulateurs qui refusent l'aide et les négationnistes autodestructeurs.

Il explique que « l'idéal du médecin parfait est de tout connaître, tout aimer et tout soigner, mais que quand cet idéal rencontre la réalité quotidienne de la prise en charge de patients « hateful », le médecin peut se sentir impuissant, s'auto-punir et punir le patient. Le médecin peut alors se confronter au patient de manière inappropriée, tenter de l'éviter ou de l'extraire du système de soin. Il propose aux praticiens de réfléchir sur leurs sentiments négatifs pour pouvoir comprendre, adapter leurs comportements et pouvoir mieux traiter le patient « hateful ». Pour chaque émotion que le médecin peut ressentir il développe des stratégies d'adaptation. Par exemple « quand le médecin commence à ressentir de l'aversion envers le patient dépendant, celui-ci devrait penser à fixer des limites à cette dépendance. », « le médecin qui ressent l'impulsion de contre-attaque devrait revoir ses attentes à propos de ce qu'est un bon soin médical pour qu'elles soient plus réalistes. » (2)

En 1988, TJ.Gerrard et JD.Riddell, deux médecins généralistes britanniques, poursuivent les recherches dans leur article *Difficult patients : black holes and secrets*. (3) Ils décrivent les patients difficiles comme ceux qui génèrent du désespoir, de la colère et de la frustration chez les médecins, notamment lorsqu'ils voient le nom du patient sur l'agenda. Cependant ils évoquent qu'un patient difficile pour un médecin ne le sera pas forcément pour un autre et que cela reflète les besoins et personnalités des différents docteurs. Ils ont discuté de 25 patients qui leur venaient en tête afin de proposer dix catégories : « les patients trous noirs, les complexités familiales, les comportements

punitifs, les proches du médecin, les différences culturelles et de croyances, les désavantagés sociaux, les patients ayant des problèmes médicaux complexes, les patients faisant partie du personnel soignant, les manipulateurs, les secrets. » Ils précisent que les patients appartiennent parfois à plusieurs catégories à la fois et que réfléchir à cela leur a permis de mieux les comprendre, de leur donner du sens et de les trouver moins troublants. Ils proposent aux médecins de s'intéresser à leurs émotions pour pouvoir adapter leur comportement afin de débloquent ce qui se joue entre le patient et le docteur. Par exemple, quand ils sont confrontés à un patient qu'ils identifient comme ayant un comportement punitif ils proposent au médecin d'admettre qu'il ne sait pas tout, qu'il est déraisonnable de prétendre le contraire et que parfois il peut être approprié de confronter le patient pour lui exposer son attitude punitive. (3)

La même année, le professeur de médecine générale de l'université de Dublin, T.O'Dowd popularise le terme « heartsink » à travers son essai intitulé *Five years of heartsink patients in general practice* (4). Il crée cet adjectif, car selon lui, ces patients « exaspèrent, mettent en échec et submergent les médecins par leur comportement, et feraient « couler », c'est-à-dire « saigner le cœur du médecin ». Ainsi, le terme « heartsink » « se réfère plus clairement aux émotions du médecin qui sont déclenchées par certains patients ». Il explique qu'aucune étude à l'époque n'est parvenue à préciser quelle catégorie de patient était considérée la plus difficile pour les médecins et que cela est dû au fait que le cœur du médecin « ne saigne pas pour les mêmes raisons ». (4)

Il participe à l'époque au *NHS practice of the University of Wales College of Medicine* qui prend en charge 8000 patients, et remarque dans l'équipe soignante qu'il y a une certaine résignation et des remarques négatives envers certains patients. Il liste alors à l'aide de son associé et sa secrétaire ces patients qu'ils considèrent comme « heartsink » car étant insatisfaits des services promulgués, ayant beaucoup de demandes et des plaintes multiples et continues.

Pendant cinq ans, il a mené une étude interventionnelle sur 28 patients « heartsink » qui avait pour but de rendre les patients « moins heartsink ». Cette étude comporte de nombreux biais tels qu'un manque de puissance, des groupes de comparaison douteux, une intervention mal définie et des résultats difficiles à interpréter.

A la fin de son travail, il considère qu'il y a probablement moins de patients « heartsink » grâce à une meilleure expérience et à l'intérêt qu'il a porté à ce problème, mais aussi car le fait « de mieux comprendre le patient permet de le rendre moins « heartsink » car cela soulage le médecin d'une insécurité clinique. » (4). Il conclut sur ces mots : « Nous avons besoin d'aide pour résoudre ce problème parce que nous en faisons partie et qu'il nous est donc difficile de le comprendre ». (4) A travers ces paroles, il ne place plus le patient comme seul responsable de la difficulté. Il met en avant le fait que c'est au médecin de s'intéresser au patient et que ce n'est que comme cela qu'il pourra mieux le vivre : « l'expérience du médecin est subjective, mais le problème et la solution résident dans ces patients « heartsink » (5)

1.1.2 De la catégorisation des patients « difficiles » au développement de stratégies d'adaptation

Les travaux anglo-saxons évoqués précédemment ont proposé des catégories de patients d'abord à travers les ressentis des médecins dans le but de mieux comprendre ce qui se jouait dans la consultation et de permettre au médecin d'identifier ses émotions pour s'adapter.

En 2014 C.Bouchacourt, une médecin généraliste française, décide de poursuivre les investigations concernant les patients « heartsink ». Pour cela, elle réalise une thèse qualitative (6) qui a pour objectif d'explorer les comportements des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients « difficiles ». Elle met en avant une catégorisation des patients « difficiles » à partir des témoignages des médecins interrogés. Les caractéristiques des patients « difficiles » ressortant sont de plusieurs ordres.

Premièrement épidémiologique : plusieurs médecins considèrent qu'il n'y a pas de profil type, tandis que d'autres estiment qu'il s'agit plutôt de femmes, et de personnes âgées de 40 à 60 ans.

Secondairement comportementale : il est décrit six catégories de patients : les « ayant droit », les « diagnostiqueurs », les « revendicateurs », les « agressifs ou provocateurs », les « méfiants » et les « plaintes multiples ».

Dans cette thèse, c'est d'abord le patient considéré comme « difficile » qui est la source des problématiques des médecins. Elle expose à travers les témoignages des médecins interrogés leurs stratégies de prise en charge en fonction de chaque type de patient difficile. Par exemple face à un patient « ayant droit » il est proposé au médecin de ne pas s'offusquer des requêtes et de rassurer le patient sur son désir de lui donner les meilleurs soins médicaux tout en sachant dire non. De plus il est conseillé de ne pas se justifier longuement pour ne pas s'emmêler dans ses explications ni débattre avec le patient. (6)

En 2015 une médecin généraliste dans sa thèse cherche à développer une prise en charge consensuée des patients « heartsink » dans les centres de santé. (7) En 2021, un groupe de pratique français nommé Groupe qualité fait l'état des lieux des stratégies de prise en charge que peuvent adopter les médecins en fonction du comportement du patient difficile. (8)

La catégorisation stéréotypée des patients difficiles et le développement de stratégies pour chaque profil peut être rassurante pour le médecin car elle prétend donner une solution pour chaque situation. Cependant, les patients peuvent faire partie de plusieurs catégories et les cloisonner peut restreindre le champ de vision et les actions du praticien.

Le fait de catégoriser le patient comme « difficile » revient à lui apposer une étiquette parfois même avant de l'avoir rencontré, et cela peut s'avérer délétère pour le patient. (9) Questionner les à priori existant à propos des patients difficiles a permis aux chercheurs de s'intéresser par la suite à la relation soignante.

1.1.3 Du patient difficile à la relation difficile

A.Moscrop, chercheur indépendant, s'est penché sur le travail de T.O'Dowd. Bien qu'il critique son niveau de preuve scientifique, il le trouve intéressant car il attire l'attention sur les défis de certaines relations médecin – patient et permet de légitimer l'utilisation du terme « heartsink » dans la littérature scientifique. (5). En revanche il met en avant l'ambivalence du concept de patient « heartsink » en expliquant que « c'est le cœur du médecin qui coule, mais c'est le patient qui reçoit l'étiquette. ». (5) Il propose plutôt de parler de relations « heartsink » afin d'être plus objectif.

Il explique que s'intéresser de plus près à ce sujet permet une pratique plus réflexive notamment à travers les groupes Balint introduits par le psychiatre hongrois M.Balint. Ils consistent en une réflexion en groupe de soignants autour d'une situation clinique exposée par un participant. Le but étant de développer l'aptitude des professionnels de la santé à la prise en compte des processus psychiques et affectifs inconscients mis en jeu lors de la relation soignant-soigné. (10)

T.O'Dowd lui répond dans un article la même année en confiant qu'il n'utilise plus le terme « heartsink », mais que ces situations sont toujours présentes dans sa pratique. (11).

C.Bouchacourt, dans sa thèse de 2014 attire l'attention sur la relation soignante et reprend le concept de « cadre tridimensionnel » qui régit une consultation de médecine générale (12). « Ce cadre est constitué d'un triple champ de complexité : « biomédical », « psychosocial » et « relationnel » ». Le patient difficile poserait problème dans les trois champs. (6)

Elle évoque également l'évolution de la relation soignante depuis plusieurs dizaines d'années, passant du paternalisme à un objectif « partenarial ». La relation partenariale nécessitant plus d'explications, d'informations de la part du médecin et également plus de discussion avec le patient, cela pousse le médecin à changer son comportement et lui demande plus d'implication qu'auparavant. Elle souligne à travers cela le rôle intriqué du médecin dans la relation soignante.

En 2022 une médecin généraliste se basant en partie sur ces travaux, évoque dans sa thèse que « le patient heartsink est un patient vécu comme difficile relationnellement par le praticien et qu'il illustre le naufrage de la relation médecin-malade où ni le médecin, ni le patient ne trouvent satisfaction dans ces interactions. » (13)

Après avoir étudié les catégories de patients difficiles et mis en avant que la relation et le ressenti du médecin entrent en jeu dans la difficulté, les chercheurs se sont penchés sur le vécu singulier des médecins. Le but est d'identifier pourquoi certains médecins se sentent plus en difficulté ou déclarent avoir plus de patients difficiles.

1.1.4 Variabilité de la difficulté selon les médecins

Comme les premiers travaux sur les patients difficiles le suggèrent, les difficultés ne sont pas les mêmes pour tous les médecins. Des études plus récentes s'y sont intéressées à l'international.

En 2006, deux médecins et un sociologue médical américains ont rédigé un article : *The difficult doctor ? Characteristics of physicians who report frustration with patients* (14), qui vise à déterminer les caractéristiques des médecins et de leurs pratiques, associées à une plus grande frustration envers leurs patients. Mille trois cent quatre-vingt-onze médecins ont été interrogés (généralistes, internistes et spécialistes). Il ressort que le pourcentage de patients qu'ils considèrent comme « frustrants » varie de manière importante selon les médecins. Ceux qui signalent un pourcentage élevé de patients frustrants sont plus jeunes, travaillent plus d'heures par semaine et ont plus de symptômes de dépression, stress et anxiété. A contrario, « Les médecins plus âgés étaient moins susceptibles de signaler une forte frustration envers les patients, peut-être en raison d'une plus grande expérience clinique ou d'une approche plus souple et humaniste ».

La même année, trois psychiatres israéliens ont écrit un article intitulé *The hateful patient revisited : Relevance for 21st century medicine*. (15). Ils ont étudié les caractéristiques des médecins prenant en charge des patients « hateful » ainsi que la relation soignante. Dans leurs conclusions, les chercheurs supposent que les médecins qui s'intéressent et comprennent la souffrance du patient ont moins de risque qu'il devienne « hateful » et à l'inverse les médecins les moins empathiques sont quant à eux plus enclins à être en difficulté avec les patients. Cela rejoint les idées de T. O'Dowd exprimées des années plus tôt comme quoi le comportement du médecin influence celui du patient et permet de discuter sur l'interdépendance de la relation soignante. Ils ont invité à reconsidérer le modèle biomédical en aidant le patient « hateful » à comprendre son comportement, d'autant plus dans une époque où la psychologie fait partie intégrante de la vie de nombreuses personnes. Ils abordent la notion de « groupe Balint », comme une avancée positive, permettant de transformer l'incertitude, la confusion et les difficultés de la relation médecin-patient en compréhension et en sens, nourrissant une alliance plus thérapeutique.

En 2021, deux médecins espagnols adhérant au collège médical de Barcelone, publient un article intitulé *Reflections on the difficult patient* (16). Ils concluent que les classifications des patients « qui rendent l'acte clinique plus difficile » sont biaisées car influencées par le contexte culturel dans lequel elles étaient produites, et que selon eux, elles ne sont pas d'une grande utilité. Ils disent que c'est avant

tout aux médecins de s'adapter, et cela dès le début de leur formation en tant qu'étudiant en médecine. Le but étant d'apprendre comment développer des compétences en communication, en se formant à la gestion de conflits et à l'utilisation d'un langage approprié.

En résumé, le concept de patient « difficile » a premièrement été étudié en psychiatrie, et a émergé en médecine générale à partir des années 1980. La littérature scientifique internationale montre différentes approches, et les points de vue divergent tant sur leurs définitions que sur les stratégies de prise en soin. Cependant, il y a très peu de travaux français sur les patients dits « difficiles » notamment dans le contexte de soin actuel en France dans les années 2020. Les écrits sont anciens, et peu nombreux ces dix dernières années.

Les patients « difficiles » ont été étudiés à travers plusieurs époques et donc plusieurs fonctionnements de systèmes de santé. Cependant, il est possible d'imaginer que le contexte de tension entre l'offre et la demande de soin en 2025 en France majore les difficultés dans la prise en charge des patients, et d'autant plus s'ils sont « difficiles ».

1.2 Contexte de la pratique médicale actuelle en 2025 : chiffres des médecins généralistes nationaux et régionaux :

En 2025, l'exercice de la médecine générale et des soins ambulatoires est bien différent de celui des années 1980. En 1981, en France il y avait 55 millions d'habitants (17), et aujourd'hui on en dénombre 68 606 000 (18).

Depuis quelques années le paysage médical en France ne cesse de se modifier pour s'adapter aux contraintes épidémiologiques et démographiques (19). Selon le rapport de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), paru en janvier 2025, en France, en 2024, l'espérance de vie atteint un niveau historiquement haut, et se stabilise à 85,6 ans pour les femmes et 80 ans pour les hommes. (19) La population est vieillissante et les demandes de soins se majorent d'autant plus après 70 ans. (20)

Le médecin généraliste est en première ligne de l'offre de soin ambulatoire, et est même décrit comme « le pivot » de celle-ci depuis la loi HPST (portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires de 2009). Cette loi place le médecin généraliste au centre des soins de premier recours. (21) .

Au niveau national, en 2025, Le CNOM (Conseil national de l'Ordre des Médecins) dénombre 81 192 médecins généralistes en activité sur le territoire. L'INSEE chiffre la densité nationale de 146 médecins généralistes pour 100 000 habitants. (22) La région Centre Val de Loire est quant à elle moins fournie par rapport au reste de la France métropolitaine en ayant une densité de médecins généralistes de 114 pour 100 000 habitants. (23) L'INSEE déjà en 2013, lançait l'alerte concernant la région Centre

Val de Loire. La densité de médecins généralistes étant la plus faible de la métropole et pouvant empirer en raison des départs à la retraite des professionnels. D'autant plus que la moyenne d'âge des généralistes était de cinquante-deux ans (soit un an de plus qu'au niveau national), et qu'un quart des médecins en Centre Val de Loire avait plus de soixante ans. (20)

En 2017, la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a rédigé un rapport prévisionnel sur l'exercice de la médecine en 2040 (24). Elle prédisait que la « population de médecins serait plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », et que cela serait synonyme d'une baisse de l'offre de soin globale. Elle justifiait ces propos par le fait que les médecins d'aujourd'hui travaillent moins d'heures par semaine que les générations précédentes, et qu'en équivalent temps plein, cela représente une diminution de disponibilité. Bien que l'effectif des médecins augmente d'années en années grâce à l'élargissement du numérus clausus, cela ne compenserait pas l'augmentation de la demande de soins de la population grandissante et vieillissante du moins jusqu'en 2025. Elle prédisait en revanche qu'à partir de 2025, la densité des médecins remonterait. Elle a aussi évoqué une importante aide de médecins diplômés à l'étranger qui pourrait permettre d'atténuer la baisse des effectifs des généralistes.

Concernant la répartition des médecins généralistes du Centre Val de Loire, ils sont installés en groupe dans 53.3% des cas, soit une proportion légèrement inférieure par rapport au niveau national (54,5 %), et 40,3 % travaillent dans leur propre cabinet individuel (38,7 % au niveau national). (25)

Bien que l'année 2025 soit évoquée comme la première année à partir de laquelle la densité des médecins généralistes devrait augmenter, celle-ci reste encore faible pour répondre aux besoins des patients, d'autant plus dans la région du Centre Val de Loire.

1.3 Les nouveaux enjeux dans la prise en soin des patients

Les effectifs insuffisants des professionnels de soins malgré la croissance épidémiologique française et le vieillissement de la population ont amené à penser différemment le système de santé. Malgré une augmentation du nombre de médecins généralistes en France depuis 1980, la croissance de la population va plus vite que celle des médecins et reste donc insuffisante pour répondre aux besoins. La charge de travail augmente, les médecins sont donc contraints d'exercer différemment et sont confrontés à de nouveaux défis, ce qui peut parfois les mener à un épuisement professionnel ou burn out (26). La prise en soin de patients « difficiles » peut majorer les difficultés déjà présentes.

La région Centre Val de Loire et par extension le département du Loir et Cher sont des zones sous dotées en terme de densité de médecins généralistes, cela peut être un frein supplémentaire notamment dans la prise en charge des patients difficiles. (27)

Bien que les médecins généralistes soient associés à une fonction commune, chaque médecin a ses particularités, sa formation, son mode et lieu d'exercice, son expérience. A partir de ces divergences, il est possible d'imaginer qu'ils n'aient pas tous les mêmes représentations de ce qu'est un « patient difficile », ni les mêmes ressources pour y faire face.

Plusieurs études ont tenté de proposer aux médecins des techniques de communication et stratégies personnelles pour mieux gérer la relation difficile, et tenter de la réparer. (28) Cependant à ce jour aucun travail de ce type n'a été conduit dans la région Centre Val de Loire.

L'objectif de cette recherche est d'explorer les ressources internes et externes des médecins généralistes en ambulatoire dans la prise en soin des patients dits « difficiles » dans le département du Loir et Cher en région Centre Val de Loire.

2 METHODE

2.1 Type d'étude

J'ai réalisé une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée (*GTM = Grounded Theory Method*) (29) car je me suis intéressée avant tout à l'exploration d'interactions sociales.

Mon travail s'est constitué avec l'aide de Marine DUBOIS (interne en médecine générale de Tours). Nous avons prévu, à l'origine de réaliser une analyse croisée des regards des médecins généralistes et des infirmiers libéraux concernant la prise en soin des patients difficiles. En raison de contraintes temporelles respectives, nous avons choisi de séparer notre travail en deux parties, et donc également en deux soutenances.

Dans cette thèse je vous présente donc les résultats concernant les médecins généralistes. Marine DUBOIS présentera les résultats pour les infirmiers libéraux et s'appuiera sur mon travail afin de croiser les regards entre ces deux professions.

2.2 Échantillonnage et modalités de recrutement

Cette étude a été réalisée suivant un échantillonnage raisonné théorique auprès de médecins généralistes constituant mon carnet d'adresse personnel dans un premier temps. Par la suite, j'ai effectué un recrutement selon la méthode "de proche en proche" qui consiste à identifier les potentiels participants à l'étude à partir des médecins que j'avais déjà contactés et/ou interrogés.

Je leur ai expliqué un à un le thème de l'étude et le projet de thèse avec les modalités d'entretien. J'ai ensuite échangé avec les professionnels volontaires par biais électronique ou téléphonique afin de convenir de l'entretien.

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion de la population

J'ai inclus des médecins généralistes thésés exerçant la médecine générale en libéral, qu'ils soient installés ou remplaçants dans le Loir et Cher. J'ai exclu de mes recherches les médecins non thésés ainsi que ceux qui travaillent dans d'autres régions que le Centre Val de Loire.

2.4 Entretiens

J'ai choisi de mener des entretiens individuels semi-dirigés, en suivant un guide d'entretien (annexe 1) qui a évolué au fur et à mesure de l'étude. Le mode de focus groupe n'a pas été retenu afin de favoriser la libre expression de chacun des participants, sans influence ou retenue de la part des différents professionnels interrogés. Huit entretiens ont été réalisés entre mai et juillet 2025. Ils ont duré entre 48 minutes et 1 heure et 25 minutes avec une moyenne de 1 heure et 5 minutes. Il a été proposé aux médecins de choisir entre le distanciel et le présentiel afin de s'adapter au mieux à leurs emplois du temps et aux contraintes de médecins généralistes. Seul le M5 a souhaité y participer en présentiel, les autres ayant préféré le mode visio distanciel.

2.5 Recueil et retranscription de données

Les participants ont donné un accord oral pour être enregistrés à l'aide de dictaphone doublé d'un enregistreur sur smartphone ou ordinateur portable. Les données ont été retranscrites intégralement manuellement dans un premier temps puis anonymisées. Le recueil a été poursuivi jusqu'à atteindre une suffisance de données.

2.6 Analyse de données

L'analyse a été débutée durant la réalisation des entretiens et a été menée par comparaison constante. L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats avec ma directrice de thèse manuellement. J'ai réalisé l'analyse intégrative des entretiens des médecins ainsi que la construction du modèle explicatif.

2.7 Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement des participants a été recueilli de manière libre et éclairée oralement. Ils ont été informés de leurs droits de correction et de rétractation avant le recueil leur garantissant l'anonymat et la confidentialité. J'ai retranscrit le discours des professionnels interrogés en remplaçant leurs noms par M (pour médecin) ainsi qu'un numéro accolé à cette lettre dans l'ordre chronologique du recrutement.

Le guide d'entretien semi-dirigé a été soumis en 03/2025 à l'évaluation du Dr Sophie GUYETANT coordinatrice de la cellule "Recherches Non Interventionnelles" à la Direction de la Recherche et de l'Innovation et à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) Centre Val de Loire. Le Dr GUYETANT a évalué que ce travail n'impliquait pas la personne humaine et se constituait hors loi Jardé. Il n'a donc pas nécessité de validation auprès de la CNIL.

3 **RESULTATS**

3.1 **Caractéristiques des participants à l'étude**

Huit médecins généralistes thésés ont été interrogés pour cette étude. Ils exercent tous dans le département du Loir et Cher (41). Les autres données de la population étudiée se trouvent dans le tableau 1 ci-dessous :

Participants	Sexe	Age	Type de cabinet/d'exercice	Date de début d'exercice	Durée d'exercice	Localisation (urbain/semi-rural/rural)	Formation complémentaire
M1	F	29 ans	Remplaçante en MSP + salariée en CDI	Fin 2022	3 ans	Semi rural	NON
M2	F	61 ans	Installée en MSP	Début 1997	28 ans	Semi rural	Licence en biologie + DU gyneco + formation en nutrition + diplôme homéopathie
M3	F	61 ans	Associée depuis 17,5 ans	Debut 1993	32 ans	Urbain	NON
M4	F	54 ans	Remplaçante pendant 12ans puis seule depuis 16 ans	Début 1997	28 ans	Urbain	Formation en homéopathie sans DU
M5	M	68 ans	Remplacement 5 ans et ensuite installé en association à 3 jusqu'en 2006 puis MSP	Debut 1995	30 ans	Semi rural	DU acuponcture et formation homéopathie et luminothérapie
M6	M	48 ans	Remplacements pendant 2ans en MSP 2008 et 1 an comme médecin coordinateur en ehpad	Début 2007	18 ans	Semi rural	DU osteopathie + formation pour le dépistage et traitement SAOS
M7	M	30 ans	Remplacement pendant 4 mois puis installé en MSP	Debut 2023	3 ans	Semi rural	Formation médicale continue en échographie/ Infiltrations en formation informelle
M8	F	37 ans	Remplacements depuis 11ans en MSP et en association	Mi 2014	11 ans	Semi rural	NON

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée.

(MSP = maison de santé pluridisciplinaire ; DU = diplôme universitaire)

L'échantillon interrogé compte 62% de femmes et 38% d'hommes. Leur moyenne d'âge est de 48 ans.

3.2 Modèle explicatif de l'étude

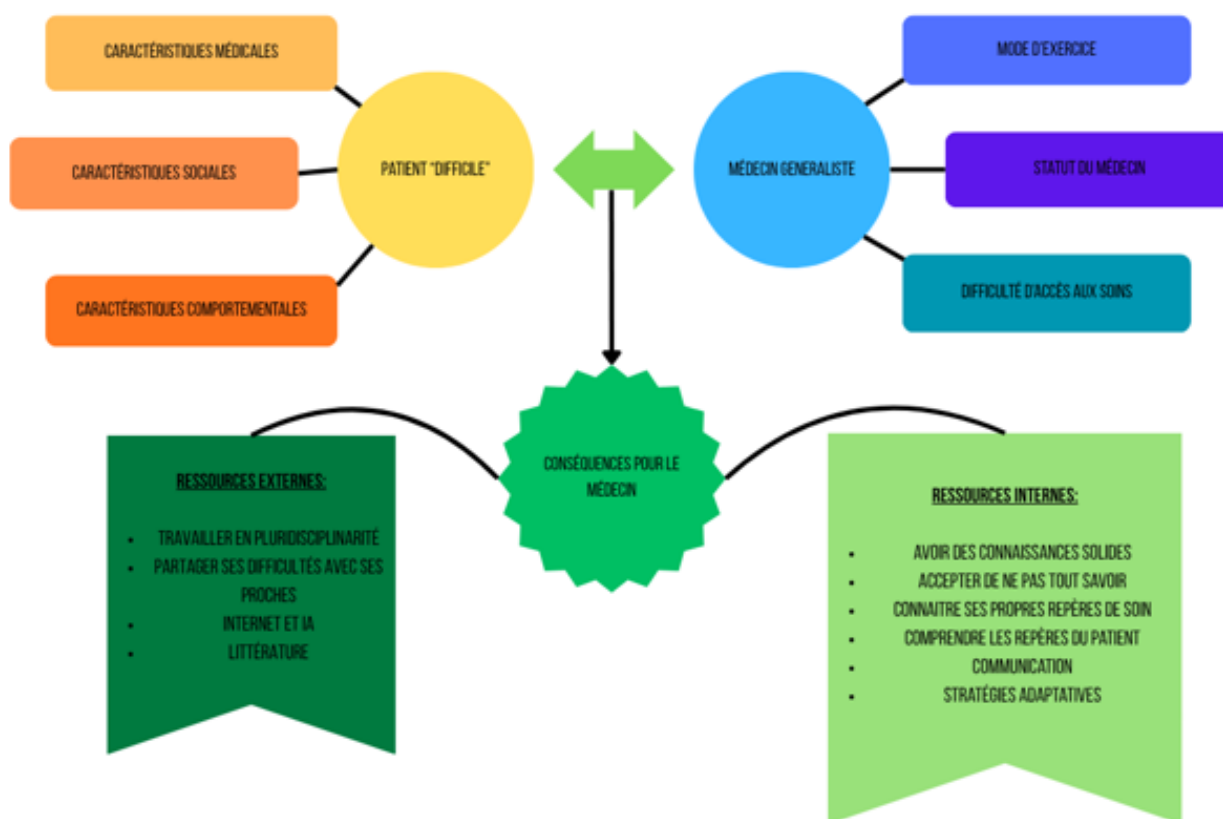


Figure 1 : Les ressources internes et externes des médecins généralistes dans la prise en soin des patients « difficiles ».

3.3 Qu'est-ce qu'un patient difficile en 2025 ?

La difficulté a d'abord été décrite comme venant du patient, mais les travaux étant anciens, les difficultés sont-elles les mêmes depuis les années 1950 ou ont-elles évolué en 2025 ?

3.3.1 **Caractéristiques liées aux patients dits « difficiles »**

Dans le discours des médecins interrogés dans cette étude, il ressort que le patient peut être difficile intrinsèquement pour plusieurs raisons.

3.3.1.1 **Caractéristiques médicales**

Un type de pathologie du patient peut mettre le médecin en difficulté par sa complexité intrinsèque, ou à cause de l'étiquette qu'elle représente dans son esprit.

➤ La pathologie chronique

Le patient polypathologique ou ayant une pathologie complexe représente une difficulté pour le médecin.

Docteur M1 : « Pathologie complexe, psychosociale ce n'est pas facile de gérer. »

Docteur M7 : « Un patient qui se retrouve avec plein de comorbidités en très peu de temps, des traitements compliqués à gérer c'est difficile parce qu'ils ont un souci chronique, et tu les vois tout le temps, et en plus ils ont des problèmes aigus qui se rajoutent. »

Cependant, le patient n'est pas tenu pour responsable de la difficulté.

Docteur M3 : « Il y a des patients compliqués à gérer médicalement mais ce ne sont pas des patients difficiles, je dirai que c'est un cas complexe. »

Docteur M5 : « Celui qui a plusieurs pathologies complexes, qui vivent mal la maladie, qui dépriment, très anxieux, c'est des gens un peu difficiles mais ce n'est pas la relation qui est difficile, c'est de traiter la pathologie. »

➤ La pathologie psychiatrique

Plusieurs médecins ont évoqué la présence d'un trouble psychiatrique comme facteur de difficulté chez le patient. Certaines pathologies sont clairement identifiées comme difficiles à prendre en soin.

L'hypochondrie :

Docteur M1 : « On a eu une vraie hypochondriaque, c'était très compliqué, elle arrivait sur ses deux jambes et elle te certifiait qu'elle ne marchait plus. Si tu répondais rationnellement à un symptôme en lui expliquant la physiologie, elle disait oui oui oui puis elle enchaînait en disant « j'ai mal au ventre, que les jours de pleine lune ». J'exagère mais elle avait toujours quelque chose à rajouter. »

La bipolarité :

Docteur M4 : « C'est une dame bipolaire c'est compliqué. Un coup ça va, un coup ça ne va pas et à des moments je me suis faite engueuler, mais elle est attachante en même temps. Un patient difficile c'est plutôt ça. »

Docteur M7 : « On a découlé une histoire plutôt psychiatrique chez un patient qui a un côté très dépressif et parfois psychotique et est maintenant traité pour un trouble bipolaire. J'ai beaucoup de difficulté à le gérer, à gérer ses émotions, sa bipolarité, et la façon dont il peut se comporter. »

Le fait de considérer les patients psychiatriques comme changeants ou imprévisibles est un facteur de difficulté.

Docteur M6 : « Les comportements, je ne les comprends pas toujours. Je sais qu'il faut peser ses mots avant d'échanger avec eux parce que tu peux avoir un effet boomerang d'un seul coup qui va les énerver, les exciter. »

Docteur M7 : « Ce qui est difficile c'est son instabilité psychiatrique surtout, je ne sais jamais dans quel état il va être réellement, je ne peux pas anticiper. »

La technicité des traitements psychiatriques s'avère aussi être une difficulté.

Docteur M6 : « Quand c'est un peu plus compliqué, qu'il faut commencer à travailler avec des neuroleptiques je ne sais pas faire. »

Les pathologies évoquées sont avant tout chroniques, mais la potentielle décompensation aiguë d'un trouble peut déstabiliser le médecin.

Docteur M6 : « J'ai un patient qui est très lourd sur le plan psychiatrique et quand il y a un peu d'aigu dans sa pathologie psy, je ne manipule pas bien. »

Quand le médecin doit prendre la responsabilité d'hospitaliser un patient contre son gré cela peut s'avérer très complexe.

Docteur M5 : « Elle a quand même été hospitalisée en psychiatrie un moment sur la demande d'un tiers. C'est moi qui l'ai faite hospitaliser et elle m'en a beaucoup voulu. Elle n'était pas bien, elle délirait complètement, c'était la pire de toutes. »

Docteur M8 : « Je n'ai jamais eu de situation où j'ai dû hospitaliser quelqu'un d'office, mais j'entends beaucoup de collègues en parler et je pense que c'est vraiment difficile. »

Cependant, ils apportent de la nuance. Être atteint d'une pathologie psychiatrique n'est pas toujours synonyme de difficulté pour le praticien.

Docteur M1 : « Ce ne sont pas les patients les plus difficiles, ils apprécient vraiment de voir un médecin, d'être entendus, ils te font assez vite confiance, aussi dans ton savoir d'autant plus quand tu n'es pas psychiatre car tu vas vraiment te concentrer sur les autres problématiques. Ils sont à l'écoute, c'est hyper intéressant. »

Docteur M4 : « Ça dépend du caractère, j'ai une patiente bipolaire qui a un traitement lourd qui est adorable, et je ne me sens pas en difficulté avec cette dame. C'est un ensemble de choses : pathologie + caractère + physique. »

Docteur M5 : « Ça dépend, quand ils sont bien équilibrés ils ne sont pas forcément plus difficiles. »

➤ **Les addictions**

Les patients ayant des addictions sont identifiés difficiles pour certains médecins.

Docteur M5 : « La pire de toutes c'était une femme toxicomane. Au début elle n'était pas si désagréable que ça mais je pense que c'est sa toxicomanie qui l'a faite un peu dégénérer. »

Docteur M7 : « Dès le début j'ai su que ça allait être un patient difficile. Je vois un gars qui a l'air complètement bourré et très douloureux. Il me raconte qu'il a des problèmes avec l'alcool, qu'il a bu avant de conduire, qu'il a eu un accident sur l'autoroute en faisant des tonneaux. Les pompiers l'ont emmené aux urgences, il a attendu quatre heures et qu'il s'est barré. Donc il se pointe chez moi dans un état catastrophique. »

La notion d'imprévisibilité est également évoquée avec les patients dits « addicto ».

Docteur M7 : « Instabilité par rapport à l'alcool. Dans quel état il allait arriver chez moi ? Est-ce qu'il serait en capacité de discuter, d'interagir ? »

➤ **Handicap et perte d'autonomie**

Bien que le handicap ne soit pas une pathologie à part entière, il ajoute de la pénibilité au quotidien du patient, et généralement une perte d'autonomie associée qui le rend difficile.

Docteur M4 : « Quelqu'un qui est obèse qui vit dans un fauteuil roulant en permanence avec un lit médicalisé, les soins infirmiers, les ulcères des jambes. » « Le handicap surajouté. C'est plein de choses qui s'accumulent et qui font que là c'est vraiment difficile. »

Docteur M8 : « Les gens qui sont handicapés ou qui ont un déficit intellectuel. »

3.3.1.2 Caractéristiques sociales

Diverses composantes sociales peuvent participer à la définition du patient difficile pour les médecins.

➤ Contexte de vie du patient

Les patients difficiles peuvent l'être de par leur contexte de vie difficile.

Docteur M7 : « C'est souvent des familles où il se passe des choses un peu particulières. Il a eu des problèmes avec sa femme qui voulait le quitter parce qu'il buvait de l'alcool et récemment il est venu me voir en panique avec sa fille de sept ans qui aurait reçu des attouchements de la part du fils d'un de leurs amis. C'est le genre de truc que l'on entend que dans les familles difficiles. »

➤ Précarité sociale

La précarité sociale est identifiée comme pouvant rendre le patient difficile.

Docteur M2 : « Les gens ont aussi une vie plus difficile. Et la majorité ne sont pas dans des milieux favorisés. »

Docteur M7 : « C'est souvent ce type là les patients difficiles, parce qu'il y a un contexte autour qui les rend difficiles, un problème social derrière, des gens qui sont défavorisés socialement. »

Certains milieux sociaux et lieux de vie sont identifiés comme difficiles par les médecins.

Docteur M7 : « Je pense que les gens de campagne, sont plus à même d'être des patients difficiles. Dans les grandes villes ça pourrait être les patients des quartiers, les patients défavorisés. Ce n'est pas une généralité que je fais, tu peux avoir des patients difficiles dans toutes les strates de la population bien sûr mais il y a quand même une grosse grosse part sociale là-dedans. »

L'isolement social est également pointé du doigt.

Docteur M7 : « J'ai des gens qui viennent d'un coin hyper paumé et qui sortent de chez eux pour aller chez le pharmacien et le médecin donc tu es la seule personne qu'ils voient. Ils sont très très isolés, et donc tu te retrouves avec des patients difficiles forcément. »

➤ Barrière de la langue

La difficulté que représente la barrière de la langue dans le soin que l'on peut apporter au patient est abordée. En effet si le médecin et le patient ne peuvent pas se comprendre, il ne peut pas y avoir d'échange, en tout cas pas simplement, et le patient devient donc difficile.

Docteur M8 : « Qui sont aussi étrangers et qui ne parlent pas français, ce n'est pas forcément évident dans ces cas-là en communication parce qu'on ne parle pas la même langue. »

3.3.1.3 Différents profils de patients

Quand le patient interagit dans une relation de soin, le caractère de celui-ci se confronte à celui du médecin, et cela peut s'avérer complexe par la mise en avant des différences de fonctionnement, de point de vue et d'expression.

Docteur M4 : « Ça peut être une histoire de caractère compliqué. Elle, elle a vraiment un caractère de cochon. Ces patients-là nous mettent en difficulté par définition. »

Docteur M5 : « La relation est difficile quand le patient est difficile. Quand il a un caractère pas facile, des patients très désagréables. »

Docteur M7 : « Dont le profil psychologique me met en difficulté. » « Parfois il y a des sujets de caractères qui ne passent pas entre un médecin et un patient. »

Docteur M8 : « C'est plus par rapport à la personnalité du patient. »

Cependant, la difficulté se trouve aussi dans les comportements des patients, qui ont différents profils.

➤ Les plaintes multiples

Beaucoup de patients viennent en consultation de médecine générale avec plusieurs sujets à évoquer avec le médecin. Ces multiples motifs amènent souvent un discours désordonné et continu du patient.

Docteur M1 : « Elle arrive avec son cahier où c'est écrit dans tous les sens. Elle commence sur un peu tout et elle digresse sur plein de sujets. »

Docteur M4 : « Le multi motif peut être difficile à gérer dans une consultation. Ils viennent avec une liste. »

Docteur M6 : « Les patients difficiles c'est ceux qui posent beaucoup de questions, logorrhéiques qu'on a du mal à canaliser, qui viennent avec plusieurs plaintes, problèmes à régler. Ça me faisait très peur au début, ils ont beaucoup à te livrer et tu n'oses pas les couper. »

A travers la multiplicité du discours du patient il peut y avoir un décalage entre l'urgence ressentie par le patient et l'urgence réelle médicalement parlant pour le médecin.

Docteur M8 : « Parfois le degré d'urgence n'est pas le même entre le patient et nous. Ce n'est pas toujours évident de hiérarchiser, savoir ce qui est important ou pas. Il y a important médicalement et important pour eux. »

Cela peut embrouiller l'esprit du médecin dans sa réflexion.

Docteur M1 : « Tu as du mal à suivre ça demande beaucoup beaucoup de concentration. »

Docteur M6 : « Les plaintes tellement multiples parfois tu n'arrives pas à faire la part des choses, la synthèse. Il faut rester attentif parce qu'au cours de leur discours on peut être un peu déphasé. »

Le praticien peut alors craindre de passer à côté de quelque chose d'important.

Docteur M3 : « C'est plus un problème médical de patients qui ont plein plein de symptômes, il faut tout détricoter, rester vigilant et vérifier qu'il n'y a pas quelque chose de grave. »

Les médecins ressentent des difficultés face à ce comportement car c'est épuisant pour eux.

Docteur M1 : « Il faut la recadrer en permanence et c'est fatigant. Ça te prend facile trente à quarante-cinq minutes à chaque fois alors que tu as toi aussi des questions à poser pour essayer d'avancer et tu n'y arrives pas. Tu es vite débordée. »

Docteur M6 : « Sur le plan humain et psychologique c'est très chronophage. »

Docteur M7 : « On perd beaucoup beaucoup d'énergie avec ces patients-là. »

Cela peut également prendre plus de temps que prévu (considérant des consultations de quinze à vingt minutes) et générer un retard dans les rendez-vous.

Docteur M4 : « Avec les motifs qui s'ajoutent la consultation peut durer plus longtemps. »

Docteur M5 : « Difficile dans la mesure où ça demande du temps, une consultation d'une demi-heure facilement. »

Docteur M6 : « Les créneaux sont des créneaux d'un quart d'heure et j'ai peur que ça déborde. Je n'aime pas être en retard car pour moi c'est un manque de respect vis-à-vis des autres patients. »

Les médecins différencient les patients atteints de pathologies lourdes ou graves ayant plusieurs plaintes car la maladie cause divers symptômes, des autres patients estimés moins malades, qui présentent tout de même de multiples symptômes.

Docteur M2 : « Patient difficile, ce n'est pas le patient qui a la liste des courses et qui a une maladie parce que celui-là c'est ok. C'est ceux qui viennent avec la liste de courses, que je connais depuis longtemps et pour qui je sais pertinemment qu'ils n'ont rien, qu'ils ne font rien pour avancer et qu'il est nécessaire de trouver une solution. »

Docteur M5 : « C'est difficile mais ce n'est pas la relation qui est difficile, c'est de traiter la pathologie tu vois »

➤ **Les patients « n'allant jamais mieux »**

Les patients consultant beaucoup, sollicitant régulièrement le médecin et répétant les mêmes plaintes sont considérés comme difficiles.

Docteur M1 : « La demande permanente. »

Docteur M5 : « Des gens très anxieux qui appellent, viennent tout le temps, ce n'est pas facile à gérer, ça demande du temps. »

Docteur M7 : « C'est des gens que tu vois souvent, t'en entends toujours parler, il y a toujours un problème. C'est des patients qui surconsultent mais tu peux leur dire cent fois qu'il n'y a pas besoin de consulter pour un rhume, ça ne rentrera jamais dans leur tête, ils reviendront le lendemain. »

Certains médecins évoquent qu'un patient peut être difficile à un instant T, mais la majorité d'entre eux considèrent que c'est la répétition des consultations difficiles qui font qu'un patient est difficile.

Docteur M4 : « Ça peut être une fois, on arrive à gérer, mais quand c'est tout le temps, c'est ça qui peut être difficile. »

Docteur M7 : « Je pense qu'il peut y avoir un patient difficile sur une seule consultation quand elle ne se passe pas bien mais ça m'évoque surtout un patient chronique. Je vois plutôt quelque chose qui se fait dans le temps, sur plusieurs consultations. »

A force de répétitions, le médecin peut ne plus être capable d'entendre la plainte du patient.

Docteur M6 : « C'est des choses qu'elle te répète pour la énième fois. C'est peut-être un écueil, mais je pense que ces patients qui ont besoin de parler, on finit par ne plus les écouter, par perdre l'attention, et peut être passer à côté d'un symptôme qui peut être important. »

La répétition de la plainte d'un patient, ou l'expression d'un même symptôme à plusieurs reprises s'avère être mal vécu par le médecin quand celui-ci a proposé des choses au patient et perçoit qu'il n'a pas appliqué ses conseils. Les plaintes des patients sont parfois vues comme un apitoiement de leur part, un manque de volonté d'aller mieux.

Docteur M2 : « Le vrai patient difficile c'est celui qui est ce que j'appelle « chiant », qui ne cherche pas à avancer mais revient toujours avec les mêmes plaintes. Ils veulent que tu leur trouves des solutions mais ne deviennent pas acteurs de leur santé. Ce genre de patient ça me fatigue. ».

➤ Les « ayants droits »

Certains patients arrivent en consultation avec une idée bien précise de ce qu'ils vont demander au médecin et peuvent l'exprimer comme un dû. Ces exigences pas toujours justifiées sont difficiles à vivre pour le médecin.

Docteur M1 : « Elle aurait voulu passer une IRM corps entier, c'était vraiment difficile. »

Docteur M2 : « Ceux qui viennent pour des arrêts, c'est le patient difficile pour moi par excellence. »

Docteur M3 : « Le plus difficile, c'est les exigences des patients « je veux ci je veux ça ». Patient difficile ou pénible ? »

Docteur M4 : « Il me sollicitait beaucoup, il voulait voir tous les spécialistes du monde. Il fallait que je les appelle, que ce soit tout de suite, c'était son exigence que j'avais du mal à gérer. »

Docteur M5 : « Elle avait des demandes extravagantes, sur des antalgiques, des doses. »

Les ayants droits peuvent mettre en difficulté le médecin en prenant une place dans son espace personnel et en ne respectant pas sa vision du soin. Ils peuvent être perçus comme « harcelants ».

Docteur M1 : « Les plus durs, c'est les patients qui ne comprennent pas que tu poses des limites, les patients un peu harcelants. Parfois le matin tu as déjà une voiture sur le parking, ils t'attrapent alors que t'es même pas encore rentrée dans le cabinet, ça met une pression. Ces patients peuvent devenir difficiles, ça devient du harcèlement et tu ne peux pas les soigner correctement. »

➤ Les patients « experts »

Avec l'évolution d'internet ces dernières années, les patients ont accès à tout un tas d'informations venant de sources diverses, pas toujours pertinentes. Ils peuvent se laisser convaincre par ce qu'ils voient et entendent, les amenant à s'auto-diagnostiquer et parfois s'automédiquer sans avoir le discernement nécessaire. Ils peuvent aussi formuler des demandes non justifiées au médecin.

Docteur M2 : « Les gens savent trop de choses et pas appropriés. C'est un métier d'être plombier, d'être peintre et médecin. »

Docteur M3 : « On ne connaissait pas ça il y a trente ans c'est très compliqué. Les gens venaient te voir, te disaient « docteur j'ai mal là » et on essayait de faire au mieux. Maintenant ils viennent te voir ils te disent « je veux une IRM » et c'est à cause d'internet. »

Docteur M8 : « Il pense qu'il sait un peu tout, qu'il est le plus évolué du monde, il est un peu paternaliste. Alors je me dis que c'est un peu compliqué si on ne fait pas les choses comme il le souhaite. »

➤ Les patients agressifs ou provocateurs

Un patient en colère peut être perçu comme agressif et mettre en difficulté le médecin. Premièrement parce que la colère ne permet pas un échange constructif, aussi car elle peut être ressentie comme une injustice par le médecin.

Docteur M4 : « Il arrivait, il m'engueulait, j'avais l'impression de me prendre une soufflante en permanence, je me sentais un peu agressée en fait. »

Docteur M5 : « Des gens vindicatifs, voire un peu agressifs. »

Docteur M8 : « Quand c'est un problème en termes d'agressivité, d'inadaptation du patient c'est plus compliqué si on a du mal à communiquer. »

Certains patients, peuvent parfois devenir violents verbalement ou physiquement avec leurs proches devant le médecin, le rendant spectateur.

Docteur M6 : « Il avait un comportement profondément désagréable, je le voyais en présence de sa femme et de ses enfants et il passait son temps à être grossier, à traiter sa femme de tous les noms devant tout le monde. »

Docteur M8 : « C'était un enfant de six ou sept ans, venu avec son père. Il n'écoutait pas du tout son père, il l'a même frappé en l'insultant, en disant « connard ». C'était difficile entre eux et moi à côté de tout ça qui ne savait pas trop quoi faire. »

D'autres peuvent tenir des propos déplacés ou méprisants et mettre mal à l'aise le professionnel.

Docteur M6 : « On a des patients en maison de retraite, qui sont parfois difficiles, violents avec des propos machistes, sexistes sur le personnel et souvent des gestes déplacés. » « Quand je passais la voir à domicile à la fin, elle me balançait la carte vitale en me disant « allez y docteur, payez-vous. » J'en ai eu marre d'entendre ça, d'être méprisé à ce point-là. »

➤ **Les patients en refus de soins**

Les patients qui refusent des traitements, des soins, ou des prises en charges globales sont difficiles pour le médecin.

Docteur M1 : « Les plus durs, c'est les patients vraiment opposants. »

Docteur M5 : « J'ai un patient qui a fait un infarctus et vient me voir en me disant « J'ai arrêté mon traitement depuis trois mois ». Il le dit en rigolant, il est très indiscipliné. C'est difficile de le faire adhérer à son traitement qui est quand même vital »

Le médecin peut être en difficulté quand un patient refuse d'aller voir un spécialiste ou un autre professionnel qu'il lui a conseillé. Il peut se sentir seul dans la prise en charge, contraint de gérer des situations qu'il ne maîtrise pas et d'assumer un rôle qui n'est pas le sien.

Docteur M5 : « Quand vraiment ce n'est pas de notre compétence et que les gens refusent d'aller voir les gens compétents là c'est difficile. Psychiatrie mais même dans d'autres spécialités. Cette dame qui refusait d'aller voir le psychiatre on ne se sent pas très à l'aise parce que gérer les anorexies mentales avec des IMC à 17 voire moins ce n'est pas évident quand même. »

3.3.2 Caractéristiques liées aux médecins

3.3.2.1 Contexte d'exercice du médecin

La pratique de la médecine générale a évolué et le contexte actuel a compliqué l'exercice pour les médecins sur plusieurs aspects.

➤ Décalage entre l'offre et la demande de soins

Le décalage entre l'offre de soin et la demande dans le contexte de manque de médecins sur le territoire en ambulatoire comme à l'hôpital complexifie l'exercice des généralistes. Ils ont plus de mal à couvrir la demande de soin des patients ;

Docteur M3 : « C'est la désertification médicale qui rend la pratique difficile. »

Docteur M4 : « Dans le contexte actuel, on sait que les gens ont du mal à trouver des médecins. »

Il est plus difficile pour les patients de changer de médecin.

Docteur M2 : « Quand j'ai commencé à exercer les patients changeaient de médecin comme de chemise mais aujourd'hui même s'ils ont envie de changer souvent ils ne peuvent pas. »

Les patients expriment leurs demandes différemment, notamment avec l'apparition d'internet.

Docteur M2 : « Aujourd'hui les gens sont dans l'immédiateté avec l'informatique, ils ont besoin d'une info, ils appuient sur un bouton et ont la réponse google. Conclusion, quand ils viennent chez le médecin ils veulent le même type de réponse, qu'on ne peut pas leur donner. »

➤ Difficulté d'accès aux rendez-vous

La difficulté d'accès aux soins et aux rendez-vous médicaux peut rendre les patients plus tendus, et plus agressifs envers les secrétaires notamment. Les médecins ont l'impression que le patient fait un effort avec eux car ils ont besoin d'avoir un médecin, mais cela n'en est pas moins difficile à gérer et à supporter.

Docteur M1 : « Ils ne peuvent pas faire n'importe quoi avec le médecin alors que l'infirmier ou la secrétaire c'est autre chose, même si ce n'est pas normal du tout. »

Docteur M5 : « Il y en a aussi qui sont désagréables avec les autres et pas avec nous, qui nous respectent plus, parce qu'ils ont besoin de nous aussi il faut le dire. »

Docteur M8 : « En médecine générale les patients ne sont pas forcément plus agressifs avec les médecins mais ils le sont souvent avec les secrétaires parce qu'ils n'arrivent pas à avoir de rendez-vous au téléphone, ni rapidement, parce que les délais sont longs. La position de médecin fait qu'ils sont peut-être moins familiers avec nous, qu'ils nous écoutent peut-être un peu plus. »

La difficulté d'accès aux spécialistes et à l'hôpital complique également les choses.

Docteur M2 : « Ce qui est difficile, et c'est vrai maintenant mais ça ne l'était pas il y a trois ans, d'adresser les gens. Avant il y avait plus de temps parce qu'il y avait plus de places à l'hôpital, le gouvernement avait fermé moins de lits. C'est le fonctionnement de la société actuelle qui rend notre exercice plus difficile. »

Docteur M4 : « On a du mal à avoir des spécialistes et il faut qu'émancer en permanence. »

Docteur M6 : « Les recours aux spécialistes sont de plus en plus longs quand c'est les patients qui doivent prendre leurs rendez-vous. »

➤ **Mode et lieu d'exercice**

Le mode d'exercice libéral peut s'avérer être difficile car les patients ne se comportent pas de la même façon avec le médecin.

Docteur M2 : « Ce n'est pas la même chose à l'hôpital et en ville, parce que quand tu es à l'hôpital le patient est dans une situation d'infériorité. »

Mais également à cause des contraintes qu'il engendre.

Docteur M3 : « Nous c'est compliqué, on est tellement dans un carcan, bloqué avec plein de trucs, ça marche bien en PMI car c'est un système salarial donc c'est plus simple de goupiller tout ça. »

Le manque de communication entre généralistes et spécialistes est un facteur de difficulté et peut générer un sentiment de solitude dans la prise en charge.

Docteur M1 : « Je voulais qu'elle voit un psychiatre qui lui a dit de revoir son médecin traitant, alors que j'avais essayé des traitements qui ne lui convenaient pas et que je ne savais plus quoi faire. Il me l'a renvoyée, il ne m'a pas donné de clef. J'ai ma limite aussi en tant que médecin généraliste, je peux l'accompagner, mais quand j'ai besoin d'un spécialiste je ne peux pas faire plus. En médecine générale on peut vite se sentir seuls, très seuls. »

Docteur M6 : « Elle est suivie par des spécialistes et on a du mal à savoir un peu ce qu'il se passe. Tu te sens un peu seul. Les psychiatres on n'en a pas, les psychologues sont blindés, moi je trouve que c'est difficile. »

Ce sentiment de solitude peut être accentué par le fait de ne pas pouvoir modifier sa pratique.

Docteur M3 : « J'ai eu un exercice isolé car c'était comme ça. On est trop en « face à face ». Moi je suis toute seule, je finirai comme ça. »

Le lieu d'exercice rural ou urbain comporte également des qualités et des défauts.

Docteur M4 : « Au début de ma carrière je remplaçais à la campagne donc les gens se laissent faire on va dire, ils sont moins directifs. »

Docteur M7 : « Tu as un patient qu'on pourrait dire difficile dans la ville, mais comme dans la ville il y a plus de nomadisme médical, que les gens changent de médecins plus régulièrement, ces gens-là ne posent pas beaucoup de problèmes sur le long terme parce qu'ils vont voir quelqu'un d'autre. Un jour ils ont un problème, ils vont chez SOS médecins, tu ne vas pas tant les voir que ça. »

La contrainte financière peut pousser les médecins à prendre en charge tous les patients qui se présentent, même ceux qui sont difficiles.

Docteur M5 : « Au début on est un peu obligé de prendre tout ce qui vient et on en a avec des sales caractères. J'ai des collègues qui ont des assistants donc il faut qu'ils augmentent leur patientèle car ils ont des subventions. Ils sont un peu obligés de prendre un peu tout le monde, donc ils vont forcément se coltiner des gens pas faciles. »

Le cadre de la consultation à domicile est également souligné comme facteur de difficulté.

Docteur M4 : « Je vais chez elle, c'est une fumeuse donc ça pue le tabac et je déteste le tabac, je ressors j'ai l'impression d'avoir fumé comme un pompier, ça aussi c'est compliqué à gérer, ça fait partie des trucs gênants. »

➤ Statut du médecin

Les médecins généralistes en libéral peuvent exercer de plusieurs manières, mais les statuts les plus communs sont « être médecin traitant » et « être médecin remplaçant ». En fonction de cela, le médecin a des obligations et contraintes différentes.

Parmi les praticiens interrogés, le fait d'être médecin traitant est plus difficile. Ils présentent cela en comparant avec les points positifs de la position de remplaçant.

Docteur M4 (Médecin installée) : « Il faut gérer tout tout tout, alors que quand on est remplaçant on fait des renouvellements quand le médecin n'est pas là, des urgences, mais je pense que le patient qui a des choses compliquées à dire ne les dira pas au remplaçant, il attendra que son médecin soit là, ça j'en suis persuadée. »

Cependant quelques complexités de l'exercice de remplaçant sont soulignées.

Docteur M3 (Médecin installée) : « J'ai dû m'adapter au rythme du médecin que je remplaçais à l'époque, c'était autre chose. »

Docteur M8 (Remplaçante) : « Difficile parce que je reprenais la suite du médecin que je remplaçais, qui n'était pas là pendant trois semaines, et du coup j'avais un peu de mal à gérer. »

Être interne ou remplaçant peut être difficile notamment dans le contact avec le patient.

Docteur M1 (Remplaçante) : « Des gens qui avaient pris rendez-vous sans se rendre compte que c'était avec moi et ils m'ont dit « ça ne m'arrange pas du tout que ça soit vous, je voulais absolument mon médecin traitant ». Ils sont, on ne va pas dire insultants mais en colère, et c'est toi qui prends alors que tu n'as rien demandé. »

Docteur M4 (Médecin installée) : « Ils se comportent différemment avec un remplaçant ou un interne. »

Docteur M8 (Remplaçante) : « Quand j'étais interne et que les patients pensaient voir leur médecin c'était toujours plus difficile de débiter la consultation. »

3.3.2.2 Conséquences pour le médecin

Le contact avec des patients difficiles génère divers sentiments chez le médecin qui ne sont pas faciles à vivre.

➤ Sentiment d'impuissance

Le médecin peut ressentir de l'impuissance quand il a l'impression de ne pas parvenir à soigner le patient comme il voudrait.

Docteur M1 : « Ça me mettait face à mon impuissance. Je ne savais pas quoi lui proposer de plus. »

Docteur M2 : « Le patient difficile c'est celui que tu n'arrives pas à soigner. »

Docteur M6 : « J'ai du mal à me dire que je peux les aider, ce qui est un peu couillon parce que la psychiatrie ce n'est pas que de la chimie quoi. »

Docteur M7 : « C'est un patient pour lequel on propose beaucoup de choses sans avoir finalement de réussite. »

Docteur M8 : « Il refusait parfois les soins parce qu'il était très mal, donc c'était difficile. On est un peu démunis dans ces cas-là. »

Le fait de ne pas parvenir à traiter le patient ni à obtenir de l'aide génère également de l'impuissance.

Docteur M1 : « J'ai ma limite aussi en tant que médecin généraliste, je peux l'accompagner, mais quand j'ai besoin d'un spécialiste je ne peux pas faire plus. »

➤ Sentiment de dévalorisation de la fonction de médecin

Le médecin se sent parfois remis en cause dans ses compétences, sa pratique et dévalorisé dans son statut.

Docteur M2 : « En libéral il y a trente ans, les patients venaient chercher un conseil chez le médecin et le médecin était quelqu'un de respectable, c'était plus un notable. Mais aujourd'hui c'est différent, pour les gens tu es un produit de consommation. »

Docteur M4 : « Il critiquait tout, le pharmacien, l'infirmière. Je me disais que derrière mon dos il devait aussi me critiquer. J'étais mal à l'aise à cause de ça, peut-être l'impression qu'il allait tiquer, qu'il me remettait en cause. »

Être remplaçant est également moins considéré par les patients pour certains médecins.

Docteur M8 : « Comme je suis remplaçante, je ne sais pas s'ils m'ont prise au sérieux. »

Certains patients, pour justifier leurs demandes abusives, comparent le médecin en face d'eux qui ne compte pas accéder à cette demande, avec un de ses confrères qui allait dans leur sens. Cela donne encore au médecin un sentiment de dévalorisation de sa compétence médicale.

Docteur M7 : « Docteur machin il fait ça. L'ordonnance il me la faisait. »

Docteur M8 : « Moi je me connais, le médecin me donne toujours des antibiotiques, pourquoi vous ne voulez pas ? »

➤ Sentiment de mauvaise prise en charge

Les médecins évoquent qu'il est plus dur de correctement soigner les patients qu'ils estiment comme difficiles et le regrettent. De là peut découler un sentiment de « mauvaise prise en charge ».

Docteur M1 : « Cette dame-là, je ne m'en sors pas, je ne sais pas quoi lui proposer, j'ai l'impression de faire ce qu'il faut mais ça n'avance pas plus que ça. »

Docteur M5 : « Quand ils sont difficiles c'est plus difficile de les soigner, je pense qu'on les soigne différemment. Pas volontairement bien sûr. Quelqu'un qui est en souffrance, ça va être plus difficile s'il est désagréable que quelqu'un qui est plus ouvert. Dans ce sens-là je pense qu'on leur apporte moins. »

Docteur M7 : « J'ai l'impression qu'on ne peut pas correctement soigner des patients qu'on estime comme étant difficiles. Tout ce qu'on a l'habitude de faire correctement on le fait moins correctement dans ces cas-là. Un patient difficile c'est forcément une mauvaise prise en charge, sauf s'il y a un surinvestissement de notre part. »

Malgré ce sentiment ils reconnaissent qu'il est important que chaque patient, même difficile, reçoive des soins de qualité.

Docteur M5 : « Même les gens désagréables il faut s'occuper d'eux quand même. On ne peut pas non plus les laisser complètement tomber à mon avis. Quelqu'un qui est désagréable avec nous, il faut quand même s'efforcer de faire tout ce qu'on peut pour faire bien, c'est notre rôle. Ce n'est pas facile mais il faut le faire. »

➤ **Anxiété sur plusieurs temps**

Le médecin peut ressentir des émotions désagréables sur plusieurs temps dans la prise en soin du patient difficile.

Cela commence au contact du patient durant la consultation.

Docteur M1 : « Un sentiment de mal-être quand on est avec le patient. »

Docteur M8 : « J'étais un peu mal à l'aise. »

Par la suite, il peut avoir des ruminations sur ce qu'il s'est passé, conserver l'émotion désagréable et se focaliser uniquement sur le patient difficile qu'il a vu, mettant comme un brouillard global sur son esprit.

Docteur M1 : « Ce n'est pas la majorité mais c'est toujours ceux dont on se rappelle le plus. On a tendance à se focaliser sur ce qui s'est mal passé. Même si c'est une consultation sur vingt-deux, tu as quand même l'impression d'avoir passé une mauvaise journée. »

Docteur M7 : « Je pense que par définition un patient difficile c'est un patient qui est assez rare, mais qui te bouffe énormément. Si on met trop d'énergie sur le patient difficile on peut être complètement perturbé toute la journée et être très inefficace avec tous les autres après. Il suffit que tu voies un patient difficile dans ta journée, et tu ne te rappelles que de ça à la fin de ta journée. »

Enfin, après avoir été confronté à toute cette charge émotionnelle, le médecin peut ressentir une anticipation anxieuse du prochain rendez-vous avec le patient.

Docteur M1 : « Quand on a la boule au ventre dès qu'on voit son nom sur le planning. »

Docteur M6 : « J'appréhende déjà la consultation de demain. » « Quand je vois leur nom sur le planning, que ce soit la veille ou huit jours avant je me dis « ah merde ». »

Docteur M7 : « Tu ne sais pas comment va se passer la consultation ou alors tu sais que ça va être désagréable, t'as pas envie. »

➤ **Sentiment de décalage entre la formation du praticien et sa pratique de tous les jours**

Il n'est pas simple d'identifier où s'arrête le rôle du médecin. Certains se considèrent avant tout comme médecins de « l'organicité » et se retrouvent en difficulté quand le motif du patient diffère de cela. Trop cloisonner son rôle peut être source de difficulté.

Docteur M2 : « Nous sommes quand même des médecins de l'organicité. Ce n'est pas de mon registre, ce n'est pas une hypertension, une lombalgie aiguë. Les gens expriment par leur corps des maladies qu'on n'a pas appris. Dans un cabinet de médecine générale tu passes ton temps à gérer l'improbable. Il faut jouer avec le psychisme de la personne pour arriver à trouver une solution dans un temps de vingt minutes et c'est ça qui est difficile. »

Docteur M6 : « Je suis médecin, je sais traiter le médical, mais tout ce qui est en dehors de ça mais qui impacte sa vie sur un plan psychologique, sentimental, émotionnel je n'ai pas de compétence particulière pour ça. »

➤ **Epuisement professionnel et découragement**

Il peut exister un décalage entre l'investissement dont fait preuve le médecin et la reconnaissance du patient et de sa famille qui peut être mal vécue par le praticien.

Docteur M2 : « Une histoire de famille avec une personne âgée avec des troubles cognitifs, la fille qui n'en peut plus, et la petite fille médecin qui a organisé une hospitalisation sans me prévenir alors que j'avais passé le week-end à leur répondre au téléphone gratuitement. Ça m'a vachement touché. »

Docteur M3 : « Elle a commencé à râler en disant « oui avec vous il n'y a jamais le temps ». Alors que je suis désolée, j'écoute beaucoup mes patients, je les garde en moyenne vingt minutes, je fais du multi motif, je leur dis « on fait ça aujourd'hui et puis vous revenez ». »

Le fait d'être fatigué, contrarié et de manquer d'énergie peut diminuer la patience du praticien qui aura alors plus de mal à avoir un discours serein, recevoir et traiter la souffrance du patient.

Docteur M2 : « Je pense que les gens profitent trop du système, alors c'est peut-être parce que nous en tant que médecin on ne peut pas s'arrêter. Je ne supporte pas de les arrêter, ça m'agace, ça parle de ma difficulté à m'arrêter moi. »

Docteur M3 : « Des fois emportez le boulot, la fatigue, je pense que je peux avoir un ton qui peut être très cassant et blessant. »

Docteur M4 : « J'aimerais bien lui dire à ce monsieur « qu'il y a pire », il y a des gens qui ont des cancers et qui souffrent le martyr mais voilà c'est plus le côté communicationnel qui est difficile. »

Au travers des discours des praticiens interrogés, la difficulté peut venir de caractéristiques médicales, sociales ou du profil du patient mais également du contexte d'exercice ainsi que des ressentis des médecins. Entre le patient et le médecin se situe la relation soignante qui est régie par chacune des parties qui la composent et est donc interpersonnelle. Cela est identifié comme un facteur de difficulté.

3.3.3 La relation interpersonnelle entre le médecin et le patient

Les médecins pensent que c'est avant tout la relation qui est difficile.

Docteur M3 : « Un patient difficile c'est le relationnel, ce n'est pas un patient compliqué à gérer médicalement. »

Docteur M8 : « Il y a plusieurs domaines de difficultés, mais le plus compliqué je pense que c'est le relationnel, plutôt que le médical. »

Un patient peut être caractérisé de difficile par un médecin, et ne pas l'être pour un autre. Cela met en avant que la relation est singulière, et que la difficulté dépend des deux parties.

Docteur M1 : « Certains médecins trouveront que le patient n'est pas forcément difficile et pour d'autres ça ne se passera pas bien, donc c'est la relation quoi. Je pense qu'il y a des patients difficiles avec certains médecins qui le sont moins avec d'autres. »

Docteur M7 : « J'ai en tête une patiente qui a fait tous les médecins du cabinet. Ça ne s'est bien passé avec aucun et avec moi je ne sais pas pourquoi ça se passe bien. C'est une question de contact aussi. »

Docteur M8 : « En termes de personnalité des fois ça colle, des fois ça ne colle pas. »

Le médecin et le patient doivent s'adapter au fonctionnement de l'autre.

Docteur M3 : « Il faut que les gens s'habituent à notre personnalité et nous on s'habitue à leur personnalité ça va dans les deux sens. »

Le comportement du médecin n'est pas le même avec tous les patients et cela peut avoir un effet sur la relation soignante.

Docteur M1 : « On ne prend pas en charge tous les patients pareils, il y en a avec lesquels tu fais au ressenti, il y a le moment de la journée aussi où les mêmes motifs tu ne les verras pas du tout de la même façon. »

Docteur M5 : « On n'est pas tout à fait pareil avec les gens, on ne va pas se comporter pareil avec quelqu'un d'âge, de jeune, quelqu'un qu'on connaît depuis dix ans ou qu'on voit pour la première fois. On n'a pas les mêmes relations. »

L'identification des difficultés dans la prise en soin des patients difficiles par les médecins leur a permis de développer des ressources pour y faire face et mieux vivre la relation soignante.

3.4 Ressources internes des médecins

Les ressources des médecins dans la prise en soin des patients « difficiles » sont avant tout internes, car caractéristiques d'eux même.

3.4.1 Avoir un socle de connaissances solide et accepter de ne pas tout savoir

➤ Savoir mener un entretien

Pour que le médecin puisse faire correctement son travail il a besoin d'obtenir certaines informations et réponses à ses questions. Parfois le patient répond à côté ou change de sujet. Savoir réorienter l'anamnèse est alors nécessaire.

Docteur M1 : « Tu ne t'en sors pas, donc tu es obligé d'arrêter la relation parce que sinon tu passes trois heures avec eux et ils trouveront toujours quelque-chose en plus. »

Docteur M6 : « Il faut savoir parfois couper la parole à ses patients pour essayer de se recentrer, de revenir sur le médical et que le médical. J'arrive avec le temps à orienter l'interrogatoire. »

Docteur M7 : « Si lui te parle d'un truc spontanément que tu voulais gérer avec lui tu t'engouffres dans la brèche à ce moment-là. »

Demander au patient d'explicitier toutes ses demandes permet de pouvoir les trier et prioriser.

Docteur M8 : « On leur demande quand même « vous venez pour ça ? est ce qu'il y a autre chose ? Des fois ça ouvre sur beaucoup d'autres motifs et des fois ça permet quand même de voir s'il y a des choses plus urgentes à gérer. C'est un peu à double tranchant mais ça me permet de hiérarchiser pour éviter le truc de la porte où à la fin de la consultation ils te disent « ah bah au fait j'ai ça ! »

➤ **Avoir un savoir médical solide**

Quand le médecin parvient à avoir confiance en ses compétences médicales, cela est une force.

Docteur M6 : « Je ne me sens pas en difficulté sur un plan médical. »

Chaque médecin a ses sujets de prédilection, des facilités sur certaines prises en charges et au contraire des difficultés à propos d'autres spécialités. Pouvoir identifier cela est une ressource.

Docteur M1 : « C'était impressionnant, je n'avais jamais eu de patiente hypochondriaque comme ça, ça dépassait mes compétences de médecin généraliste, et d'ailleurs la psychiatre aussi à la clinique. »

Docteur M2 : « L'orthopédie ce n'est pas trop mon truc, là où j'irai plus loin en gynéco, en médecine interne ou en diabète. »

Docteur M8 : « Il y a aussi les patients dont la prise en charge est difficile, surtout quand ça sort un peu de mon domaine de compétence, ça devient difficile pour moi. »

➤ **Accepter de ne pas tout savoir**

Accepter de ne pas pouvoir tout savoir permet au médecin de diminuer la pression ressentie sur son exercice. Pouvoir le verbaliser au patient permet de maintenir une relation de confiance.

Docteur M1 : « Il y a des cas où on n'a pas toutes les réponses. »

Docteur M2 : « Pour les gens tu es le docteur et tu es censé savoir. C'est botter en touche d'appeler un confrère dans ce cas-là, mais on ne peut pas tout résoudre. »

Docteur M6 : « Je n'ai aucun problème à leur dire « Je ne suis pas assez calé sur le sujet. ». Soit c'est pour voir un spécialiste, soit c'est pour creuser de mon côté. Je leur dis qu'on voit ça la prochaine fois. Je ne suis pas là pour raconter des conneries. Pour eux c'est aussi bon de voir qu'on n'est pas des dieux, qu'on n'est pas tout puissant. »

3.4.2 Connaître ses propres repères de soins

3.4.2.1 Identifier ses émotions

Pouvoir identifier ses émotions est un moyen pour le praticien de comprendre qu'il est en difficulté et de pouvoir ensuite les gérer.

Docteur M1 : « Cela dépend dans quel état d'esprit tu es à ce moment-là. Il y a des moments où tu vas être plus compréhensif et des moments où tu vas être plus fatigué, où t'as eu une journée

difficile et tu n'as pas envie de faire l'effort. T'es humain et tu as aussi tes propres émotions qui rentrent en jeu. » « Je ne vais pas dire que ça me générerait des angoisses mais de l'anxiété. »

Docteur M4 : « Quand t'es angoissée, t'es pas forcément très bien. » « Je me sentais un peu agressée en fait. » « J'ai peur de blesser les gens donc j'absorbe ce qu'on me dit. »

Ecouter son intuition, est une manière d'être à l'écoute de ses ressentis.

Docteur M5 : « Avec l'expérience on sent quand quelqu'un rentre la manière dont il parle, on peut se tromper bien sûr, mais bon en général je ne me trompe pas, enfin je ne me trompe plus. Les désagréables on les flaire. »

3.4.2.2 S'autoriser à poser un cadre

La connaissance de soi et de ses propres mécanismes est un atout, cependant, pouvoir s'affirmer auprès du patient, savoir poser le cadre de la consultation, ses propres limites et être capable de dire non quand cela est nécessaire est important pour les médecins.

Docteur M1 : « Il faut savoir poser ses limites. J'arrive quand même à poser mes limites avec certains patients qui sont dans la demande permanente. »

Docteur M3 : « Pour le coup de l'IRM ou des trois motifs, à un moment il faut dire stop. »

Docteur M4 : « Je pense qu'il faut se protéger, et savoir dire non dans le contexte actuel c'est aussi important »

Docteur M5 : « Quand elle avait des demandes extravagantes, sur des antalgiques, des doses je disais « non vous ne dépassez pas ça, on ne peut pas. » »

Pour certains médecins, poser un cadre est fondamental.

Docteur M1 : « Il faut savoir poser ses limites parce que ces patients peuvent devenir difficiles et ça ce n'est pas possible. »

Limiter le nombre de motifs par consultation fait partie du cadre.

Docteur M1 : « Je leur dis : « Le problème c'est que si on essaye de tout gérer on va tout gérer à moitié. Ce n'est pas comme ça que je travaille car ce n'est pas un travail de qualité. Même pour vous ce n'est pas une bonne médecine. Ça serait plus juste, plus loyal de vous dire de revenir pour qu'on voit ça ensemble. » Si tu leur présente comme ça souvent ça passe. »

Le cadre peut être posé dès le début de la relation par le médecin.

Docteur M7 : « Quand je rencontre quelqu'un pour la première fois je prends une consultation de trente minutes et à la fin je leur dis « est ce que vous voulez que je vous déclare en médecin traitant ? ». Les gens sont un peu étonnés « c'est bizarre, oui vous faites mon dossier médical depuis une demi-heure donc oui évidemment ». Je leur dis « Vous avez le droit, ça peut ne pas coller avec moi, et moi ça peut ne pas coller avec vous aussi, c'est vraiment une rencontre entre deux personnes, si ça ne colle pas la prise en charge ne va pas être bonne. »

Savoir reposer le cadre quand le patient s'écarte de celui-ci est également une ressource.

Docteur M5 : « Être plus incisif plus tôt, reposer le cadre, ne pas attendre trop de temps. »

Docteur M7 : « Je vais essayer de cadrer les choses avec lui de temps en temps en lui disant que j'ai passé beaucoup de temps avec lui et qu'autant de temps ce n'est pas possible. »

Docteur M8 : « Ils m'ont posé plusieurs lapins, ils venaient soit en retard, soit à plusieurs, avec toujours de multiples demandes. Je leur ai dit « ce n'est plus possible. Vous prenez un rendez-vous pour une seule personne, venez à l'heure et si vous ne pouvez pas, prévenez. »

Cet exercice peut s'avérer difficile pour les médecins car il n'est pas simple de savoir où placer le curseur pour répondre aux besoins du patient sans outrepasser son propre espace de praticien.

Docteur M1 : « Ce n'est pas simple de dire « on va s'arrêter là ». Il y a une sorte de culpabilité car lui est dans la demande d'un soin. C'est plus dur pour moi de mettre un STOP si c'est moi qui ai un problème dans la relation. »

« Il m'a dit « le plus simple ça serait que vous me donniez votre numéro de portable. » J'ai dit « alors là c'est un grand non, vous passerez par la plateforme » « Oui mais quand même ça serait beaucoup plus simple. » « Plus simple pour vous, pas pour moi. » »

S'appuyer sur le « non » d'un confrère pour pouvoir le dire à son tour est une ressource.

Docteur M2 : « C'était plus facile pour toi de dire non et vu que tu as dit non ça m'a permis d'enchaîner. »

Docteur M6 : « Pour qu'eux l'aient entendu de la part du spécialiste pour que ça te donne plus de poids après. »

3.4.2.3 Capacité de remise en question

Savoir se remettre en question permet aux médecins de pouvoir s'ajuster au fur et à mesure.

Docteur M1 : « Ça m'a fait me remettre en question sur comment je faisais. Je me demande si j'aurai pu mieux faire ou si j'aurai pu faire différemment pour qu'on soit tous les deux satisfaits de la consultation. » « S'ils me remettent en question je ne le vis pas spécialement mal. » « Quand on commence on a toujours plein de certitudes, on voit les choses d'une certaine manière et on a du mal à mettre un peu de nuances, alors que quand tu regardes le panel de patient que tu as, c'est là que tu dois mettre de la nuance dans ta pratique. »

Docteur M3 : « J'ai eu une patiente que je mettais sous morphine, qui tolérait très mal et elle s'est soulagée en supprimant le gluten et le lactose, alors que moi à part la shooter avec ma morphine c'est tout ce que j'avais fait. Il faut rester très humble dans ce métier. »

3.4.2.4 S'appuyer sur son expérience

Avoir vécu une situation permet par la suite de pouvoir y réfléchir et analyser ce qui a fonctionné et ce qui mérite d'être amélioré. Avoir de l'expérience est une ressource dans la prise en soin des patients difficiles.

Docteur M1 : « Je le vis mieux. Tu m'aurais posé la question il y a deux ou trois mois ça aurait peut-être été différent. » « Je n'ai pas la même pratique que quand je suis sortie de l'internat il y a deux ans. Je n'ai pas les mêmes connaissances ni la même confiance, heureusement. Ta pratique se modifie tout au long de ta carrière et de tes expériences aussi. »

Docteur M2 : « Maintenant je suis vieille, je dis les choses. » « Quand j'étais jeune médecin ça m'arrivait d'avoir du mal à dormir parce que j'avais une peur sur un truc que j'avais fait. Ça, ça fait longtemps que ça ne m'arrive plus, j'arrive à mettre de la distance. »

Docteur M3 : « La prochaine fois l'expérience fera que je gèrerai différemment. »

Docteur M4 : « Avec l'expérience, on sait ce qu'il faut faire. »

Docteur M5 : « Après des dizaines d'années à fréquenter des gens, on finit même inconsciemment par avoir des connaissances. » « L'expérience te permet de les repérer pour éviter d'en avoir d'autres. On se fait moins avoir avant de prendre un patient. Ça, ça a modifié ma pratique. »

Docteur M6 : « Que je trouve moins difficile maintenant car avec l'expérience je les appréhende différemment, j'ai appris à gérer ce type de consultation. Il y a des choses pour lesquelles je me fais moins de souci. »

3.4.3 Comprendre les repères du patient pour... :

3.4.3.1 ... Comprendre ses réactions

S'intéresser au vécu du patient permet au médecin de mieux comprendre ses repères, le contexte dans lequel il évolue et ainsi de mieux comprendre ses réactions.

Docteur M1 : « Les patients psychiatriques ont un rapport au corps bien particulier. Il faut savoir aussi un peu leur expliquer ce qu'ils ressentent dans leur corps. Ce n'est pas toujours simple mais ce ne sont pas les plus difficiles. »

Docteur M6 : « Ces patients logorrhéiques, qui te prennent du temps, tu te dis que finalement c'est des patients qui souffrent et que leur souffrance est certainement légitime. Quand tu rentres dans leur intimité, leur quotidien, tu comprends pourquoi il y a une telle souffrance, c'est souvent des gens qui portent des casseroles depuis X années, qui ont une sacrée vie. »

3.4.3.2 ...Comprendre ses besoins

Chercher quel est le besoin, la fausse croyance, la peur du patient derrière ce qu'il dit est une ressource pour mieux pouvoir l'aider.

Docteur M2 : « Tu as dit en consultation « de toute façon ça ne va rien changer » et bien sûr tu avais complètement raison. Sauf que pour cette femme qui était allongée et qui attendait ce bébé ça changeait tout. »

Docteur M3 : « J'ai vu un jeune homme pour une parotidite. J'aime bien leur dire « qu'est-ce que vous avez vu sur internet ? », il me dit « tumeur » alors je dis « non vous avez quinze ans vous avez une parotidite aiguë, c'est viral ou bactérien mais ce n'est pas une tumeur. »

3.4.3.3 ...Prendre du recul face à une situation

Identifier les modes de pensée et repères du patient permet au médecin de pouvoir mettre la situation en perspective, de prendre du recul. A travers cela certains médecins comprennent que le mal être du patient peut modifier son comportement.

Docteur M1 : « Elle a une pathologie complexe, psychosociale alors ce n'est pas simple mais la patiente en elle-même n'est pas insultante ni oppressante et en tout cas ce n'est pas volontaire, c'est son mal être qui s'exprime comme ça. Je ne lui en veux pas du tout, je comprends. »

Docteur M6 : « Pendant des années ça a bien matché et après la maladie aidant elle est devenue un peu différente. Je pense qu'il y avait une vraie souffrance physique et morale qui faisait qu'elle était dans cet état-là. »

3.4.4 Outils de communication

Docteur M8 : « La communication est une part importante entre le médecin et le patient. »

3.4.4.1 Faire attention au langage non verbal

Prêter attention à son langage non verbal c'est-à-dire à sa posture, ses gestes, son regard, sa communication paraverbale (onomatopées, rire, toux) permet d'assurer une cohérence entre le message délivré par le médecin et le message perçu par le patient.

Docteur M5 : « J'ai une dame qui est plutôt triste, qui a des problèmes dans sa vie, que je vois. Elle a vu un de nos internes, et à un moment il lui a dit un truc en rigolant, pas méchant, mais elle a pensé qu'il se foutait d'elle. Il y a des gens avec qui ça ne va peut-être pas passer la plaisanterie où il faut être plus sérieux, on s'adapte. »

3.4.4.2 Adapter son langage verbal au patient

Avoir un discours explicite et clair permet d'avoir moins de doute sur l'interprétation possible.

Docteur M6 : « Ces patients là je fais attention à ce que je dis, je pèse mes mots. »

Docteur M8 : « Je fais peut-être plus attention à mes mots quand je suis avec lui. J'explique encore un peu plus ce que je fais. Je fais en sorte qu'il ait bien compris ce que j'ai dit pour pas qu'il n'y ait de quiproquo. »

Les médecins s'adaptent aux spécificités de chaque patient dans leur langage.

Docteur M8 : « Je m'adapte aussi quand les gens sont handicapés ou ont un déficit intellectuel, qui sont étrangers aussi et qui ne parlent pas français. Je vais parler vraiment très simplement pour faire en sorte que les gens comprennent. Ce n'est pas toujours évident. »

Savoir adapter son ton c'est-à-dire la forme de sa communication est une ressource pour maintenir une relation soignante de qualité et ne pas augmenter la difficulté dans l'échange avec le patient.

Docteur M2 : « Je pense que dans les situations difficiles ce qu'on doit travailler le plus c'est le langage et le ton. L'importance d'apprendre à placer sa voix. »

Docteur M6 : « Je suis prudent sur ma façon de m'exprimer car je n'ai pas envie de déclencher une réaction forte de leur part. »

Pour certains praticiens, adapter son discours est une ressource de protection juridique.

Docteur M8 : « Je pense que je m'adapte au niveau du langage pour ne pas me prendre une plainte ou des remarques particulières. »

3.4.4.3 Ecoute active

Avec le temps et les multiples consultations aussi en fonction de comment se sent le professionnel, sa qualité d'écoute peut diminuer.

Docteur M6 : « C'est peut-être un écueil, je pense que ces patients qui ont besoin de parler, finalement on finit par ne plus les écouter, par perdre l'attention. En quelques minutes d'écoute on est moins attentifs. »

Ecouter un patient qui ne se sent plus entendu est positif pour lui et peut faire la différence.

Docteur M1 : « Comme ils sont difficiles, je pense que la qualité d'écoute du médecin s'est un peu détériorée à force parce que cela faisait quinze fois qu'ils venaient pour le même truc. Moi je reprends, j'essaie de leur poser des questions, et après ils reviennent me voir en me disant « Vous m'avez écouté la dernière fois alors que mon médecin ne m'écoute plus trop ». »

Pour les médecins il est important de prendre le temps d'écouter les patients, même si la consultation dure plus longtemps.

Docteur M3 : « J'écoute beaucoup mes patients, je les garde en moyenne vingt minutes. Il faut vraiment être à l'écoute des ressentis des patients. »

Docteur M6 : « Le fait que tu aies pris un peu plus de temps, que tu aies été plus attentionné à ce qu'ils avaient à dire car ils ont besoin de livrer leurs fardeaux, et même si toi ça te plombe au niveau du temps ça leur a fait du bien. »

Considérer l'écoute comme un soin est important pour le médecin car même s'il n'est pas parvenu à mener la consultation comme il l'aurait souhaité, il a apporté un soin à part entière.

Docteur M6 : « Ils viennent chez le médecin pas seulement pour un problème technique, aussi parce qu'ils ont besoin de parler, de nous livrer leur quotidien et leurs difficultés. L'écoute est hyper importante pour ces patients-là. Tu as fait la moitié ou trois quarts du boulot si tu les as écoutés. »

Pouvoir écouter activement est une ressource dans la mesure où un patient qui se sent écouté pourra se sentir mieux accompagné et montrer une meilleure adhésion aux soins.

Docteur M6 : « Tu n'as pas écouté en regardant ton écran, tu as vraiment pris le temps en te mettant vraiment à leur disponibilité. »

Docteur M8 : « Quand ils nous sentent à l'écoute ils sont plus enclins à suivre nos conseils. »

3.4.4.4 Reformuler ce qu'on perçoit des émotions du patient et de ses attentes

Pour être sûr de bien comprendre ce que veut dire le patient et ses besoins, reformuler au patient ce que l'on perçoit est une ressource.

Docteur M8 : « Répéter ce qu'ils nous disent ou reformuler, des fois ça aide à bien comprendre ce qu'ils veulent nous dire. J'ai déjà eu des quiproquos au début de ma carrière, c'est pour ça que j'essaye de reformuler les propos pour être sûre d'avoir bien compris leurs demandes, et de ne pas passer à côté. »

3.4.4.5 Adopter une posture basse face à quelqu'un d'agressif

Les médecins identifient que s'énervier face à un patient en colère ne fait que rompre le dialogue.

Docteur M2 : « Un jour t'es fatigué, tu vas dire un truc, tu montes le ton et derrière ça clash sévère et c'est pour moi difficile parce que je n'aime pas le conflit. »

Docteur M4 : « J'ai essayé de discuter, mais en même temps il m'agressait tellement que je m'énervais, c'était compliqué. »

Ainsi, face à un patient en colère ou agressif, adopter une posture basse permet de poursuivre l'échange.

Docteur M5 : « Quelques fois quand on est trop affable, je veux dire aimable, ils sont encore plus désagréables. Il y a des gens désagréables, si tu es un peu agréable avec eux, tout en restant dans la limite, ils vont un petit peu s'apaiser et ça va être mieux. Et puis d'autres, je pense à cette dame qui était très dominatrice, si tu es un peu aimable avec eux ils vont prendre ça comme un signe de faiblesse et au contraire ça va encore les remonter. » « Il faut quand même désamorcer un peu. »

Cela passe par le fait de laisser à chacun son temps de parole.

Docteur M5 : « La clef c'est qu'il faut être ferme mais pas agressif, je pense que c'est important, même si la personne est agressive. Il faut les laisser parler d'abord et les gens vraiment difficiles je leur dit « écoutez je vous ai laissé parler maintenant c'est mon tour de vous dire ». Parce que si tu leur coupe la parole ça envenime les choses. Il faut d'abord qu'ils s'expriment comme ça on arrive à s'expliquer, parce que si on les coupe ça monte et après c'est carrément le conflit. »

Cela passe également par l'adaptation du ton du praticien

Docteur M5 : « Je lui répondais sur un ton monocorde mais ferme, que c'était comme-ci, comme ça. L'entretien était un peu tendu mais après ça allait. » « Pour les gens vindicatifs on peut faire la technique du disque rayé, répéter, répéter. Et quand les gens posent toujours la même question on répète tout le temps la même chose et ça finit par se tasser. C'est une technique. »

3.4.4.6 Proposer sans imposer

Proposer sans imposer permet de rendre sa part de responsabilité au patient et d'enlever la pression que pouvait avoir le médecin sur ce qu'il ne pouvait déjà pas contrôler (comme le libre arbitre du patient).

Docteur M3 : « J'ai toujours pris en charge le patient en le mettant acteur de sa santé » vous en êtes où avec tout, avec le tabac ? ». Et j'ai décliné ça pour tout, avec l'alimentation, l'activité physique, intervention brève. Ça rend la pratique plus facile. Nous ça nous enlève une charge « Il ne m'écoute pas mais c'est sa santé après tout. » »

3.4.4.7 Maintenir le dialogue

Même quand l'échange avec un patient est difficile, tenter de maintenir un dialogue reste important pour conserver le lien avec le patient.

Docteur M3 : « Soit ça passe, soit ça ne passe pas. Mais on essaye d'avoir un échange. »

Docteur M8 : « En bonne intelligence on peut quand même discuter et faire en sorte que ça se passe bien. »

Le médecin et le patient peuvent ne pas avoir les mêmes avis ni les mêmes besoins, le professionnel peut alors « entrer en négociation » pour essayer de rejoindre le patient au mieux et de faire des compromis.

Docteur M5 : « Des choses sur lesquelles on pouvait négocier c'est vrai, mais il y avait des demandes qui n'étaient pas possibles tout simplement. »

Docteur M8 : « Je pense que c'est une histoire de communication et négociation par moment. J'essaye d'aiguiller un petit peu les choses pour faire en sorte de faire un petit peu ce que moi je veux mais en même temps ce qu'ils veulent aussi. » « C'est probablement soit de l'arthrose soit une tendinite et qu'il n'y a pas forcément nécessité de faire un examen plus poussé. Parfois il y a de la négociation dans ces cas-là. »

Les techniques et qualités de communication du praticien sont une ressource importante pour la prise en soin du patient et d'autant plus quand il est difficile. En parallèle, les praticiens ont développé des adaptations de leur exercice face aux patients difficiles.

3.4.5 Stratégies adaptatives

Chaque patient est différent, et le médecin doit de manière générale s'adapter à chacun. Quand il s'agit de patients difficiles ils s'adaptent encore plus.

Docteur M7 : « Même si en tant que médecins on n'est pas tous pareils, à la fin si on veut que ça marche avec ces patients-là on est obligés de s'adapter ce n'est pas possible autrement. Parce que sinon si on réagissait tous de la même façon finalement ça ne se passerai pas bien. »

3.4.5.1 Retenir le positif

Les praticiens expriment que des choses positives peuvent être apprises au contact du patient difficile et pouvoir se concentrer dessus est une ressource car cela aide à ne pas se sentir découragé et garder du sens dans sa pratique professionnelle.

Docteur M1 : « Des patients difficiles on en aura toujours, autant tirer le positif de ce qu'ils peuvent t'apporter même si ce n'est pas toujours facile. Ça m'a permis de m'affirmer un peu plus, de savoir que je peux poser des limites donc oui dans ce sens ça a modifié ma pratique. »

Docteur M4 : « Tous les jours on apprend auprès des patients et on se dit, la prochaine fois je ferai autrement. Ça peut faire avancer de toute façon, je suis persuadée »

Docteur M5 : « La pratique de la relation m'a permis de mieux connaître les patients et de mieux comprendre comment fonctionnent les gens. »

Docteur M6 : « Ça m'a rendu patient avec ces gens-là parce que tu les comprends un peu mieux. »

Docteur M7 : « Ça a eu un côté bénéfique, ça m'a appris à lâcher prise. J'ai appris que tu ne peux pas faire tout très bien et qu'avec certains patients difficiles, tu faisais au mieux, et que ce n'était pas très grave. »

Quand le professionnel parvient à créer une relation de confiance avec le patient, celui-ci devient moins difficile.

Docteur M7 : « Cette dame là ça a été difficile parce qu'il a fallu la remettre dans la boucle, lui redonner confiance en un spécialiste, lui faire accepter certains soins, qui peuvent être lourds. Ça m'a pris du temps et de l'investissement mais finalement on y est arrivé et elle n'a pas été tant un frein parce qu'avec moi ça s'est bien passé. Finalement elle est en rémission totale parce qu'elle m'a fait confiance pour qu'on puisse retourner dans les soins. C'est plutôt une réussite. »

3.4.5.2 Utiliser la temporalité

➤ Choisir le report quand ce n'est pas urgent

Quand tous les motifs ne peuvent pas être gérés en une seule consultation, choisir de reporter, de reproposez un rendez-vous au patient est une ressource. Savoir prioriser est alors important pour pouvoir éliminer l'urgence et reporter certains sujets.

Docteur M1 : « L'idée c'est que là on ne va pas pouvoir le gérer aujourd'hui mais en ouvrant la porte en disant qu'on peut remettre un rendez-vous dans quinze jours pour le revoir. Pour pas qu'ils aient l'impression qu'on veut juste leur dire non et qu'on ne veut pas les revoir. »

Docteur M8 : « Des fois je leur dis « il y a un premier problème, un deuxième et un troisième, ça on verra la prochaine fois, on a le temps de gérer que ça. Des fois il faut donner aussi du temps au temps, c'est ce qu'on leur explique. »

Parfois, avec le temps, certains problèmes se règlent d'eux-mêmes.

Docteur M1 : « J'arrive pas mal à lui dire quand elle a plein de motif, « Ça ce n'est pas très grave on reverra une autre fois. » et puis finalement on n'en reparle pas, le motif est passé de lui-même. »

➤ Adapter son emploi du temps

Programmer les rendez-vous des patients difficiles à un moment propice de la journée permet au médecin de mieux vivre la situation.

Docteur M1 : « A la fin de la journée c'est un peu dur. Plus facile à neuf heures qu'à dix-neuf heures. C'est moi qui fixais mes rendez-vous avec elle, je la mettais dans un moment où ça m'arrangeait, par exemple en fin de matinée où j'étais plus en forme, plus disponible et disposée à prendre le temps et je savais qu'après je n'avais personne donc je stressais moins sur le retard potentiel. »

Docteur M6 : Je pense qu'en se calant un rendez-vous soit avant une pause soit en fin de programme, fin de matinée ou fin de journée ça me permettrait d'être plus détendu. »

Prévoir une consultation plus longue est une astuce.

Docteur M1 : « C'est vrai que j'ai eu pas mal de patients, pas forcément difficiles mais des syndromes dépressifs ou des burn-out, ça te prend quand même un temps, je bloque trente minutes car systématiquement c'est plus long. »

Docteur M6 : « Il faudrait qu'on arrive à fixer des créneaux horaires plus importants pour ce type de patient. »

Ne pas enchaîner plusieurs rendez-vous de suite avec des patients difficiles est une autre ressource.

Docteur M1 : « Les patients difficiles j'essaie de les recalculer moi-même et je regarde un petit peu si j'en ai d'autre dans la journée. Si j'en ai déjà deux ou trois je vais essayer de la décaler d'une journée, pour être disponible car quand tu en vois trop de suite pour des syndromes dépressifs ce n'est pas simple. Parfois tu es content de voir un enfant pour un suivi habituel. Là on parle de syndrome dépressif mais en fait les patients difficiles ça marche aussi. Alternier avec des patients gentils mignons avec qui tu as bien discuté ça passe mieux. »

Se laisser guider par le rythme du patient.

Docteur M7 : « Comment je gère ? à son rythme et non au mien, parce que j'ai l'habitude que les patients s'habituent à mon rythme et je suis plutôt le moteur de la consultation. Lui, je fais en fonction de comment il arrive. »

3.4.5.3 L'humour

Si le patient refuse les propositions du praticien ou ne les applique pas correctement malgré les explications, le médecin peut l'accompagner dans ses choix même s'il n'est pas d'accord avec. Certains médecins choisissent d'utiliser l'humour dans ce cas-là.

Docteur M5 : « C'est un cas un peu difficile, c'est difficile de le faire adhérer à son traitement qui quand même est vital. Alors je lui ai dit « vous êtes comme les moines du mont Athos, ils ne voient pas de médecins, ils ne prennent pas de médicaments. Quand ils sont malades, ils sont malades. Quand ils ont mal aux dents, ils ont mal aux dents et puis quand ils meurent, ils meurent. C'est comme ça, c'est un choix respectable. Eux ils ne se plaignent pas et ils ne voient pas de médecins. » J'ai rigolé avec lui et il a repris son traitement. Je ne lui ai pas fait la morale car déjà sa femme, ses amis lui font la morale alors si j'en rajoute une couche il va dire « il m'emmerde, je vais aller voir ailleurs. ». En plaisantant avec lui je lui ai fait comprendre et il est retourné voir le cardio. On s'adapte, parce qu'avec lui, lui faire la leçon, non ça ne marchera pas. »

3.4.5.4 Être d'autant plus vigilant pour éviter une erreur médicale

Lorsqu'il s'agit de s'occuper de patients difficiles, les médecins ont d'autant plus peur de faire une erreur médicale. Pour éviter cela ils augmentent leur vigilance.

Docteur M1 : « Les patients difficiles c'est aussi les risques, notamment quand ils sont psychiatriques, j'ai toujours peur de passer à côté de quelque chose d'autre. Il faut rester vigilants et attentifs et ce n'est pas toujours facile. »

Docteur M3 : « Il faut rester vigilant, vérifier qu'il n'y a pas quelque-chose de grave. »

Docteur M6 : « Toxicos parce que consommant toujours des stupeurs, je fais très attention. »

Noter les désaccords et refus dans le dossier médical permet de se sentir en sécurité dans la relation et de se couvrir juridiquement.

Docteur M5 : « Il faut se couvrir, il faut écrire « ne veut pas. ». A chaque fois j'écrivais « ne veut pas faire sa coloscopie, ne veut pas voir le gastro ». Je mettais quand même une lettre si elle changeait d'avis. J'ai fait tout ce que j'ai pu mais je n'ai pas réussi à la convaincre. »

3.4.5.5 Abaisser ses attentes

Les patients difficiles peuvent être énergivores sur plusieurs plans et cela peut inciter le professionnel à redoubler d'effort pour pouvoir le prendre en charge du mieux possible, au risque de s'épuiser parfois. C'est pour cela que certains choisissent de diminuer leurs attentes de manière générale afin de pouvoir continuer à suivre le patient et préserver leur énergie.

Docteur M7 : « La mise en échec fait que j'arrête d'avoir les exigences que j'ai avec d'autres patients. Je ne sais pas dans quel état il va arriver, s'il va me laisser parler, si ce qu'on a mis en place la dernière fois ça a été fait. J'ai diminué mes exigences parce que je n'avais pas le choix. Ce n'est pas de notre faute, soit on est très très investi et on prend énormément de temps et d'énergie, soit ce n'est pas possible. La ressource que j'ai trouvée c'est de me désengager. Avec un patient lambda ou un patient facile tu peux plus facilement t'accrocher à ça. »

Abaisser ses attentes permet au médecin de se déculpabiliser.

Docteur M7 : « Je me protège en me disant que s'il doit lui arriver quelque chose ce sera complètement de sa faute parce qu'il a eu ce comportement-là qui ne lui a pas permis de se faire soigner correctement. Au contraire avec d'autres patients si je ne suis pas à la hauteur et qu'à un moment donné il se passe quelque chose là je pourrai m'en vouloir. Clairement pour lui ça n'arrivera pas. »

3.4.5.6 L'évitement

Quand le praticien est en difficulté, il peut choisir l'évitement. Cela peut être volontaire ou l'expression d'un mécanisme de défense et peut se traduire sous différentes formes.

➤ Ne pas penser aux problèmes

Choisir de ne pas penser aux situations difficiles est une manière de se protéger.

Docteur M3 : « Je préfère les oublier ces personnes-là. »

➤ Céder aux attentes du patient

Parfois le praticien n'a pas l'énergie de rentrer dans des explications ou de négocier, il peut alors céder à la demande du patient, si cela ne le met pas en danger pour préserver son énergie.

Docteur M3 : « J'avais une jeune femme elle avait des maux de tête qui ne m'évoquaient pas quelque chose de bien grave, elle voulait son IRM, je lui ai prescrit. » « De temps en temps on peut être tentés de faire ... de lancer des ordonnances. Il y en a une qui est fatiguée, on fait la prise de sang, je ne l'ai même pas vue et puis je l'ai envoyée par mail. »

Docteur M7 : « J'ai l'habitude d'être très carré. Avec lui il y a des fois où ça n'a pas été possible. Quand il m'a pris trente minutes où je n'ai pas pu en placer une et qu'il m'a demandé son ordonnance bah je lui ai donné son ordonnance je n'ai pas réfléchi, ce que je ne fais évidemment jamais. C'est sûrement pour ça qu'il est encore avec moi aujourd'hui, très clairement parce que je passe outre toutes ses conneries. »

➤ Éviter le contact avec le patient difficile

Le médecin peut éviter que le patient difficile voie telle ou telle personne, pour ne pas mettre d'autres personnes en difficulté.

Docteur M8 : « Son médecin traitant, pour éviter des problèmes avec ses internes ou ses remplaçantes a dit aux secrétaires « vous le mettez qu'avec moi ou qu'avec des médecins hommes », sauf que je l'avais eu un jour en urgences parce que c'était une nouvelle secrétaire qui ne savait pas. L'adaptation mise en place par le médecin n'avait pas fonctionné cette fois-là. »

➤ **Eviter d'avoir à refuser une demande en sollicitant une aide extérieure**

Certains professionnels font appel à une aide extérieure comme la sécurité sociale pour pouvoir dire non quand ils ne parviennent pas à le faire. Notamment pour refuser un arrêt de travail.

Docteur M2 : « J'ai l'impression d'y arriver un peu mieux, depuis que la SECU a mis des durées d'arrêt mais je craque un peu quand même et ça m'arrive d'appeler la SECU pour leur demander de les convoquer. Ça me met mal à l'aise de faire ça car pour moi ça biaise ma relation de sincérité avec le patient mais c'est le moyen que je trouve pour que ça s'arrête. »

➤ **Rupture de la relation soignante**

Certains choisissent de sélectionner les patients avant de se déclarer « médecin traitant ».

Docteur M5 : « Des franchement désagréables je n'en ai plus depuis plusieurs années parce que j'arrive à les sélectionner. Je fais attention avant de devenir leur médecin traitant, j'attends de voir. Quand je sens que ça ne colle pas, ceux-là je les écarte je leur dis que je ne prends plus de nouveaux patients. Ceux qui sont très exigeants, qui se plaignent tout le temps, j'essaye de les orienter vers d'autres médecins. Maintenant je suis très prudent, je préfère me ménager, je fais le tri. »

Docteur M7 : « J'ai un de mes collègues qui m'a dit « moi en m'installant je refuse les patients qui avaient un médecin traitant et qui veulent changer, parce que je leur dis, « c'est mort si l'ancien médecin n'était pas assez bon pour vous, moi je le serai encore moins. » »

Quand malgré ses adaptations le médecin ne parvient pas à obtenir une relation de qualité avec le patient et se sent trop en difficulté, il peut choisir de stopper la relation en le redirigeant vers des collègues ou en lui expliquant qu'il ne veut plus le suivre.

Docteur M3 : « On n'est pas l'hôpital, si relationnellement ça ne passe pas bien on peut dire « écoutez ça ne va pas au niveau relationnel ». Parfois je donne des noms mais pas forcément. »

Docteur M4 : « Je suis allée chercher le dossier, je lui ai dit « voilà monsieur, il va falloir partir. Ça me soulageait tellement de me dire que je n'allais plus devoir le supporter. Si ça recommence j'utiliserai peut-être ce joker. »

Docteur M5 : « Moi je leur conseillais d'aller voir quelqu'un d'autre mais gentiment : « Il vaut mieux que vous voyiez un collègue avec qui ça passerait mieux. ». Je les envoyais ailleurs, j'essayais de m'en débarrasser. »

Docteur M6 : « La fois suivante ça s'est passé de la même manière donc je lui ai dit « je refuse de continuer à vous suivre », je lui ai rendu son dossier.

Docteur M8 : « Il y a des patients que j'ai viré de la patientèle parce qu'ils étaient toujours en retard, ils prenaient un rendez-vous et ils venaient à quatre, ils ont fait ça pendant des années. A un moment je leur ai dit « ce n'est plus possible, c'est un manque de respect pour les médecins et les autres patients ». »

Parfois même si c'est la seule solution qu'a trouvé le médecin, ce n'est pas forcément ce qu'il aurait souhaité et une culpabilité peut en découler. »

Docteur M4 : « Au bout de trois ans je n'en pouvais plus. Je lui ai dit « écoutez monsieur, il faut aller voir quelqu'un d'autre. ». C'était difficile, je l'ai vraiment délaissé, je n'ai pas su comment faire. »

Quand le patient difficile quitte volontairement la relation soignante cela peut être une solution.

Docteur M3 : « Ceux qui arrivent vraiment à vouloir changer ils y arrivent. Je suis plutôt contente qu'ils partent d'eux même parce que ça veut dire que ça ne passe pas. »

Docteur M4 : « Il y a un patient avec lequel je trouvais que c'était difficile et finalement ils sont partis, ils ont déménagé et je me suis dit « ah cool ». »

Les ressources internes des praticiens sont nombreuses, cependant ils font appel à d'autres appuis qui sont cette fois extérieurs à eux pour la prise en soin des patients difficiles.

3.5 Ressources externes des médecins

3.5.1 Travailler en pluriprofessionnalité

3.5.1.1 Travailler en MSP (maison de santé pluriprofessionnelle)

Le mode d'exercice évolue depuis plusieurs années, de nombreux médecins travaillent en MSP avec d'autres professionnels paramédicaux et des secrétaires notamment. Cela peut donner accès à diverses ressources.

➤ Echanger avec ses collègues de manière informelle sur ses difficultés

Le fait de travailler à proximité les uns des autres, de pouvoir échanger avec ses collègues sur des temps de pause par exemple est un appui pour les médecins.

Docteur M1 : « Prendre des conseils des uns et des autres et faire à sa sauce. Ils peuvent te dire comment eux gèrent, comment ils posent leurs limites, ce qu'ils leur disent. »

Docteur M5 : « Pour les plus difficiles on en discute avec des collègues de manière informelle, c'est intéressant. »

Docteur M7 : « C'est toujours une ressource d'avoir des gens autour pour en discuter, c'est un intérêt d'être en cabinet de groupe. Ça me permet de décharger un petit peu, avoir les sentiments des autres, parce que souvent c'est des patients qu'on est plusieurs à avoir vu. »

Cela permet aux professionnels de se sentir moins seuls.

Docteur M1 : « En parler parce qu'on a toujours l'impression d'être tout seul, alors qu'on a tous des patients compliqués. »

➤ **Participer à des réunions de synthèse pluridisciplinaire**

Pouvoir échanger avec d'autres médecins généralistes, spécialistes et d'autres professionnels de santé comme les infirmières est une ressource dans la prise en soin des patients difficiles. Certains médecins parlent de RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire) dans leurs discours, cependant il est plus exact de parler de réunions de synthèse pluridisciplinaire en médecine générale.

Docteur M6 : « On en discute régulièrement avec les infirmières en RCP. »

Docteur M7 : « Il y a un certain nombre de patients difficiles qui se regroupent avec les infirmiers, d'ailleurs c'est pour ça que dans les MSP on fait des RCP car c'est des patients qui ont nécessité des soins de beaucoup de professionnels. On fait ce regroupement pour discuter de ces patients-là qui demandent tellement à la médecine et à l'environnement qu'ils sont rapidement pris en charge par plein de professionnels différents. »

➤ **Les infirmiers libéraux, un appui supplémentaire**

Les infirmiers libéraux sont une ressource identifiée à plusieurs niveaux par les médecins interrogés dans la prise en charge des patients difficiles, qu'ils soient en MSP ou indépendants.

Docteur M3 : « C'est eux qui tiennent la baraque, heureusement qu'ils sont là. »

Docteur M8 : « Comme les infirmières sont dans le cabinet on se demande souvent si on peut s'aider s'il y a besoin. »

Ils permettent au médecin de déléguer certaines tâches dans la prise en soin des patients difficiles.

Docteur M3 : « Il y a un patient que je n'allais plus voir car il habitait trop loin et les infirmiers y allaient tous les jours, je ne pouvais pas gérer. »

Docteur M6 : « Quand c'est difficile pour nous on se repose sur les infirmières on se dit « Voilà, vous n'êtes pas bien, on va faire passer l'infirmière ». C'est une façon de nous décharger. Je m'appuie pas mal sur les infirmières sur le volet social. »

Ils permettent au médecin de se sentir moins seul dans la prise en charge et que le patient ait une pluralité des discours.

Docteur M3 : « Dans les MSP il y a les IDE Asalées, c'est très bien cette évolution. C'est mieux pour le patient pour l'éducation thérapeutique car elle a un autre discours. On forme une super équipe complémentaire. »

Echanger avec les infirmiers peut être un appui.

Docteur M3 : « On a beaucoup appris des infirmiers quand on était à l'hôpital donc il y aurait des échanges intéressants à faire. »

➤ **Avoir un secrétariat physique**

Avoir un secrétariat sur place, des secrétaires avec de l'expérience, semble être un avantage pour les médecins car cela leur permet d'avoir plus d'informations sur le patient.

Docteur M1 : « Quand tu as une bonne secrétaire, elle ne fait pas comme le patient pour le motif, c'est-à-dire qu'elle te donne les bons éléments d'emblée « c'est un enfant il a trois mois, il a de la fièvre ». Comme elle les connaît elle peut aussi te donner des éléments que tu ne connais pas forcément et que tu n'as pas le temps d'aller chercher dans le dossier genre l'entourage familial. « La patiente est âgée, en ce moment elle est toute seule chez elle parce que ses enfants sont en vacances ».

Travailler de pair avec les secrétaires permet de plus facilement poser ses limites.

Docteur M1 : « Ça aide beaucoup les secrétaires dans ton activité, elles te préviennent un peu sur les patients, et puis elles préviennent aussi les patients sur comment toi tu travailles. Quand lui dit par exemple qu'il a plein de trucs à voir, elle peut dire « Attention, le docteur ne va probablement pas pouvoir tout voir aujourd'hui, mais vous reprendrez rendez-vous avec moi après si vous voulez ». Elle pose un peu les choses avant que toi tu le vois, ce qui te facilite la tâche pour poser tes limites. Moi c'était vraiment un critère d'avoir une secrétaire sur place car tu vois vraiment la différence avec les patients, ça t'enlève beaucoup de charge. »

Elles permettent également au médecin de se sentir soutenu et épaulé.

Docteur M8 : « La secrétaire me disait quand même « si tu as un problème tu nous appelle tout de suite. »

3.5.1.2 S'entourer d'autres médecins dans la prise en charge des patients

Quand le médecin se sent en difficulté avec le patient, il peut demander un avis auprès d'autres professionnels de santé, notamment des spécialistes. Cela représente une ressource importante car le professionnel interrogé peut proposer une prise en charge au médecin ou lui donner son expérience personnelle sur la situation.

Docteur M1 : « J'ai demandé à sa psychiatre « comment faire ? ». Elle m'a dit d'essayer plein de techniques et de voir sa réaction. Elle m'a dit : « Parfois je lui réponds que oui oui elle a certainement un problème et je vois ce qui se passe, comment elle répond à ça ». »

Docteur M2 : « J'avais une amie médecin qui n'osait pas trop appeler les spécialistes. Moi ça ne me dérange pas. »

Docteur M5 : « Ce n'est pas malsain de vouloir un autre avis. »

Une des difficultés soulevées par les médecins étant de se sentir seul dans sa pratique, savoir réorienter le patient, impliquer un spécialiste dans la prise en charge semble alors être une bonne option pour mieux vivre la prise en soin du patient difficile.

Docteur M3 : « Les gens sont tellement assommés quand on leur annonce quelque chose que c'est bien qu'il y ait une autre personne derrière qui prenne la relève. Ça fait plus d'interlocuteurs. »

Docteur M5 : « Il y en a qui ne sont pas faciles effectivement, chez qui les traitements ne marchent pas ou mal, qui sont vraiment très atteints, donc là on les délègue. Quand c'est compliqué sur un plan psychiatrique il faut quand même essayer de se faire aider par les psychiatres. »

Docteur M6 : « « Quand tu as des symptômes qui t'échappent je pense que c'est important d'avoir un relai avec un médecin spécialisé, de s'entourer de temps en temps voir régulièrement pour ces patients difficiles d'avis spécialisés pour border les choses. »

Docteur M8 : « Quand c'est compliqué pour moi je passe la main. Ce n'est pas difficile pour le patient en soi mais ça rentre dans un champ de spécialité, on oriente. »

Parfois, même si le recours au spécialiste n'est pas la solution qui satisfait le professionnel il oriente quand même le patient car ne sait plus quoi faire pour lui.

Docteur M2 : « Ça se termine sur des histoires de lombalgies chroniques récidivantes, tu les revois six mois après « j'ai encore mal », alors tu les envoies à l'orthopédiste même si tu sais que cette douleur d'épaule elle a une autre signification. »

Les médecins osent plus facilement demander de l'aide aux spécialistes lorsqu'il s'agit de questions somatiques. Quand cela concerne des difficultés dans la relation ils n'y pensent pas, ne peuvent pas ou ne souhaitent pas utiliser cette ressource.

Docteur M1 : « Il y a des pathologies plus difficiles que d'autres mais finalement là-dessus on a pas mal de relai avec les spécialistes, on en discute entre nous, on peut trouver des ressources, Sur le relationnel c'est plus compliqué. »

Docteur M3 : « Pour le relationnel non, pour le médical on va demander de l'aide à un spécialiste. »

Docteur M8 : « Le médical on peut toujours demander de l'aide à un spécialiste à un confrère. »

3.5.1.3 Omnidoc

Une plateforme nommée Omnidoc a été créée récemment afin de permettre aux médecins de se poser des questions médicales entre eux et d'obtenir l'avis du professionnel interrogé souvent dans les quarante-huit heures. Elle représente une nouvelle ressource pour les praticiens.

Docteur M6 : « L'outil informatique est vraiment un super outil, pas que internet mais omnidoc. Tu peux avoir un avis spécialisé dans la journée. Je travaille énormément avec omnidoc. Ça rassure le patient et moi parce que je me dis que je ne suis pas le seul à porter la responsabilité du sujet que je ne maîtrise pas. C'est un outil que j'utilise de plus en plus, et tant mieux parce que les recours aux spécialistes sont de plus en plus longs quand c'est les patients qui doivent prendre leurs rendez-vous, alors qu'on peut avoir des réponses rapides maintenant à nos questionnements et à ceux des patients. »

Cependant certains praticiens restent encore septiques sur l'outil et ne l'utilisent pas nécessairement pour les patients difficiles.

Docteur M2 : « Omnidoc n'est sans doute pas mal mais ça me dérange parce qu'il n'y a pas la parole. Ce n'est pas la même chose d'avoir un confrère au téléphone où tu as l'humain et où tu peux donner des détails, plutôt que la même chose par omnidoc qui va te dire « scanner ». Ce n'est pas le même échange.

3.5.1.4 Organismes pluriprofessionnels

Plusieurs organismes pluriprofessionnels existent au niveau départemental régional ou national. Ils sont des ressources pour les médecins dans la prise en soin des patients difficiles notamment car ils ont plus de temps à leur accorder et ont plus de relais en terme social.

Docteur M6 : « Maintenant tu as quand même plein d'organismes, quand tu as besoin d'une assistante sociale tu en as une par secteur, quand tu as besoin de livraisons des repas ça ce n'est pas nous qui gérons car il y a quand même tout un tas d'associations qui sont sollicitées pour ça, qui sont en place, et on a quand même des relais. »

Docteur M6 : « Les patients avec maintien à domicile difficile, c'est un relai social et du coup on a des recours beaucoup plus que les patients qui sont fragile psychologiquement, c'est plus simple de faire intervenir une équipe à domicile pour gérer l'aide à domicile, les repas, les toilettes que d'avoir un rendez-vous chez un psychiatre ou un psychologue. »

La CETD (Consultation d'étude et de traitement de la douleur) est mise en avant.

Docteur M7 : « Pour moi, les patients difficiles que j'ai en tête, leur prise en charge ne colle pas avec la médecine générale simple. Ce sont des patients qui devraient être pris en charge en milieu hospitalier ou hôpital de jour mais avec une prise en charge vachement plus globale et qui nécessiterait beaucoup plus de temps que ce qu'on a. Des entretiens comme on peut avoir dans les centres de la douleur par exemple, dans des structures comme ça qui permettent d'avoir du temps, et des professionnels autour pour englober tout ça. »

Santé escale 41 en fait partie.

Docteur M7 : « Il y a plein de structures pour chaque cas spécifique mais pour gérer le patient difficile dans sa globalité je pense que santé escale 41 c'est la structure qui s'en rapproche le plus. »

MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) en fait partie également.

Docteur M4 : « On s'est déjà réunis à je ne sais pas combien de professionnels chez elle, autour d'elle, entre cinq et sept : infirmier, aide-soignante, quelqu'un du département qui gère un peu les cas difficiles. C'est quelqu'un de santé escale et de la MAIA qui l'avait organisé. »

Certains médecins ont également mentionné l'EMSP (équipe mobile de soins palliatifs) comme ressource.

Docteur M8 : « J'ai dû demander quand même pas mal d'aide à l'EMSP un peu tous les jours pendant trois ou quatre jours parce que c'était vraiment compliqué ce qu'on mettait en place. On a réadapté les traitements avec l'EMSP. Ça s'est quand même bien passé à la fin, il a pu partir tranquillement. »

3.5.2 Partager ses difficultés avec ses proches

L'échange et le soutien des proches du médecin peuvent lui permettre de mieux vivre la relation.

Docteur M1 : « J'en ai aussi parlé à mon conjoint. J'avais besoin de vider mon sac, parce que tu absorbes et puis un moment c'est un peu dur. »

Docteur M4 : « Je n'ai pas trop demandé d'aide à part celle de mon mari. J'en parlais tout le temps à mon mari qui me disait « ce n'est pas possible, tu ne peux pas continuer comme ça. » C'est un soutien émotionnel, ça me permet d'évacuer un peu quand il y a quelque chose de difficile dans la journée, une annonce de cancer ou un patient difficile. »

Docteur M7 : « Avec ma femme on se raconte ce genre de journées en rentrant. »

3.5.3 Internet et l'intelligence artificielle

Le développement d'internet ces dernières années a permis au médecin d'avoir accès à de multiples informations médicales. Cela peut l'aider dans ses diagnostics et des prises en charge, notamment quand les situations ne sont pas typiques.

Docteur M2 : « Chat GPT je pense que ça va être super bien pour certaines pathologies. Ça sera bien pour vous les jeunes médecins quand les gens vont arriver avec de multiples symptômes. Pour les syndromes compliqués du genre POEMS, quand on a fait le diagnostic je ne savais pas ce que c'était, c'est vachement bien cette technicité-là, ça peut être aidant. »

L'accès aux informations médicales s'est également ouverte aux patients sur internet. Même s'ils ne parviennent pas toujours à faire le tri dans ce qu'ils peuvent y voir, ils peuvent parfois aiguiller le médecin vers des pathologies sur lesquelles il n'avait pas encore mis le doigt ou ouvrir la discussion. »

Docteur M3 : « Ils regardent sur internet, ils pensent savoir, et parfois ils savent. Il y en a qui ont fait des diagnostics internet c'était super. J'ai eu une dame diagnostiquée fibromyalgique qui a en fait Ehlers Danlos. »

Docteur M6 : « Ils peuvent en savoir plus que nous sur certains sujets précis. Ils peuvent avoir bossé leur truc. Ce n'est pas forcément mauvais qu'ils aient un peu de connaissance, ça permet d'échanger. »

3.5.4 Littérature sur les personnalités difficiles

La lecture d'ouvrages sur les patients difficiles ou plus largement sur la communication peuvent aider à réfléchir dessus et aider les médecins.

Docteur M5 : « Pour les patients difficiles il y a un livre qui m'a bien aidé qui a été écrit par deux psychiatres dont Christophe André qui a fait des choses sur la méditation et François Lelord « Comment gérer les personnalités difficiles ». Il te décrit comment gérer un obsessionnel, ce qu'il faut faire et pas faire, un parano, quelqu'un d'anxieux, c'est très bien fait et c'est très pratique. Tu vois des lectures comme ça ça m'a aidé. Celui-là est archétypal mais il y a d'autres lectures qui sont intéressantes. »

3.5.5 Formations en communication

Certains praticiens évoquent qu'être formé en communication pourrait être une ressource pour la prise en soin des patients difficiles.

Docteur M8 : « Je pense qu'il y aurait peut-être des formations sur la communication qui pourraient être pas mal. Je n'en ai pas vu beaucoup là-dessus. Je n'ai pas été formée mais j'aurai bien aimé. »

4 DISCUSSION

4.1 Discussion des résultats par rapport à la littérature

Cette thèse met en lumière que la difficulté se trouve avant tout dans la relation interpersonnelle qui lie le patient et son médecin. Les ressources des médecins généralistes pour y faire face sont avant tout internes. (Figure 1)

Quand le terme patient « difficile » a été évoqué dans les entretiens des médecins interrogés, ils ont spontanément parlé de patients « chiants » ou « pénibles ». Ces deux termes se retrouvent dans d'autres thèses de médecine générale (6,13) et se rapprochent d'autres qualificatifs de la littérature où les patients sont décrits comme « détestables » (2) ou « frustrants » (30). Ces adjectifs accolés au nom « patient » lui sont donc associés. Ainsi le patient « difficile », « chiant » ou « pénible » le serait intrinsèquement.

Dans cette thèse, plusieurs caractéristiques médicales du patient « difficile » ont été énoncées par les médecins. Être atteint d'une pathologie psychiatrique comme la bipolarité ou l'hypochondrie suffit parfois à considérer un patient comme « difficile » par méconnaissance de la pathologie ou peu d'expérience de psychiatrie dans sa pratique. D'autres pathologies comme les troubles de la personnalité sont évoquées dans la littérature. (31) Cependant les médecins de cette thèse apportent de la nuance en expliquant que tous les patients atteints de pathologies psychiatriques ne sont pas difficiles et qu'ils n'en

font pas une généralité. Ils rejoignent les propos des chercheurs espagnols dans leur article *Reflections on the difficult patient* (16) qui considèrent que la difficulté vient de la maladie et de sa prise en soin mais pas du patient.

Être atteint d'une polypathologie chronique est également souligné par les participants comme un facteur de difficulté mais le patient n'est alors pas tenu responsable de celle-ci. Ceci est également évoqué dans la littérature. (16)

Les médecins interrogés dans cette thèse ont considéré les patients atteints d'addictions comme « difficiles » notamment à cause de leur imprévisibilité. Des internes interrogés lors d'une thèse en 2022 avaient tenu des propos similaires en exprimant la peur d'un comportement agressif de la part du patient « addicto ». Ils ont également soulevé la sensation de se faire manipuler, une peur de devenir un « dealer médical », la crainte concernant les complications somato-psychologiques et médico-légales et administratives. (32) Tout comme pour les patients psychiatriques, les médecins de cette thèse du Loir et Cher de 2025 s'adaptent en étant d'autant plus vigilants pour éviter une erreur médicale dans la prise en soin du patient « addicto ».

Être atteint d'un handicap ou être en perte d'autonomie peut être un critère de « difficulté » pour les médecins de cette thèse notamment par la lourdeur de la prise en charge. Ceci rejoint le travail du CNOM de janvier 2025 qui évoque que les principales difficultés des praticiens dans la prise en soin des patients en situation de handicap sont le « manque de temps médical » et l'absence de cotation spécifique qui pourrait permettre de prendre plus de temps. (33). Les médecins interrogés dans cette thèse ont évoqué le travail en pluridisciplinarité ainsi que l'appel à des organismes pluriprofessionnels comme ressources externes. Pouvoir déléguer et s'entourer dans la prise en soin de patient « difficile » d'autant plus quand celle-ci est lourde pourrait alléger la charge de travail ressentie par les praticiens et diminuer leur découragement.

Les caractéristiques sociales des patients ont été prises en compte par les participants. Ils considèrent que les patients ayant un contexte de vie compliqué sont plus facilement « difficiles » et que c'est ce contexte qui les rend « difficiles ». Cela a été décrit par d'autres médecins généralistes en 2022. (13) Être en précarité sociale c'est-à-dire posséder des revenus faibles et être isolé socialement est également une cause et une caractéristique du patient « difficile » décrite par les médecins dans cette thèse. Divers travaux corroborent cela et expliquent que « les conditions de vie en précarité et les obstacles financiers rendent difficiles leur suivi. » (34). Les organismes pluriprofessionnels comme santé EsCALE 41 (Espace de Coordination, d'Appui, de Liens et d'Éducation pour la santé) sont des ressources externes évoquées par les médecins interrogés notamment pour les patients « difficiles » avec des problématiques sociales. Il s'agit d'une structure de santé dont la mission est l'appui aux professionnels, la coordination des parcours de santé et des situations complexes ainsi que l'éducation thérapeutique des patients. (35)

Présenter une barrière de la langue a été évoqué comme difficile par la technicité de l'échange et l'effort adaptatif que cela demande au médecin. Adapter son langage verbal et reformuler les propos du patient pour comprendre ses émotions et ses attentes sont des ressources internes évoquées dans cette thèse. Cependant, d'autres ressources externes existantes n'ont pas été évoquées et pourraient s'avérer utiles. Premièrement l'accès à internet et l'intelligence artificielle à des fins de traduction en direct pourrait permettre d'avoir une conversation plus fluide et précise avec des termes plus techniques. Deuxièmement, il existe un service d'interprétariat professionnel dans le Loir et Cher depuis 2023. (36) Il a été créé par la fédération URPS (Union régionale des professionnels de santé) du Centre Val de Loire et est disponible sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Le recours aux services d'interprètes en direct ou virtuel serait « associé à une amélioration de la qualité des soins de santé et de la satisfaction des patients. » (37).

A travers les caractéristiques médicales et sociales des patients mises en avant, les médecins interrogés relèvent l'importance de l'environnement du patient dans son comportement et disent qu'identifier cela permet de mieux comprendre les repères du patient pour comprendre ses réactions, ses besoins et prendre du recul face à la situation. Cela permettrait de tendre vers une meilleure prise en soin comme l'évoquait T.O'Dowd. (4)

A partir de ces différentes caractéristiques associées directement au patient, les médecins dans cette thèse ont décrit le comportement des patients qu'ils estiment difficiles et les ont classés dans six catégories : les « plaintes multiples », les « n'allant jamais mieux », les « ayants-droits », les « experts », les « agressifs ou provocateurs » et les patients en refus de soin. Ces catégories évoquées ont déjà été décrites dans la littérature. (6)

Les participants ont également décrit des ressentis difficiles qu'ils avaient vécu au contact de ces patients. Ils évoquent des sentiments d'impuissance, de l'anxiété ainsi qu'une impression de « mauvaise prise en charge » au contact des patients « difficiles ». Or le ressenti difficile du médecin lui est intrinsèque et subjectif et cela s'observe à travers les témoignages des médecins interrogés notamment quand ils évoquent un « caractère de cochon » ou « sale caractère ». Comme décrit par A.Moscrop « un patient ne sera pas considéré comme « difficile » par tous car « le cœur du médecin ne saigne pas pour les mêmes raisons. » (4) Ainsi certains auteurs de la littérature médicale suggèrent qu'il n'y a pas de patient « heartsink » mais seulement des médecins « heartsink » (38) dont le cœur saigne. Les médecins de cette thèse évoquent qu'être capable d'identifier ses propres émotions est une ressource interne pour eux, comme l'avait évoqué JE.Groves (2). Un article de revue d'anesthésie évoque même que « la difficulté avec les patients « difficiles » a moins à voir avec le comportement des patients qu'avec les sentiments qu'ils provoquent chez leur médecin. » et que la qualité du travail avec ces patients dépend de la volonté du médecin de comprendre cela. (39)

Cette catégorisation des comportements des patients « difficiles » a permis aux médecins d'identifier leurs émotions et de développer par la suite des stratégies de prise en charge à partir de ressources adaptées à chacun.

- S'autoriser à poser un cadre est une ressource interne face à un patient aux « plaintes multiples » car cela permet au praticien de prioriser. Utiliser la temporalité permet de montrer au patient qu'il a entendu ses plaintes et qu'il pourra les traiter dans un second temps mais également de diminuer la charge de travail à l'instant t pour éviter l'épuisement professionnel.
- Un patient « n'allant jamais mieux » peut générer un sentiment de mise en échec du praticien mais également de l'impuissance. Pratiquer une écoute active peut alors être une solution pour que le patient se sente accompagné. Considérer cela comme un soin peut permettre au médecin de se sentir moins impuissant. Abaisser ses attentes pour ce type de patient est également une ressource pour diminuer le sentiment de « mauvaise prise en charge ».
- Connaître son rôle et savoir dire non sont des ressources internes dans la prise en soin des patients « ayants-droits » pouvant diminuer l'anxiété du praticien.
- Face à un patient « expert », avoir un socle de connaissances solide, s'appuyer sur son expérience et accepter de ne pas tout savoir sont des ressources pour mieux vivre la relation et ne pas se sentir dévalorisé dans sa fonction ou son statut de médecin.
- Adopter une posture basse face à un patient « agressif ou provocateur » permet au professionnel de maintenir le dialogue dans la relation soignante.
- Savoir proposer sans imposer est une ressource pour le médecin car cela lui permet de moins se sentir en difficulté si un patient refuse des soins et de diminuer son sentiment de « mauvaise prise en charge ». Certains utilisent l'humour pour dédramatiser le refus du patient.

La mise en place de ces stratégies d'adaptations spécifiques a été étudiée dans la littérature médicale et permettrait au médecin de mieux comprendre les patients et de disposer de stratégies pour chaque type de situation (16) afin de diminuer leur insécurité clinique. (4) Cela peut rassurer le professionnel qui n'a plus qu'à « piocher » dans les catégories.

Cependant, cette catégorisation peut s'apparenter à un étiquetage car elle ne prend pas en compte la variabilité du patient et sa complexité ce qui peut induire en erreur le professionnel et nuire au patient car il ne pourra pas s'en détacher (40). Ce phénomène a beaucoup été étudié en psychiatrie et est décrit comme une stigmatisation (41–43) pouvant conduire à une démedicalisation du patient (44) de plusieurs ordres. « La première consiste à refuser ou à minimiser la gravité des troubles ressentis, et/ou les situer en dehors d'une prise en charge ordinaire en médecine générale. La seconde requalifie les troubles et le

comportement de la personne dans le registre de la déviance morale et/ou médicale. Elle procède alors à la construction d'une altérité : la personne présentant des symptômes médicalement inexpliqués est un patient « à part ». » (45)

De plus cet étiquetage ne prend pas en compte les variations de comportement des médecins avec leurs patients pourtant évoqués dans cette thèse. Savoir se remettre en question est alors une ressource des médecins permettant de comprendre son incidence en tant que praticien dans la relation soignante comme expliqué dans l'article de recherche *The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data* (14). Savoir s'adapter est également important afin de pouvoir maintenir une relation soignante de qualité. Ainsi, à la lumière des résultats de cette thèse et de la littérature, la catégorisation des patients « difficile » est remise en question car il semble qu'elle dessert plus qu'elle ne rend service au patient ainsi qu'au médecin.

L'exploration des difficultés du médecin autour du patient « difficile » met en avant qu'il existe une variabilité dans les interactions de la relation soignante et que celle-ci est singulière et interpersonnelle. Cela rejoint A.Moscrop qui avançait qu'il était plus juste de parler de « relations difficiles ». (5) Les relations « difficiles » sont souvent la conséquence d'une « panne » dans la communication entre le médecin et le patient. (46) Divers outils de communication ont été évoqués dans cette thèse : prêter attention à son langage verbal et non verbal, pratiquer une écoute active, reformuler ce qu'on perçoit des émotions du patient et de ses attentes, proposer sans imposer, adopter une posture basse face à un patient agressif et enfin maintenir le dialogue. Seul l'outil « adopter une posture basse face à un patient agressif » se réfère à un type précis de patient « difficile ». Les autres ressources sont utilisables de manière globale pour la relation soignante, même avec un patient jugé « non difficile ».

Le contexte d'exercice actuel a été évoqué par les médecins interrogés comme un facteur de difficulté surajouté notamment à travers le décalage entre l'offre et la demande de soins et la difficulté d'accès aux rendez-vous. Ces problématiques sont d'autant plus présentes dans le Loir et Cher qui est considéré comme une zone sous dotée. La prise en soin des patients de manière globale est de plus en plus complexe, et celle des patients « difficiles » devient d'autant plus un défi pour les praticiens. Travailler en groupe ou en MSP a été évoqué par les médecins interrogés comme une ressource externe importante dans la prise en soin des patients « difficiles » dans ce contexte. En effet, cela permet aux médecins de se sentir moins seuls dans la prise en charge, de déléguer et de pouvoir échanger de manière formelle ou informelle avec les collègues.

La sensation de difficulté peut également être majorée par la gestion de « l'improbable » en médecine générale selon une des médecins interrogés. Cette notion « d'improbable » rejoint celle de l'incertitude pouvant être source de stress pour le patient et le praticien comme expliqué dans l'article *Dealing with medical uncertainty : a physician's perspective* (47). Bien que l'incertitude ne puisse pas être complètement éliminée, accepter de ne pas tout savoir et apprendre à abaisser ses attentes dans la

prise en soin des patients difficiles peut permettre au praticien d'être plus souple et de se sentir moins impuissant dans la relation ce qui peut contribuer à diminuer la souffrance au travail. Pouvoir exprimer au patient son incertitude en étant explicite lorsque que « l'on ne sait pas » permet au médecin de renforcer l'authenticité dans la relation soignante et de développer la confiance que peut avoir le patient envers lui. Cela peut même être la clé d'une relation soignante réussie selon un article du *Irish Journal of Medical Science*. (48) Bien que cela n'est pas été évoqué dans cette étude, pouvoir réaliser que l'on souffre d'épuisement professionnel et s'autoriser à s'arrêter si on se sent épuisé peut être une ressource pour le praticien (38).

Il est intéressant de noter que les médecins de cette thèse ont évoqué un nombre de ressources internes supérieur aux externes et on peut se demander si ceci est le fruit de leur isolement dans leur pratique professionnelle. Plusieurs ressources externes qu'ils abordent (Travailler en MSP, s'entourer d'autres médecins dans la prise en charge des patients, omnidoc, les organismes pluriprofessionnels) ne sont pas toujours disponibles pour eux ou facile à solliciter ce qui peut renforcer leur sentiment de solitude déjà ressenti dans leur mode d'exercice libéral. Ce travail met également en lumière que plusieurs praticiens utilisent la rupture de la relation comme ressource interne bien qu'elle ne soit pas toujours satisfaisante pour eux. Retenir le positif est une ressource interne pour plusieurs d'entre eux leur permettant de poursuivre la relation soignante. Cependant, quand cela ne suffit pas et que les ressources internes du praticien ont toutes été mobilisées, connaître d'autres ressources externes pourrait permettre au médecin d'y faire appel afin de mieux vivre la relation soignante et ne pas se sentir contraint de la rompre. Les praticiens n'ont pas évoqué de ressources techniques de gestion du stress comme pratiquer un sport, faire de la méditation, se former ou se faire accompagner dans la gestion du stress.

Plusieurs ressources externes existantes, bien que non citées dans ce travail pourraient être intéressantes. Les groupes Balint ont déjà été évoqués dans la littérature. (5,6) La CNV ou Communication NonViolente pourrait permettre aux médecins de se sentir plus sereins pour réagir à différents comportements tout en conservant un discours explicite. « Selon Marshall Rosenberg, son fondateur, la Communication NonViolente est « le langage et les interactions qui renforcent notre aptitude à donner avec bienveillance et à inspirer aux autres le désir d'en faire autant ». « En nous aidant à identifier nos besoins réciproques, elle nous encourage à utiliser un langage qui favorise l'élan du cœur et la coopération, plutôt qu'un langage qui nourrit la peur, la culpabilité, ou le reproche. » (49) Connaître cet outil et le pratiquer pourrait permettre aux médecins de renforcer la relation soignante. Il existe des ouvrages sur la CNV (50), des formations ainsi que des groupes pratiques à Blois, Tours et Bourges. Un ouvrage sur la gestion des personnalités difficiles (51) a été évoqué par un médecin durant l'étude. Ainsi on peut imaginer que d'autres ressources de ce type puissent être mobilisées par les médecins afin d'acquérir des connaissances théoriques en communication et leur permettre d'élargir leurs réflexions.

Les médecins ont reconnu demander de l'aide à leurs confrères dans la prise en soin des patients « difficiles » principalement dans le cadre somatique. S'autoriser à demander un avis auprès de collègues pour le relationnel pourrait être une autre ressource pour les praticiens. Le travail en groupe et en pluridisciplinarité a été valorisé comme étant une force notamment dans les échanges entre professionnels dans un cadre informel mais également dans un cadre formel au cours de réunions de synthèse. Pouvoir échanger à plusieurs au cours de ces réunions de synthèse permet de prendre en compte plus d'informations et d'avoir une vision plus globale de la situation pour tendre un peu plus vers une objectivité. L'intérêt de travailler en groupe et à proximité permet de créer des relations d'entraide et de confiance entre confrères mais également avec les secrétaires et les infirmiers libéraux qui peuvent constituer d'autres ressources pour les médecins dans la gestion des patients « difficiles ».

Le soutien émotionnel des collègues et des proches a été évoqué et représente une ressource importante pour les praticiens. Or les professionnels pourraient aussi faire appel à un soutien psychologique apparenté à une supervision individuelle ou en groupe afin « de favoriser l'apprentissage par l'expérience en vue de développer sa conscience de soi, son aptitude à la réflexion et sa capacité à acquérir par soi-même de nouvelles aptitudes. » (52)

L'apprentissage de processus de coping (qui se traduit par « faire face à ») peut également être un outil intéressant pour les médecins dans la gestion de situations de stress. Son but est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement (ou par cette situation). Les stratégies de coping se différencient des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes (volontaires) pour affronter des problèmes actuels (ou récents). (53)

Une des participantes à cette thèse a souligné qu'elle aurait été intéressée par une formation en communication. La CNV évoquée plus haut est une ressource potentielle. Cependant il en existe d'autres destinées aux professionnels de santé libéraux notamment pour « Améliorer la qualité des relations soignants-patients dans les situations difficiles » mais également pour « Gérer les conflits et favoriser la médiation dans le domaine de la santé. Elles sont proposées par ORIFF-PL (Organisme de formation certifié QUALIOP) dans le Centre Val de Loire.

Les médecins interrogés montrent une ambivalence concernant internet. Son utilisation par les patients peut engendrer l'apparition de fausses croyances, de demandes injustifiées et contribue à dévaloriser le statut du médecin à travers l'accessibilité aux informations. Cela peut compliquer leur pratique car le médecin doit alors comprendre les croyances derrière les demandes des patients, mais cela leur permet d'ouvrir un peu plus la discussion avec eux. Cependant internet permet au praticien de trouver des informations médicales, des contacts et également d'utiliser des plateformes comme omnidoc qui facilitent leur pratique.

4.2 Forces et limites

4.2.1 Forces

Cette thèse relance les recherches sur les patients « difficiles » depuis le dernier travail réalisé par un médecin en France en 2022. Elle est axée sur les ressources des praticiens tandis que la majorité des travaux s'intéressaient avant tout aux ressentis des médecins concernant leurs patients « difficiles ». C'est la première réalisée dans le département du Loir Et Cher et elle constitue la première étape d'une étude visant à croiser les regards des médecins généralistes et infirmiers libéraux concernant leurs ressources dans la prise en soin des patients « difficiles ».

Les entretiens ont été réalisés individuellement ce qui permet d'éviter le biais d'influence. Leur durée est un critère de qualité car cela a permis un bon développement des idées des participants.

Les participants sélectionnés sont exhaustifs au niveau de leur répartition en termes d'âge par rapport aux données des médecins généralistes du Centre Val de Loire. En effet la moyenne d'âge des participants est de 48 ans contre 52 ans évoqués par l'ARS en 2024 (25).

4.2.2 Limites

L'échantillon interrogé compte plus de femmes que d'hommes en pourcentage (62% de femmes et 38% d'hommes), ce qui diffère des chiffres de l'ARS en 2024 sur le Centre Val de Loire (48% de femmes et 52% d'hommes). (25)

Les médecins ayant participé à cette étude ayant été recrutés sur la base du volontariat, étaient probablement plus enclins à se poser des questions sur leur pratique, à être plus réflexifs et donc à avoir plus de ressources internes.

Il est possible que la formulation des questions du guide d'entretien n'ai pas permis aux participants de s'exprimer plus sur leurs ressources externes de par la construction des questions ou que les médecins n'y fassent pas appel.

Le manque de ressource externe interroge également sur la suffisance de donnée de cette étude.

4.3 Perspectives

Il pourrait être intéressant dans un travail ultérieur de s'intéresser à l'ensemble des dispositifs existant dans le Loir et Cher et dans le Centre Val de Loire pouvant constituer un réservoir de ressources externes pour les médecins généralistes.

Cette étude réalisée en ambulatoire ouvre la réflexion sur les enjeux et ressources des infirmiers libéraux dans la prise en soin des patients « difficiles » car ils sont des acteurs de santé à part entière et on peut

imaginer qu'ils n'aient pas les mêmes représentations de ce qu'est un patient difficile et que leurs ressources soient différentes de celles des médecins généralistes. Un croisement des regards entre médecin et infirmier permettrait une évaluation plus globale de la prise en soin du patient difficile par plusieurs professionnels exerçant en ambulatoire. Marine DUBOIS, médecin généraliste conduira la suite de ce travail en croisant les données.

D'autres travaux pourraient explorer à leur tour les problématiques et ressources de médecins spécialistes dans la prise en soin des patients difficiles afin de constater si les enjeux sont les mêmes entre les spécialités.

5 CONCLUSION

Le concept du patient « difficile » est en constante évolution. Bien qu'il n'y ait eu que peu de travaux français en dehors de la psychiatrie, de plus en plus de généralistes s'intéressent à ce sujet complexe et délicat. Cette thèse met en lumière que lorsque l'on parle de patient « difficile » les difficultés sont multiples et intriquées dans la relation soignante. Si un patient « difficile » ne l'est pas pour tous, c'est parce que la relation soignante qui lie le patient à son médecin est singulière et interpersonnelle. Ainsi c'est dans la variabilité des éléments qui la compose que se trouve la difficulté. Elle est influencée par les pathologies du patient, son environnement, son comportement mais aussi par le ressenti et la posture du médecin. Le contexte d'exercice de la médecine en zone sous dotée dont fait partie le Loir et Cher vient ajouter de la difficulté à cela.

L'ensemble des ressources internes et externes développés par les médecins interrogés sont précieuses pour permettre la prise en soins des patients « difficiles » et peuvent contribuer à prévenir l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes. La majorité des ressources évoquées par les médecins sont internes montrant des capacités d'adaptation pouvant s'expliquer par le mode d'exercice libéral souvent en « face à face » avec le patient poussant les praticiens à trouver des solutions par eux-mêmes.

Bien que le mode d'exercice en groupe ne soit pas une généralité, à travers les discours des médecins interrogés cela est une ressource externe importante notamment car il facilite le travail en pluridisciplinarité. Pouvoir échanger avec des confrères généralistes, des spécialistes mais également avec des paramédicaux comme les infirmiers libéraux permet de se sentir moins seul dans sa pratique et de mieux entourer le patient « difficile ».

Aucune étude à ce jour n'a exploré le ressenti des infirmiers libéraux. Cette thèse est la première partie d'un travail en cours qui croisera le regard des médecins généralistes et infirmiers libéraux dans la prise en soin des patients « difficiles » en région Centre Val de Loire.

6 **BIBLIOGRAPHIE**

1. Winnicott DW. Hate in the Counter-Transference. Journal of psychotherapy practice and research. 5 févr 1947;
2. Groves JE. Taking Care of the Hateful Patient. N Engl J Med. 20 avr 1978;298(16):883-7.
3. Gerrard TJ, Riddell JD. Difficult patients: black holes and secrets. BMJ. 20 août 1988;297(6647):530-2.
4. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. BMJ. 20 août 1988;297(6647):528-30.
5. Moscrop A. 'Heartsink' patients in general practice: a defining paper, its impact, and psychodynamic potential. Br J Gen Pract. 1 mai 2011;61(586):346-8.
6. Bouchacourt C. Les patients «Heartsink» : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale. [Internet]. Paris Diderot; 2014 [cité 23 oct 2024]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4715_BOUCHACOURT_these.pdf
7. Charles - Pereira J. Comment proposer une prise en charge consensuée des heartsink patients en centre de santé? [Internet]. Paris Diderot; 2015 [cité 29 oct 2025]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4912_CHARLES_these.pdf
8. Cosset E, Ganry C, Fontaine A. Gestion du patient de personnalité difficile en médecine générale. 2021.
9. Aluri J. Interrogating Assumptions about "Difficult" Patients and Situations. AMA J Ethics. 1 avr 2017;19(4):319-22.
10. Société Médicale Balint. Société Médicale Balint. 2022 [cité 22 oct 2025]. Groupes Balint: Fonctionnement des groupes. Disponible sur: <https://www.balint-smb-france.org/fonctionnement-des-groupes/>
11. O'Dowd T. 'Heartsink' patients in general practice. Br J Gen Pract. 1 juill 2011;61(588):437-8.
12. Smucker DR, Zink T, Susman JL, Crabtree BF. A framework for understanding visits by frequent attenders in family practice. J Fam Pract. oct 2001;50(10):847-52.
13. Sattiatevy L. Les soins des patients heartsink en médecine générale [Internet]. Angers; 2022 [cité 29 oct 2025]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/documents/dune15807>
14. 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. 1 déc 2006;6(1):128.
15. Strous RD, Ulman AM, Kotler M. The hateful patient revisited: Relevance for 21st century medicine. Eur J Intern Med. 1 oct 2006;17(6):387-93.
16. Bruguera M, Arimany-Manso J. Reflections on the difficult patient. Med Clínica Engl Ed. 7 mai 2021;156(9):459-62.
17. Institut national de la statistique et des études économiques. Évolution de la population de la France entre 1981 et 2011 : contributions de la fécondité, de la mortalité, du solde migratoire et

- de la structure de la pyramide des âges [Internet]. 2015 mars [cité 3 avr 2025]. Report No.: F1501. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1381053>
18. Institut national de la statistique et des études économiques. Population au 1er janvier Données annuelles de 1990 à 2025 [Internet]. 2025 janv [cité 3 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques>
 19. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2024 : En 2024, la fécondité continue de diminuer, l'espérance de vie se stabilise [Internet]. 2025 janv [cité 1 avr 2025]. Report No.: 2033. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques>
 20. Institut national de la statistique et des études économiques. Un médecin généraliste sur deux à remplacer dans les dix ans à venir : un défi pour la région Centre. 2013 juin p. 4. Report No.: ISSN 2262-5666.
 21. Secrétariat général des ministères sociaux, Direction générale de l'offre de soins, Direction générale de la santé, Direction générale de la cohésion sociale, Direction de la sécurité sociale. Loi HPST (portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires), Une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé [Internet]. 2009 [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
 22. Institut national de la statistique et des études économiques. Densité des médecins généralistes - Pour 100.000 habitants - France | Insee [Internet]. 2025 sept [cité 22 oct 2025]. Report No.: 010761075. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010761075#Tableau>
 23. Institut national de la statistique et des études économiques. Densité des médecins généralistes - Pour 100.000 habitants - Centre-Val de Loire [Internet]. 2025 sept [cité 22 oct 2025]. Report No.: 010761078. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010761078>
 24. Von Leppes F. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée [Internet]. 2017 mai [cité 27 mars 2025]. (Etudes et résultats). Report No.: 1011. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>
 25. ARS Centre Val de Loire. Ensemble des médecins généralistes de la région Centre Val de Loire [Internet]. 2024 oct. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2024-07/ProfSante2023-Generalistes.pdf>
 26. Guedon A. Le burnout du médecin : prévalence et déterminants dans le monde. Revue de la littérature. 22 sept 2016;121.
 27. Blanc N. Consultations difficiles en milieu sous doté : aspect pratique de la prise en charge, ressentis et point de vue de médecins généralistes [Internet]. [Bretagne]: Rennes (Bretagne Loire); 2021 [cité 28 oct 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03234623v1/document>
 28. Dudzinski DM, Alvarez C. Repairing "Difficult" Patient-Clinician Relationships. AMA J Ethics. 1 avr 2017;19(4):364-8.
 29. Glaser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. 1967.
 30. Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Bush T, Lipscomb P, Russo J, et al. Frustrating patients. J Gen Intern Med. 1 juin 1991;6(3):241-6.

31. Le Fort V. Prendre soin du patient difficile en psychiatrie : Une revue de littérature étoffée. 2011.
32. Maruca C. Difficultés des Internes de Médecine générale de Limoges en fin de cursus face à la prise en charge d'un patient addict aux opiacés [Internet]. 2023 [cité 4 nov 2025]. Disponible sur: <https://cdn.unilim.fr/files/theses-exercice/M20233143.pdf>
33. Conseil national de l'ordre des médecins. Accueil et prise en charge des patients en situation de handicap. Résultats de l'enquête. Commission handicap [Internet]. 2025 janv [cité 4 nov 2025]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/r7mho4/cnom-accueil_et_prise_en_charge_des_patients_en_situation_de_handicap.pdf
34. Pikus AC, Deschamps JP, Boissonnat H. Maladies chroniques et précarité : obstacles à la prise en charge et préconisations. Santé Publique. 26 mars 2015;1(HS):13-6.
35. Santé EsCALE 41. Qui sommes-nous ? | SANTÉ EsCALE 41 [Internet]. [cité 10 nov 2025]. Disponible sur: <https://sante-escale41.fr/qui-sommes-nous/>
36. La Nouvelle République. Centre Val de Loire : un service pour aider médecins et patients à briser les barrières de la langue. lanouvellerepublique.fr [Internet]. 6 nov 2023 [cité 10 nov 2025]; Disponible sur: <https://www.lanouvellerepublique.fr/cher/cher-un-nouveau-service-pour-aider-medecins-et-patients-a-briser-les-barrieres-de-la-langue>
37. Dray É, Ève K, Lalande F, Robert A, Lantheaume S. Lever de la barrière linguistique dans la prise en charge médicale de patients allophones. Santé Publique. 2022;34(6):783-93.
38. Coales U. Dealing with "heartsink" patients. BMJ. 13 nov 2004;329(7475):s203-s203.
39. Wasan AD, Wootton J, Jamison RN. Dealing with difficult patients in your pain practice. Reg Anesth Pain Med. 1 mars 2005;30(2):184-92.
40. Ekdawi MY. The Difficult Patient. Br J Psychiatry. mai 1967;113(498):547-52.
41. Bonnington O, Rose D. Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: A critical realist analysis. Soc Sci Med. 1 déc 2014;123:7-17.
42. Huggett C, Birtel MD, Awenat YF, Fleming P, Wilkes S, Williams S, et al. A qualitative study: experiences of stigma by people with mental health problems. Psychol Psychother Theory Res Pract. 2018;91(3):380-97.
43. Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan P. The Stigma of Personality Disorders. Curr Psychiatry Rep. 1 janv 2016;18(1):1-7.
44. Sulzer SH. Does "difficult patient" status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. Soc Sci Med. 1 oct 2015;142:82-9.
45. Sarradon-Eck A, Dias M, Pouchain R. Ces patients « particuliers ». Comment les jeunes médecins (dé)médicalisent les symptômes médicalement inexpliqués ? Sci Soc Santé. 6 avr 2020;38(1):5-30.

46. Schwenk TL, Romano SE. Managing the difficult physician-patient relationship. *Am Fam Physician*. nov 1992;46(5):1503-9.
47. Ghosh AK. Dealing with medical uncertainty: a physician's perspective. *Minn Med*. oct 2004;87(10):48-51.
48. McGovern R, Harmon D. Patient response to physician expressions of uncertainty: a systematic review. *Ir J Med Sci*. nov 2017;186(4):1061-5.
49. Association pour la Communication NonViolente. Qu'est-ce que la CNV ? - Association pour la Communication NonViolente France [Internet]. [cité 4 nov 2025]. Disponible sur: <https://cnvfrance.fr/communication-non-violente/>
50. Rosenberg MB. Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs). 201apr. J.-C.
51. André C, Lelord F. Comment gérer les personnalités difficiles [Internet]. [cité 4 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.christopheandre.com/livres/comment-gerer-les-personnalites-difficiles/>
52. Lamy F, Moral M. Les outils de la supervision dans les métiers d'accompagnement. 3. Compétence 2 : développement du supervisé. In: *Accompagnement et Coaching* [Internet]. InterEditions; 2021 [cité 4 nov 2025]. p. 70-82. Disponible sur: <https://shs-cairn-info.proxy.scd.univ-tours.fr/les-outils-de-la-supervision-dans-les-metiers-de-l-accompagnement--9782729621629-page-70>
53. Bruchon - Schweitzer. Concepts, stress, coping. 2001 déc. Report No.: 67.

7 ANNEXES

2.5. Annexe 1 : Guide d'entretien

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de participer à cet entretien. Il est important pour nous de pouvoir se parler librement, et bien évidemment, nous conservons votre anonymat.

M'autorisez-vous à enregistrer sur mon dictaphone cet entretien ?

Pour débiter cet entretien, j'ai plusieurs questions administratives à vous poser :

1. Questions générales

Age, sexe, type de cabinet (seul/groupe), localisation du cabinet (zone rurale, semi rurale, urbaine), formation médicale complémentaire (DU, DESC, FST, autre)

2. Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?

Question progressivement enlevée car déjà répondue par les participants durant les questions générales

3. Que vous évoque le terme de « patient difficile » ? Si réponse courte : pouvez-vous m'en dire plus ?
4. Pouvez-vous me décrire un patient difficile auquel vous pensez ? Si réponse courte : pouvez-vous me détailler ce qui était difficile avec ce patient ? Pourquoi c'était compliqué ?
5. Pouvez-vous me raconter comment vous avez géré cette situation ? (Plusieurs situations)
6. Pensez-vous que les patients aux antécédents psychiatriques sont plus difficiles que les autres ?

Question posée si le participant évoquait ces sujets.

7. Qu'est-ce que vous auriez pu faire de différent dans cette situation ?
8. Combien pensez-vous avoir de « patient difficile » dans votre patientèle ?
9. Aviez-vous l'impression que le contact avec les patients était plus difficile quand vous étiez remplaçante ? ou en étant devenue médecin traitant ?

Question ajoutée suite à de multiples évocations de la différence de vision du remplaçant et médecin traitant

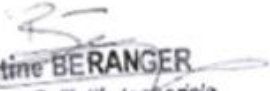
10. Avez-vous déjà nécessité ou fait appel à une aide extérieure face à ce type de situation ? Si oui, quelles sont-elles ?
11. Ces différentes situations ont-elles modifié votre pratique ?

Avis favorable de la Commission des thèses

Du Département de Médecine Générale

En date du 18/11/2025

Vu, Le Directeur de thèse


Dr Christine BERANGER
Unité de Soins Palliatifs territoriale
Centre Hospitalier Simone Veil de Blois
RPPS 10100902104

Vu, Le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Guittou Charlotte

83 pages – 1 tableau – 1 figure

Résumé :

Introduction : Le concept de « patients difficiles » a été plusieurs fois utilisé dans la littérature médicale internationale pour désigner des patients qui mettent en difficultés les médecins. Les conditions d'exercice de la médecine générale en ambulatoire ont changé ces dernières années en France. L'objectif de cette thèse est d'explorer les ressources internes et externes des médecins généralistes en ambulatoire dans la prise en soin des patients dits « difficiles » dans le département du Loir et Cher en région Centre Val de Loire.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée suivant un mode d'échantillonnage raisonné théorique. Huit médecins généralistes libéraux ont été interrogés via des entretiens individuels semi-dirigés réalisés entre mai et juillet 2025.

Résultats : Pour les médecins la notion de patient « difficile » résulte du caractère interpersonnel de la relation médecin-patient influencé par les caractéristiques du patient, celles du médecin et par le contexte d'exercice. Les ressources internes sont principalement d'avoir un socle de connaissances solide, de connaître ses propres repères de soin et de s'enquérir de ceux du patient, de mobiliser des outils de communication et de développer des stratégies adaptatives au stress que génère une consultation avec un patient « difficile ». Les ressources externes tiennent principalement du travail en pluridisciplinarité et du fait de partager ses difficultés avec ses proches.

Conclusion : L'ensemble des ressources internes et externes développés par les médecins interrogés sont précieuses pour permettre la prise en soins des patients « difficiles » et peuvent contribuer à prévenir l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Aucune étude à ce jour n'a exploré le ressenti des infirmiers libéraux. Cette thèse est la première partie d'un travail en cours qui croisera le regard des médecins généralistes et des infirmiers libéraux dans la prise en soin des patients « difficiles » en région Centre Val de Loire

Mots clés : Patients difficiles ; Relation soignante ; Médecin généraliste ; Ambulatoire ; Prise en soin ; Loir et Cher

Jury :

Président du Jury :	Professeur Vincent CAMUS
Directeur de thèse :	<u>Docteur Christine BERANGER DERIENCOURT</u>
Membres du Jury :	Professeur Christophe HOURIOUX Docteur Laura WARCK

Date de soutenance : 19 décembre 2025