

2021-2022

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine générale

**LES SOINS DES PATIENTS
HEARTSINK EN MÉDECINE
GÉNÉRALE**

**ÉTUDE QUALITATIVE DE PRATIQUES
PROFESSIONNELLES**

LYDENNE Sattiatevy

Née le 22 avril 1991 à CORBEIL-ESSONNES (91)

**Sous la direction de M. le Professeur BELLANGER William
et Mme le Docteur PENCHAUD Anne-Laurence**

Membres du jury

Madame le Professeur ROUGE-MAILLART Clotilde	Présidente
Monsieur le Professeur BELLANGER William	Directeur
Madame le Docteur PENCHAUD Anne-Laurence	Codirectrice
Monsieur le Docteur MOUILLIE Jean-Marc	Membre
Madame le Docteur DEHAINAULT Marion	Membre

Soutenue publiquement le :
29 septembre 2022

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée LYDENNE Sattiatevy
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **30/08/2022**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédiopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie

FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine

ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie

COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie

SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
ATER		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
PLP		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur ROUGE-MAILLART Clotilde

Vous me faites l'honneur de présider le jury de thèse. J'espère être digne de votre considération à l'égard de ce travail. Veuillez trouver ici l'assurance de mes sincères remerciements ainsi que l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur BELLANGER William,

Vous avez accepté de diriger ce travail de recherche qui n'aurait pu aboutir sans votre accompagnement, votre disponibilité, vos précieux conseils et votre bienveillance. Vous m'avez redonné confiance tout au long de l'écriture de ce projet. Je vous exprime ici ma sincère gratitude ainsi que l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Madame le Docteur PENCHAUD Anne-Laurence,

Je vous remercie d'avoir accepté la codirection de cette thèse. Nos rencontres et discussions de fond ont été des plus enrichissantes et ont mis en lumière ce qui m'était invisible. Votre regard et vos remarques ont contribué à pousser ma réflexion au-delà de ce que je me sentais capable de faire. Recevez ici la preuve de ma reconnaissance la plus sincère.

A Monsieur le Docteur MOUILLIE Jean-Marc,

En siégeant dans ce jury, vous me faites l'honneur de votre expertise. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assuré de ma profonde estime.

A Madame le Docteur DEHAINAUT Marion,

T'avoir au sein de mon jury de thèse est une chance. Ton professionnalisme m'a beaucoup inspirée, ton soutien et tes conseils m'ont aidée à aller jusqu'au bout de ce travail. Vois en ces lignes l'assurance de mon amitié et l'expression de mes remerciements les plus chaleureux.

A tous les médecins généralistes de l'étude,

Je vous remercie tous d'avoir accepté de participer à cette thèse. Vous rencontrer m'a fait découvrir un aspect insoupçonné de notre spécialité et a renforcé ma vocation. Sans vous, rien n'aurait été possible.

A Camille,

Sans qui la triangulation des données n'aurait pu être réalisée. Ta vision des choses était une vraie bulle de lumière. Je te remercie infiniment pour ton aide. Puisses-tu, toi aussi, arriver bientôt au bout de ce long tunnel.

A Lorène,

Pour ta relecture, tes remarques judicieuses, ton amitié et ta gentillesse. Nos échanges professionnels et personnels m'ont permis de mieux appréhender certaines situations. Je te remercie du fond du cœur.

REMERCIEMENTS

A mes parents, Maman et Papa. Vous avez vécu des atrocités, vous avez su vous relever et tout reconstruire ici à partir de rien. Vous nous avez tout donné pour que nous puissions nous envoler le moment venu. Vous avez toujours été présents pour moi. Vous m'avez accompagnée durant toutes ces longues études et bien au-delà. Aujourd'hui, je vous dédis ce travail. J'espère que vous serez fiers de moi.

A ma tante Mak Ming qui m'a élevée comme sa fille et Tonton Eng, vous m'avez vu grandir, vous avez suivi mon parcours et été témoins de mes réussites et de mes échecs. Merci pour votre amour et votre soutien. Puissé-je vous accompagner comme vous l'avez fait pour moi.

A ma grande sœur Tévyden "Bangty", Clément, Céleste et Alexandre. Vous avez toujours été présents pour moi et m'avez remonté le moral lorsqu'il était au plus bas. Vos conseils me sont précieux. Merci de m'entourer avec tant d'amour.

A ma grand-mère Mak Yeay, qui veille sur nous.

Au reste de ma famille, ici et par-delà les océans.

A mes beaux-parents, Elisabeth et Joël. Je vous remercie de m'avoir accueillie dans votre famille. Votre sollicitude et votre bienveillance comptent beaucoup pour moi.

A mon beau-frère Lucas et Marine. Je crois avoir fait une réussite critique !

A mes amis de Paris, Jérôme, Mélanie, Félicia, Brigitte, Ornella, Jhoicy, Ava, Pilar. On en a bavé, mais c'était pour la bonne cause. A présent, je vous rejoins dans la cour des grands.

A mes amis d'Angers et premiers co-internes de Saumur, Marianne, Clovis, Marine, Laura, Céline, Lilia et les autres. Vous avez été mes premiers amis ici. Merci pour tous ses moments passés !

A mes coloc, Thomas, Anysia, Thibaut (une pensée pour Lyra), Clotilde et les internes de Mayenne. Ces 6 mois avec vous furent sans doute les meilleurs.

A tous les médecins que j'ai rencontrés au cours de ce cursus, professeurs, tuteurs, maîtres de stage, collègues médicaux et paramédicaux. Vous m'avez formée et c'est grâce à vous que je suis médecin aujourd'hui.

A mes nounous, Mireille, Françoise et Isabelle. Merci pour tout ce que vous faites, vous êtes extraordinaires.

A ma future associée Lise-Marie et notre secrétaire Sylvie, qui ont su placer leur confiance en moi.

A mon homme Simon, ma moitié, mon meilleur ami, mon amour. De Bichat à Angers, beaucoup d'années se sont écoulées. Tu m'as appris à aimer, à avoir confiance en quelqu'un. Tu m'as soutenue dans mes pires doutes et supportée dans les pires éclats. Tu es et as toujours été à mes côtés. Tu me connais comme du riz sauté japonais. Tu es un père incroyable. Ton humour est inimitable, ton amour incomparable. Je t'aime !

A mon petit Paul. Ton arrivée a bouleversé nos vies. Je ne pourrais plus jamais vivre sans toi. Tu fais de nous des parents comblés. Merci pour ta joie, tes rires et tes bêtises ! Ça y est, Maman a fini !

Liste des abréviations

CSP	Code de la Santé Publique
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
GEAP	Groupe d'Echanges et d'Analyse de Pratique
IE	Intelligence Emotionnelle
PH	Patients <i>Heartsink</i>
SMI	Symptômes Médicalement Inexpliqués
WONCA	<i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i> ou <i>World Organization of Family Doctor</i> Organisation Mondiale des Médecins Généralistes/Médecins de Famille

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. **Caractéristiques démographiques des médecins participants**
2. **Caractéristiques socio-démographiques des patients présentés**
3. **Analyse des résultats**
 - 3.1. **Qu'est-ce qu'un patient difficile *Heartsink* ?**
 - 3.1.1. Un phénomène évocateur
 - 3.1.2. Ce patient est-il *Heartsink* ?
 - 3.1.3. Fréquence des patients *Heartsink*
 - 3.1.4. Un patient difficile : une typologie
 - a) Difficulté liée à la clinique compliquée du patient
 - b) Difficulté liée à la complexité du patient
 - c) Difficulté interne du médecin
 - 3.2. **Emotions du médecin**
 - 3.2.1. Agacement du médecin
 - 3.2.2. Impuissance du médecin
 - 3.2.3. Envahissement du médecin
 - 3.2.4. Crainte du médecin de l'erreur médicale
 - 3.2.5. Personnalité du médecin
 - 3.3. **Perceptions du médecin**
 - 3.3.1. Phénomène récent
 - 3.3.2. Patients *Heartsink*, des patients anxieux
 - 3.3.3. Impasse
 - 3.3.4. Plainte comme identité du patient
 - 3.3.5. Contraire du patient idéal
 - 3.3.6. Conflits d'autorité
 - 3.4. **Caractéristiques des cas présentés**
 - 3.4.1. Agressivité du patient
 - 3.4.2. Personnalité particulière du patient
 - a) Personnalité autoritaire
 - b) Exigence
 - c) Pathologies psychiatriques
 - d) Personnalité histrionique
 - e) Personnalité état-limite/Ambivalence
 - 3.4.3. Habitus et environnement du patient
 - 3.4.4. Recours à la chirurgie
 - 3.4.5. Répercussions socio-professionnelles
 - 3.4.6. Nomadisme médical
 - 3.5. **Suivi médical des patients difficiles**
 - 3.5.1. Expérience professionnelle des médecins
 - 3.5.2. Stratégies de suivi
 - a) Résoudre avant de rentrer à la maison
 - b) Résilience du médecin

- c) Cadrage du patient
- d) Supervision du médecin
- e) Mise en garde
- f) Rupture du suivi
- g) Aide ordinaire
- h) Recours à des intervenants extérieurs et avis spécialisés

3.6. Relation médecin-malade

- 3.6.1. Rôle du médecin
- 3.6.2. Relation médecin-malade insatisfaisante
- 3.6.3. Relation ambivalente
- 3.6.4. Relation médecin-malade : une relation affective
- 3.6.5. Tournant de la relation

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Forces et limites de l'étude

2. Résumé des résultats

2.1. Le profil du patient *Heartsink* : portrait-robot

2.2. La fonction du soin

3. Analyse des résultats

3.1. Patients *Heartsink*, théorie et pratique

- 3.1.1. Définition du Patient *Heartsink*
- 3.1.2. Des profils variables selon le médecin
- 3.1.3. L'anxiété au premier plan : les troubles somatomorphes

3.2. Violences et attachement

- 3.2.1. Impact des traumatismes antérieurs
- 3.2.2. Style d'attachement du patient

3.3. Rôle de la personnalité du médecin

- 3.3.1. Le rapport du médecin à la somatisation
- 3.3.2. L'inconfort de l'incertitude
- 3.3.3. Frustration réciproque

3.4. Compétences professionnelles et émotionnelles

- 3.4.1. Intelligence émotionnelle et style d'attachement du médecin
- 3.4.2. Groupe Balint

3.5. Patient *Heartsink*, le naufrage de la relation médecin-malade

- 3.5.1. Des attentes différentes
- 3.5.2. Un temps de consultation limité
- 3.5.3. Un partenariat compromis
- 3.5.4. Une relation stérile

3.6. Une relation éthique ?

4. Conclusion

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

La médecine générale est une spécialité médicale définie en 2002 par la WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians – Société européenne de médecine générale – médecine de famille) (1) comme une « spécialité clinique orientée vers les soins primaires » (2). Elle se pratique essentiellement en consultations, au cours desquelles s'établit une relation médecin-malade basée sur le partenariat et un climat de confiance (3,4) (annexe 1). Le dispositif de la consultation postule qu'une personne adresse librement une demande au praticien qui y répond par une offre de soins. Il s'agit en général de l'élaboration d'un diagnostic de situation à partir des symptômes exposés par le patient d'une part, et des signes décelés ou non au décours de l'examen d'autre part. La consultation demeurant une rencontre entre deux individus ayant chacun leurs espoirs, leurs représentations et leurs histoires, des attentes réciproques sont escomptées. Le patient espère globalement du médecin une certaine expertise et technicité qui sauront soulager ses symptômes et rétablir son autonomie (5). Le médecin se figure quant à lui un « patient idéal », à la fois observant et reconnaissant de son implication et du service rendu (4). Le généraliste peut toutefois éprouver des difficultés relationnelles avec certaines personnes, notamment si leurs aspirations réciproques ne sont pas comblées. Il peut redouter ces interactions particulièrement face à une impasse diagnostique, ou en cas de symptômes médicalement inexpliqués que peut rejeter le patient (6-10), ouvrant la voie au sentiment d'échec, de déception et de contrariété. Ces émotions négatives peuvent naître également lorsqu'aucune amélioration n'est constatée, expérimentée ou même souhaitée par le patient lui-même, mettant à mal le principe de partenariat de la

relation médecin-malade. Ces patients difficiles sont qualifiés en Grande Bretagne de patients *Heartsink* (11).

Le terme *Heartsink* est un néologisme anglais issu de la contraction du mot *heart*, le cœur et du verbe *to sink* qui signifie couler, sombrer (11). Cette expression, évoquée par Ellis en 1986 (12), est reprise et développée en 1988 par O' Dowd pour désigner l'« accablant mélange d'exaspération, de défaite et parfois de simple aversion qui occasionne de l'angoisse » chez les professionnels de santé (11), qui se « noient » lorsque ces patients les consultent (10). Groves dénommait en 1978 ces personnes sous le terme de « patients détestables » (« *hateful patients* ») (13). Après les avoir classés en quatre groupes distincts, il y détaillait sa ligne de conduite pour chaque groupe de patients. Ellis en 1986 préférait le mot dysphorie (« *dysphoria* ») pour décrire « les sensations de nœud à l'estomac quand le nom de ces patients sont présents sur l'agenda de rendez-vous ». Il décrivait ces personnes comme des « malheureux chroniques » nécessitant des consultations longues, dédiées et régulièrement programmées (12). En 1988, Gerrard et Riddell listaient dix catégories de patients difficiles avec leurs stratégies respectives de soin (14) (annexe 2).

Pourtant, ces patients souffrent réellement. Leur état de santé est ressenti détérioré. Ils peuvent notamment rapporter plus de troubles à symptomatologie somatique ou somatomorphes, médicalement inexpliqués (15,16). Leur recours aux soins peut être fréquent, générant des consultations itératives et coûteuses (17-21). Or, les soins conventionnels sont moins efficaces dans ces situations complexes, les examens prescrits nombreux et non contributifs, maintenant ces personnes dans un état d'insatisfaction (15,22).

La proportion des patients *Heartsink* dans la patientèle d'un généraliste est estimée entre 1 à 15 % (23-25). Ils constituent un groupe hétérogène sur le plan physique, psychique, psychiatrique et/ou social et n'ont pour seul point commun que la détresse ressentie par leur médecin (7,8,12). Brosser un portrait type d'un patient pénible semble donc être, d'une part, un exercice ardu puisque chaque praticien possède ses propres critères l'amenant à considérer une personne comme *Heartsink* ; et d'autre part, éthiquement discutable (8,9,14,26-28). En effet, le concept de patient *Heartsink* interroge l'essence même de la relation médecin-malade : l'éthique médicale reposant sur les travaux de Beauchamp et Childress dont les quatre principes fondamentaux sont la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect de l'autonomie et la justice (29,30), est-il éthique de considérer un patient *Heartsink* ? Selon l'article R.4127-7 du Code de la Santé Publique relatif à la non-discrimination, « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, [...], leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard » (31) : est-il alors déontologique de ressentir des émotions négatives envers certaines personnes ? L'article R.4127-35 du CSP relatif à l'information du patient souligne que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension » (32) : devons-nous tout lui dire, notamment l'effet qu'il engendre chez le praticien ? N'existe-t-il pas une perte de chance sur l'accessibilité aux soins de ce groupe d'individus ? Certains auteurs suggèrent que face à ces émotions négatives, le praticien peut craindre de mal soigner ces personnes, d'être induit en erreur (4,8,25,33).

Le concept de patient *Heartsink* est difficile à définir, puisque les données de la littérature sont rares. Malgré une définition imprécise, il s'agit d'un phénomène fréquent et rencontré dans tous les secteurs du soin (19,23-25,28,34,35). La formation médicale initiale ne prépare pas ou peu les futurs praticiens à ces consultations potentiellement conflictuelles qu'ils seront amenés à réaliser (36,37). Comment les médecins généralistes développent-ils leurs aptitudes à prendre soin des patients *Heartsink* ?

En outre, comment définir et reconnaître un patient *Heartsink* ? Pourquoi sont-ils perçus comme pénibles par les médecins ? Quel est l'impact de ces consultations sur la relation médecin-malade ? Ces considérations sont-elles éthiques ?

MÉTHODES

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de mieux comprendre comment les médecins généralistes perçoivent les patients *Heartsink*.

Les objectifs secondaires sont :

- Proposer une définition des patients *Heartsink*.
- Mieux comprendre pourquoi certains patients sont perçus comme pénibles par les médecins.
- Mieux renseigner la pratique des soins premiers et son contenu disciplinaire en explorant la relation médecin-malade dans ce contexte.
- Evaluer les enjeux éthiques de ce type de relation médecin-malade.

Type d'étude

Il s'agit d'une analyse de pratiques professionnelles par étude qualitative, au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés, réalisée entre Février 2021 et Septembre 2022.

Critères d'inclusion et de non-inclusion de la population d'étude

La population étudiée se compose de médecins généralistes du Maine-et-Loire, installés depuis 5 ans ou plus et exerçant en milieu urbain, semi-rural ou rural en cabinet seul, de groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle.

Ont donc été non inclus les médecins généralistes salariés, ceux ayant une activité mixte, ceux installés depuis moins de 5 ans, retraités et/ou n'exerçant pas en Maine-et-Loire.

Stratégies d'échantillonnage et modalités de recrutement

La méthode d'échantillonnage choisie est celle de l'échantillon en « boule de neige » ou séquentiel. Les médecins généralistes ont été recrutés sur la base du volontariat par contact téléphonique, courrier postal ou électronique pour convenir d'une rencontre. Une lettre d'information leur a été préalablement remise, détaillant le thème de l'étude et les conditions de l'entretien. Un accord oral a été recueilli avant chaque début d'entretien.

La taille de l'échantillon a été définie en fonction de la saturation des données théoriques.

Prédispositions des chercheurs

Les médecins généralistes rencontrent tous des patients *Heartsink* dans leur patientèle. Ces consultations sont inconfortables car elles mettent les praticiens face à l'échec du soin, au constat impuissant que les limites du savoir médical sont atteintes et par extension, au spectacle de leur propre impuissance. L'identification de ces derniers est propre à chaque médecin mais l'émergence des sentiments négatifs est commune. Ces émotions négatives sont le reflet de la blessure narcissique infligée par le patient au médecin qui ne remplit pas le rôle attendu, fantasmé.

Au fil de ces rencontres, les praticiens apprennent à accepter leurs propres émotions négatives du fait d'une meilleure introspection, leur permettant de prendre du recul et d'améliorer le suivi ultérieur de ces patients particuliers. Ils peuvent élaborer des stratégies d'évitement ou adoptent progressivement des comportements décrits dans la littérature, tels que l'allongement du temps de consultation ou au contraire sa réduction, la programmation anticipée de rendez-vous réguliers, un cadrage du contenu de la consultation avec la limitation du nombre de motifs abordés. Cette adaptation leur a permis d'apaiser ces situations conflictuelles afin de conserver la relation de soins avec ces personnes. Dans d'autres cas au contraire, le lien est rompu par l'une des parties.

Recueil de données

Le guide d'entretien a été établi d'après la littérature et des présuppositions initiales du chercheur. Il se compose de trois parties ponctuées de questions de relance, de préférence ouvertes, ayant fait l'objet de quelques modifications au cours de l'étude pour améliorer sa précision (annexe 3). La première partie invite les médecins interrogés à raconter une situation avec un patient perçu comme pénible. La deuxième partie s'intéresse de façon plus globale aux soins prodigués aux patients *Heartsink* des médecins recrutés. La dernière partie permet de récolter les données démographiques des participants. Le guide d'entretien a été modifié à l'issue des trois premières participations, permettant l'ajout d'une question introductory invitant les médecins en début d'entretien à donner leurs propres définitions de patients difficiles.

Les entretiens se sont situés en présentiel sur le lieu de travail de chaque participant, exceptionnellement sur le lieu de travail du chercheur, ou en distanciel par visioconférence. Dans la majorité des cas, ils ont été soumis à un enregistrement audio simple à l'aide d'un dictaphone OLYMPUS VN-540 équipé d'un microphone. Parfois, un second enregistrement audio sur une application d'enregistreur installé sur le téléphone portable de l'étudiant y était couplé. Des annotations lors des rencontres ont été rédigées notamment pour consigner le langage non verbal.

Ces entrevues ont ensuite été retranscrites mot à mot, avec indication des comportements non verbaux relevés, via le programme Microsoft Word©. Elles ont été ensuite anonymisées pour l'analyse de données. Chaque médecin est associé à une lettre de l'alphabet allouée de façon chronologique. Les entretiens seront identifiés par la lettre E comme entretien suivi par un chiffre octroyé également de façon chronologique.

Analyse des données

S'agissant de théoriser sur un phénomène empirique, la théorisation ancrée apparaît comme la méthode la plus adaptée pour l'analyse de données puisqu'elle permet l'étude de phénomènes peu connus ou peu explorés. De plus, ce procédé est plus pertinent pour explorer les processus sociaux ou les situations dynamiques des relations interhumaines.

L'élaboration théorique s'est construite méthodiquement par l'analyse de verbatims. La codification et la catégorisation des thèmes ont été effectuées par le chercheur lui-même à l'aide du logiciel NVivo® et des logiciels Microsoft Word® et Microsoft Excel®. La triangulation des données sera effectuée pour 2 des entretiens par une interne de médecine générale faisant sa thèse sur un sujet analogue de l'Université Paris Cité.

Sollicitation d'un Comité d'Ethique

La méthode de recherche s'inspire des sciences humaines et sociales, il cherche à évaluer des pratiques professionnelles dans le respect de la méthodologie de référence MR-004 recommandée par la Commission Nationale Informatique et Libertés. Il n'est donc pas soumis à la loi Jardé car il ne relève pas de la recherche impliquant la personne humaine. Aucune donnée personnelle de santé n'est exploitée.

Du fait des considérations éthiques et déontologiques que le thème de la question de recherche soulève et dans l'optique initiale d'une publication de ce travail, la sollicitation d'un Comité d'Ethique a été envisagée. Or, compte tenu des impératifs de délais (nécessité d'une soutenance de thèse fin octobre 2022 au plus tard), aucun avis n'a pu être réellement demandé.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques démographiques des médecins participants

Sur les quatorze médecins contactés entre le 03 Février 2022 et le 30 Juin 2022, douze ont accepté de participer à l'étude soit 6 hommes et 6 femmes, les deux derniers médecins n'ayant pas pu contribuer par manque de disponibilité. Un médecin (E7) n'a pas été inclus dans l'étude du fait d'une installation trop récente, inférieure à 5 ans. La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes et 25 secondes (de 13 minutes pour le plus court à 1 heure 04 minutes et 37 secondes pour le plus long).

L'âge moyen des intervenants s'élevait à 47 ans (médecins âgés de 35 à 63 ans). Ils étaient installés en moyenne depuis 16,3 ans (5,5 ans pour le plus récent, 33 ans pour le plus ancien). Six médecins sur onze se sont installés dans l'année suivant la soutenance de leur thèse ; les autres ayant effectué des remplacements avant leur établissement. 55% d'entre eux exercent en milieu semi-rural contre 36% en milieu urbain et 9% en rural. 6 médecins sur 11 exercent en cabinet de groupe, 4 en maison pluridisciplinaire de santé et 1 en cabinet seul. Les participants comptaient en moyenne une patientèle de 1285 personnes chacun pour laquelle ils étaient déclarés médecin traitant, variant de 500 à 2270 (Tableau I).

Aucun participant n'était familier avec le concept de patient *Heartsink* mais l'ensemble des intervenants a considéré que les situations rapportées pouvaient être envisagées comme telles : « *C'est ça, c'est exactement ça !* » E4 / « *Ben avec lui, c'est un peu ça, hein ! C'est un peu ça, alors là ! Quand je le vois, oh putain...* » E5.

Tableau I : Caractéristique des médecins participants

Entretien	Sexe	Âge	Milieu d'exercice	Années d'installation	Conditions d'exercice	Patientèle médecin traitant	Durée de l'entretien
E1	H	55	Semi-rural	27	Cabinet de groupe	1500	22min57
E2	H	60	Semi-rural	32	Maison pluridisciplinaire	1700	26min10
E3	H	40	Semi-rural	10	Maison pluridisciplinaire	2270	21min50
E4	H	37	Semi-rural	9	Maison pluridisciplinaire	1850	1h04min37
E5	H	56	Semi-rural	24	Cabinet en exercice seul	960	56min01
E6	F	42	Rural	12	Cabinet de groupe	750	24min43
E8	H	63	Semi-rural	33	Maison pluridisciplinaire	1200	40min20
E9	F	46	Urbain	15	Cabinet de groupe	500	20min09
E10	F	42	Urbain	9	Cabinet de groupe	1000	13min44
E11	F	42	Urbain	10	Cabinet de groupe	1400	31min08
E12	F	35	Urbain	5,5	Cabinet de groupe	1000	13min00

2. Caractéristiques socio-démographiques des patients présentés

Les médecins étaient invités à raconter une situation clinique d'un patient ou d'une patiente qu'ils estimaient compliqué(e). 20 cas ont été abordés, certains praticiens pouvant décrire jusqu'à quatre situations différentes, la moyenne étant de 1,8 cas par praticien. Parmi les personnes présentées, 65% concernaient des femmes, 35% des hommes (Figure 1).

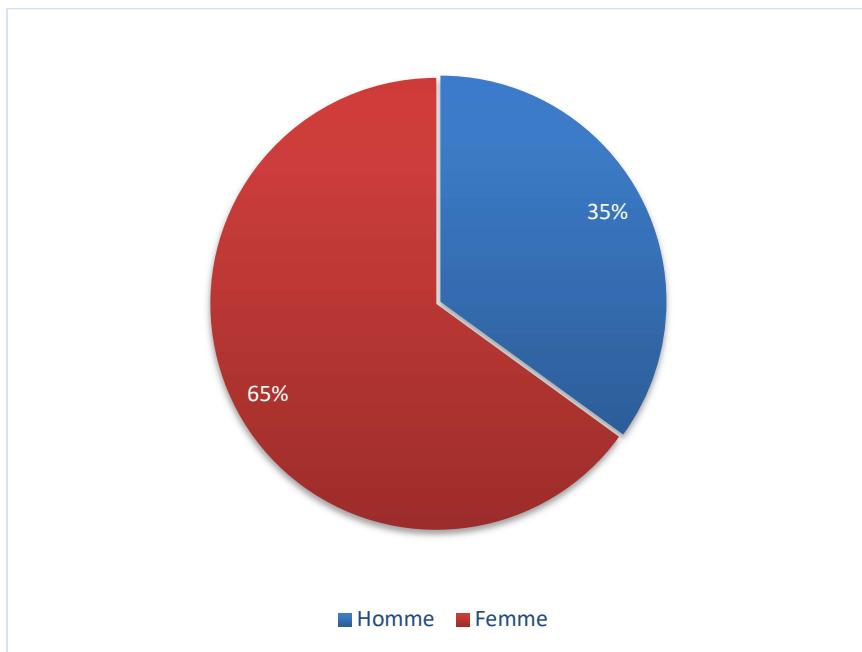


Figure 1 : Répartition des patients difficiles selon leur sexe

L'âge moyen des patients était de 60,8 ans. La tranche d'âge 60-69 ans était la plus représentée, comptant 5 individus. Il n'y avait pas d'indication d'âge pour 4 personnes (Figure 2).

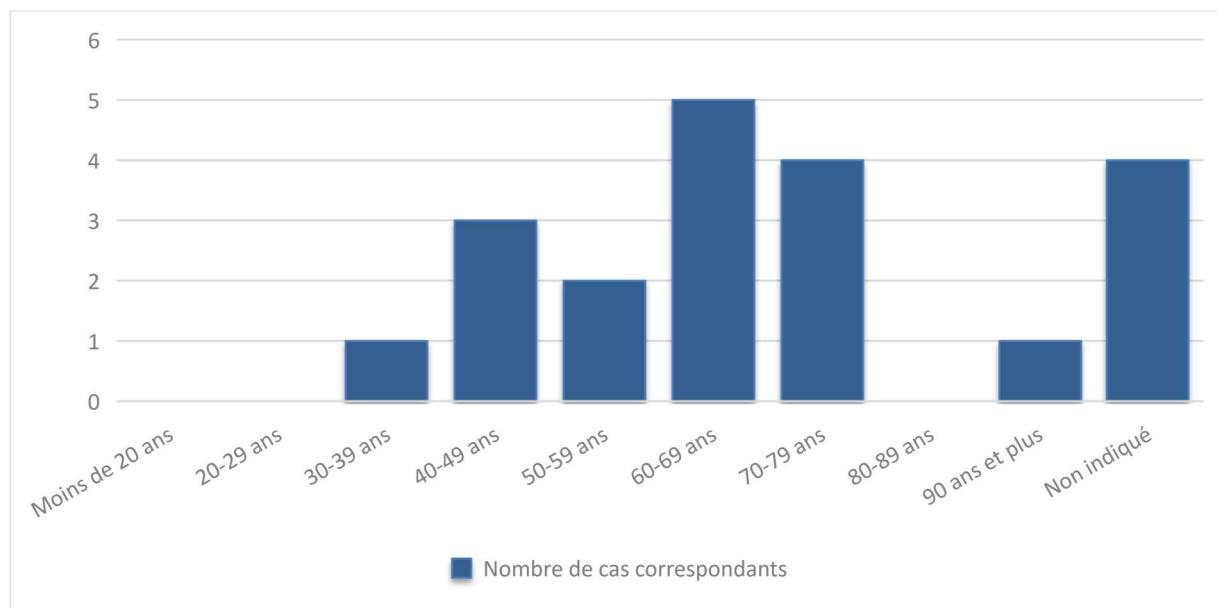


Figure 2 : Répartition des patients difficiles selon leur âge

Concernant les catégories socioprofessionnelles, 10 cas sur 20 n'avaient pas été précisées par les participants ou ne sont pas connues (Tableau II). Pour les 10 autres, la catégorie des professions intermédiaires semble se démarquer. Seule celle des agriculteurs exploitants n'était pas représentée (Figure 3).

Tableau II : Profession des patients difficiles présentés

Entretien	Profession	Catégories socio-professionnelles
E1	Infirmière	4 Professions intermédiaires
E3	Vendeuse en boulangerie	5 Employés
E4	Usineur	6 Ouvriers
E5	Gardien de prison	5 Employés
E6	Cheffe d'entreprise	2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
E8	Institutrice	4 Professions intermédiaires
E9	Aide-soignante	4 Professions intermédiaires
E10	Professeur de musique	3 Cadres de professions intellectuelles supérieures
E11	Institutrice	4 Profession intermédiaire
E12	Femme de ménage	5 Employés / Employées

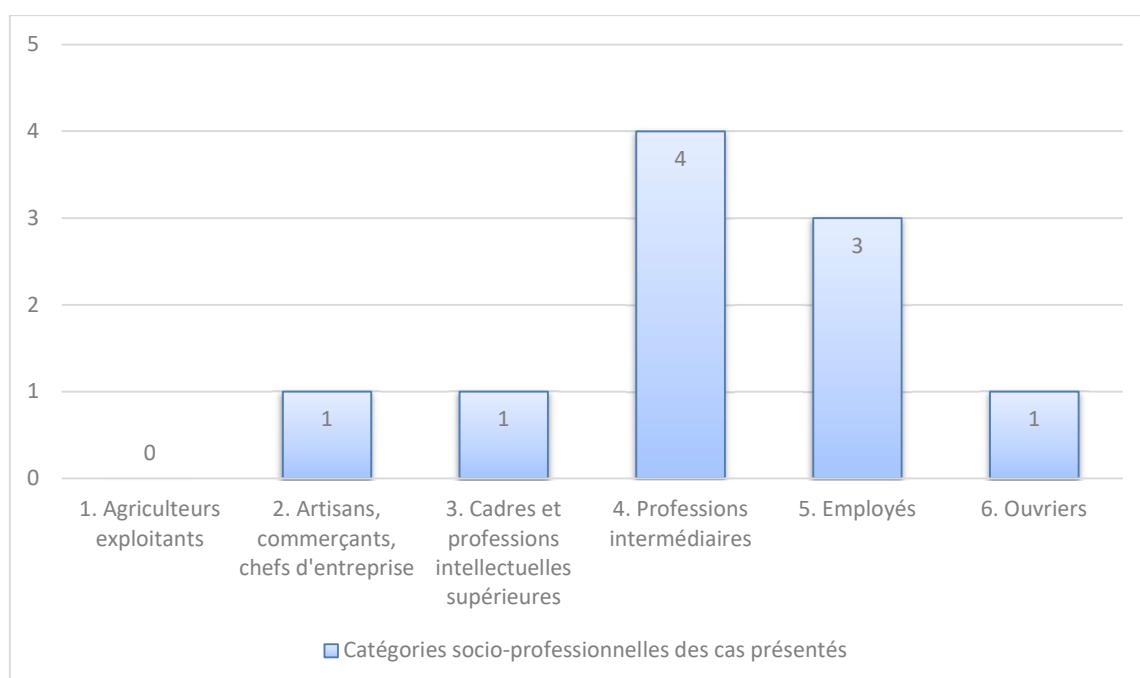


Figure 3 : Catégories socio-professionnelles des patients difficiles

3. Analyse des résultats

3.1. Qu'est-ce qu'un patient difficile *Heartsink* ?

3.1.1. Un phénomène évocateur

Le terme « patients difficiles » suggérait d'emblée des personnes dans l'esprit de tous les participants : « *Ça m'évoque que j'en ai beaucoup !* » E9, faisant écho à une expérience professionnelle commune : « *Ça m'évoque des gens ! (rires) Je vois des têtes !* » E11.

Les médecins étaient enjoints de trouver au moins trois qualificatifs pour les patients qu'ils avaient décidé de présenter. La fréquence des occurrences est représentée en Figure 4.



Figure 4 : Nuage de mots à propos des patients *Heartsink*

3.1.2. Ce patient est-il *Heartsink* ?

Après la présentation du concept de patient *Heartsink* (PH) et de sa définition traduite de l'anglais, trois cas de figure se sont démarqués.

Le concept de patients *Heartsink* résonnait avec les difficultés que traversaient les médecins avec les personnes qu'ils avaient choisies de décrire, comme l'indique E12 : « *Totalement ! On est là-dedans !* ». E6 précise que : « *Quand je vois son nom sur le planning, (rires) ça me fait soupirer et je redoute un peu ce moment !* » ; de même que E4 : « *On a plus d'émotions que*

de raisons, que de dialogues, que de discussions, que de débats, que [...] de raisonnement médical. »

Cette conception est à pondérer puisque l'anéantissement éprouvé n'était pas aussi intense que ne le laissait suggérer la définition de O'Dowd : « *Maintenant, je n'ai plus l'impression d'être dans l'angoisse* » E2.

Dans certains cas, la dernière consultation avec le patient pénible avait été l'occasion d'une prise de recul sur la situation, autorisant le médecin à mesurer ses ressentis pour l'amener à adopter une nouvelle approche : « *Alors j'avoue qu'au début ça m'énervait. Et puis [...], la dernière fois, j'ai dit : « Ah ouais, bon, je laisse couler, c'est comme ça ! » (rires) Et ça, ça m'a fait du bien !* » E12.

Parfois, le concept était compris sans pour autant être rencontré en pratique. L'exaspération était considérée comme hors-champ en médecine générale par E8 « *parce que c'est la porte ouverte disons à la routine, et la routine [...] ne doit pas exister donc en médecine sinon [...] ce n'est plus notre travail.* »

3.1.3. Fréquence des patients *Heartsink*

De façon globale, la fréquence des patients *Heartsink* était faible. Les médecins estimaient en moyenne en suivre 15 dans leur patientèle pour laquelle ils étaient désignés comme médecin traitant (de 1 patient pour le plus faible à 50 patients pour le plus élevé). En pourcentage, la proportion moyenne est d'environ 1.45%, soit entre 0.10% et 5,00% de la patientèle totale des médecins interrogés (Tableau III).

Tableau III : Proportion de patients *Heartsink* dans la patientèle des médecins interrogés

Entretien	Patientèle	Nombre de cas abordés	Nombre de cas estimés	Proportion/patientèle
E1	1500	1	10	0,67%
E2	1700	1	15	0,88%
E3	2270	1	15	0,66%
E4	1850	2	30	1,62%
E5	960	4	10	1,04%
E6	750	2	5	0,67%
E8	1200	2	2	0,17%
E9	500	2	25	5,00%
E10	1000	1	50	5,00%
E11	1400	2	2	0,14%
E12	1000	1	1	0,10%
MOYENNE	1284,5	1,73	15	1,45%

3.1.4. Un patient difficile : une typologie

Les médecins étaient invités à exposer ce que le terme « patient difficile, compliqué » leur évoquait. Plusieurs types de difficulté se sont dessinés.

« *Difficultés au niveau hum.... Relationnel, difficultés au niveau de la prise en charge médicale, et puis difficultés vis-à-vis des sentiments que ça peut éveiller en nous, en tant que professionnels de soins* » E6.

« *Et c'est vrai que je les mettais, je faisais plusieurs catégories de fardeau* » E2.

a) Difficulté liée à la clinique compliquée du patient

Il s'agit de la difficulté liée au terrain médical du patient, à la gravité de la maladie et de ses complications qui rendent les soins et le suivi délicats : « *Quelqu'un que tu prends en charge, et puis, donc, tu sais que de toute façon, l'état général ne s'améliorera jamais* » E2

b) Difficulté liée à la complexité du patient

Plusieurs participants ont cité la difficulté liée au malade lui-même et aux « *sentiments parfois assez fort (rires) [...] que l'on doit garder au fond de nous, gommer, pour rester correct dans la relation* » E6. Ce sont avec ces personnes « *qui gâchent un peu la vie* » E9 que la relation de soin engendre un malaise envahissant.

Les termes employés à l'égard de ces patients sont souvent connotés négativement, ce qui reflète l'impact émotionnel vécu par les médecins :

- Pénible : le mot « pénible » revenait de façon récurrente.

« *Les gens qui vont être sur le mode de l'agressivité. Je pense que c'est ça qui me dérange le plus, et qui [...] peuvent être pénibles pour moi* » E10.

- Fardeau : ces patients difficiles pouvaient également être qualifiés de fardeau par d'autres médecins, comme une charge imposée : « *C'est ma croix ! Chacun la porte, voilà.* » E2 / « *J'avais l'impression qu'elle me demandait que je la porte, mais je voulais pas la porter, elle était trop lourde !* » E9.
- Toxique : Certains praticiens les définissaient comme toxiques parce qu'ils « *vident un peu en énergie et qu'il faut réussir à se ressourcer après !* » E3. La réaction envers ces personnes pouvait être virulente, avec l'utilisation de locutions peu amènes : « *Pour parler cru, elle m'emmerde.* » E2 / « *Ils me sortaient vraiment par les trous de nez* » E3.

Les patients *Heartsink* étaient parfois comparés à des objets par les médecins, cédant ainsi leurs statuts de sujet de soins à celui d'objet de soins : « *Celle-là, elle me glisse entre les doigts, c'est vraiment la savonnette, quoi.* » E1 / « *C'est un monument, cette dame-là, un monument... !* » E5 / « *C'est un peu l'élastique, quoi !* » E8.

c) Difficulté interne du médecin

Une autre vision de fardeau vis-à-vis des patients difficiles a été abordée. Elle concernait le poids de la culpabilité du médecin de ne pas avoir mené à bien ses investigations, de ne pas avoir prodigué de soins optimaux. Comparé aux autres difficultés rencontrées, ce fardeau qualifié d'interne était autant, si ce n'est plus, déstabilisant, « *c'est (sic) des fardeaux qui m'empêchent plus de dormir que les premiers* » E2.

3.2. Emotions du médecin

3.2.1. Agacement du médecin

Les médecins décrivaient de l'agacement ou de l'exaspération lorsque ces patients difficiles les consultaient. Cet agacement pouvait naître par suite d'une situation de refus thérapeutique : « *c'est d'être dans un agacement où je sens vraiment que la prise en charge psychologique pourrait être de nature à l'améliorer et qu'elle est dans une opposition thérapeutique* » E1 ; de déni de la pathologie ou d'impasse : « *Les patients qui se plaignent tout le temps, ça nous agace !* » E5.

- Énergivore

Les médecins exposaient l'impression d'une quantité importante d'énergie mobilisée lors de leurs rencontres avec les patients difficiles, comme l'exprime E1 : « *Quand on les a tous vus dans la semaine, on est sur les rotules, quoi ! (rires)* », ainsi que la nécessité de ne pas « *enchaîner trop de patients toxiques de suite (rires) !* » E3, au risque d'être épuisés mentalement.

Le fait de devoir déployer autant d'énergie à chaque fois exposait le médecin au risque d'erreur médicale par capitulation : « *Et je n'ai plus l'énergie, en fait, de chercher ce qu'elle voulait, de*

cadrer les choses. » E9 / « Elle m'usait tellement que bon, allez, hop ! C'était pas méchant, c'était pas grave... Et puis [...], à simplifier l'examen ! Et c'est ça, le danger ! » E5.

– Chronophage

Le débordement excessif et répété du temps de consultation des patients difficiles revenait de façon itérative dans les témoignages recueillis, participant à l'exaspération des médecins, comme chez E1 : « *Je suis énervé parce que j'ai perdu 25 min de mon temps pour, bah finalement, pas grand-chose* » E1.

Cette pression liée au temps de consultation est possiblement à rapprocher à celle que le médecin est tenu de respecter vis-à-vis des contraintes de son agenda professionnel et du devoir de recevoir les patients suivants de la salle d'attente : « *Cette consultation a à nouveau duré 45 minutes* » E9.

– Dépenses de santé

Par leurs demandes répétées et leur anxiété persistante, les médecins se sentaient agacés car ils estimaient que ces personnes représentaient soit un coût pour les dépenses de santé : « *J'ai l'impression que je sers à rien, si ce n'est à flinguer le pognon de la sécu.* » E1 / « *Ça participe au trou de la Sécu, les gens comme ça.* » E5 ; soit une perte à gagner du fait de la tarification à l'acte : « *A chaque fois, ça prenait du temps et c'était pas rémunéré* » E9.

3.2.2. Impuissance du médecin

Ces situations difficiles pouvaient éveiller un sentiment d'impuissance pour les médecins. Elles engendraient un malaise dans la relation médecin-malade. Dans le cas de l'injonction du secret d'une erreur médicale, le médecin se retrouvait dans une situation déstabilisante : « *"Qu'est-ce que j'ai le droit de dire ? "* » E3.

L'inconfort pouvait également émaner des propres doutes du médecin sur ses capacités globales à suivre et soigner ses patients, « *ça remet en question vraiment tout un tas de choses, [...] sur lesquelles on pensait ne pas forcément se remettre en question* » E4.

Le praticien a perdu pied dans ce suivi dont il ne parvenait pas à en maîtriser les contours : « *Là... [geste d'impuissance] Prrrrt... j'ai l'impression que je sers à rien.* » E1. Ce constat pouvait être commun pour E5 : « *Y a pas que moi qui a cette impuissance vis-à-vis de ça...* »

Parfois le praticien pouvait exprimer de l'agacement et de la culpabilité envers lui-même face à ses décisions ou son manque de fermeté, comme le ressent E6 : « *Ce qui m'agaçait, c'est que je me trouvais un peu lâche parce que je finissais toujours par lui prescrire son traitement.* »

3.2.3. Envahissement du médecin

La situation était telle qu'elle pouvait envahir l'esprit du médecin en se répercutant sur les consultations suivantes ou dans la sphère privée.

« *C'est des patients (sic) qu'on emmène chez nous et dans nos endormissements. [...] Les consultations d'après vont être forcément perturbées parce que on reste sur un espèce de bouillonnement intérieur (sic)* » E1.

« *J'ai pas dormi pendant quelques jours... (rires)* » E2.

« *J'en ai pas dormi de la nuit.* » E11.

« *J'y pense encore !* » E9.

L'attitude de la personne *Heartsink* se répercutait sur l'organisation du cabinet : « *Ce qui a fait déborder le vase, c'est que je me la suis rajoutée sur le planning qui était déjà chargé* » E9.

Ces rencontres pouvaient s'accompagner de réactions émotionnelles assez fortes, avec des symptômes d'angoisse chez certains médecins, qui décrivaient « *une boule au ventre* » E4.

« *Ceux-là, en fait, on en parle avec plus d'émotion. Tiens, j'en pleure encore alors que je ne l'ai pas vu depuis 2016-2017* » E4.

Ils dépeignaient également de l'appréhension à l'idée d'une consultation à venir avec ces personnes, « *toujours en train de penser* : "Qu'est-ce que je vais bien pouvoir encore lui dire ? Qu'est-ce qu'il va encore pouvoir me faire ? Quelle critique il va me faire ? Qu'est-ce que je vais lui dire ?". » E5. Ils anticipaient avec nervosité une rencontre qui ne « *va pas être agréable* ! » E11.

A certaines occasions, des railleries étaient proférées par les médecins, soulignant l'impact émotionnel que ces personnes faisaient naître chez les participants : « *C'était quoi son dernier argumentaire vis-à-vis de la vésicule ? Pffff... [se tient le front] je sais même plus, c'est tellement fumeux que [rires]...* » E1 / « *Au niveau de l'hypocondrie, c'est une championne du monde ! (rires)* » E5 / « *Mais elle n'était pas une bonne patiente ! (rire franc puis sur le ton de l'humour) C'est de sa faute ! Pas la mienne ! (rires)* » E9.

Les généralistes se sont alors posé la question de leur faculté à prolonger le suivi de ces personnes pénibles, à cause « *des émotions qui nous font douter sur ce qu'on est, surtout sur la façon dont on travaille. [...] "Est-ce que je pourrais continuer comme ça, 5 ans, 10 ans, 15 ans [...] ?" C'est pas forcément certain* » E4.

L'emprise que ce suivi génère, par l'aspect énergivore et l'accumulation de charge mentale, participerait à l'épuisement professionnel du médecin.

3.2.4. **Crainte du médecin de l'erreur médicale**

Les médecins en proie au doute étaient exposés à la crainte d'une erreur médicale. Ils ont été tellement marqués par la situation difficile qu'ils craignaient par la suite de rater un diagnostic : « *Comme on dit, à force de crier « Au loup ! », un jour, le loup arrive mais on l'oublie !* » E2 / « *C'est toujours un petit peu ce qui me pourchasse quand je ferme la porte du cabinet.* » E1 / « *C'est des situations piégeantes (sic) où du genre où il y aurait une vraie plainte où je dois m'alarmer et je vais me dire "ouais bah, c'est bon !" (rires)* » E9.

D'autant plus que les symptômes rapportés par les patients pouvaient adopter une certaine intensité : « *Elle arrive toujours avec la précision de ses symptômes, de ce qu'elle a pu lire en se documentant sur Internet, à générer toujours le doute* » E1 / « *Et c'est vrai que c'est très théâtral dans la salle d'attente où, quand elle se lève, elle est pliée complètement en deux, elle marche comme une grand-mère, toc ! penchée en avant* » E3.

Ce doute se répercutait sur les consultations suivantes : « *Ça entraîne des conséquences... Vis-à-vis des autres patients ! [...] On se pose des questions par rapport aux autres prises en charge* » E11.

3.2.5. Personnalité du médecin

Ces émotions dépendent du tempérament et de la personnalité de chaque médecin. Le regret pouvait leur peser comme l'avoue E1 : « *On s'en veut, il y a aussi la culpabilité d'avoir ce genre de pensée.* » / « *Parce que là, je culpabilise encore !* » E9.

Certains déclaraient posséder un degré de tolérance plus tangible face aux rencontres difficiles : « *Il y a certains de mes confrères qui disent que... (rires) que j'ai une certaine tolérance aussi !* » E10 / « *Je suis une hypersensible de la mort qui tue* » E11.

D'autres étaient plus marqués lorsque qu'ils ressentaient une non-reconnaissance de leur implication professionnelle : « *Il n'y a rien de plus frustrant, [...] de mon point de vue, quand tu te bas d'ailleurs et que la personne s'en fout, qu'elle te fasse des reproches pour ça.* » E4 ; Voire s'auto dénigrat : « *Donc moi... Petite merde de généraliste, là !* » E11.

3.3. Perceptions du médecin

3.3.1. Phénomène récent

L'agressivité des patients envers les médecins était vue comme un phénomène récent : « *C'est quelque chose qui s'observe plus récemment, et qui, moi, vraiment me... me dérange* » E10.

3.3.2. Patients *Heartsink*, des patients anxieux

L'anxiété était un thème retrouvé de façon récurrente dans les entretiens. L'altération de l'état de santé pouvant être ressentie comme une source d'angoisse importante, engendrant une position insécuré, les patients se tournaient alors vers leur généraliste en quête de réassurance : « *C'est (sic) des patients très anxieux qui ont des fois besoin d'être rassurés, ou avec des petites plaintes somatiques. Ils imaginent autre chose et le fait de les avoir rassurés, voilà, on arrive à les rassurer* » E1.

La méfiance était un autre trait distinctif des patients difficiles car ces derniers avaient « *des besoins [...] de vérification [...] des données lors de la consultation* » E8. Ils identifiaient le médecin comme une source d'informations scientifiques fiable. Ce dernier consentait à ce rôle : « *ça ne me gêne pas* » E8.

Cette anxiété pouvait être très envahissante chez certains patients, notamment lorsqu'elle est anxiété liée à la santé ou encore un syndrome douloureux régional complexe :

« *Il y en a une qui est une hypocondriaque terrible, qui me, qui appelle tout le temps, qui trouve que je ne la voie pas assez, qui m'appelle la nuit : "Faites appeler le Dr XXX ! J'en peux plus !" pour ses douleurs* » E5. / « *Les fibromyalgiques. [...] Même en usant de tous les artifices [...], des précautions, d'explications et tout, c'est toujours difficile aussi* » E8.

La crainte de découvrir une pathologie grave favorisait aussi l'avènement de l'anxiété : « *Parce qu'elle a peur, hein, elle a très peur, hein ! Il y a, sans doute, là-dessous pas forcément une cancérophobie, mais une phobie disons donc de lui annoncer quelque chose* » E8.

3.3.3. Impasse

Tous les médecins interrogés se sont sentis en situation d'impasse avec leurs patients difficiles : « *C'est à la fois une impasse diagnostique et thérapeutique.* » E1 / « *Je dirais impasse, impasse... euh... Impasse...* » E6.

- Plaintes répétées et persistantes

Les participants ont rapporté comme élément commun la répétition : « *Qui revient de façon fréquente, répétée, pour toujours les mêmes plaintes somatiques* » E1 ; et la persistance des mêmes plaintes « *tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps* » E2 par le patient jugé pénible. Ces doléances étaient pour la majorité des cas des symptômes douloureux ou somatiques.

La difficulté était soulignée par le fait que la situation est figée dans la durée : « *C'est quelqu'un qui se plaint depuis la nuit des temps de ses acouphènes* » E5, ce qui exacerbait le sentiment de non-progression : « *Ça fait 4 ans qu'on tourne en boucle. Donc la durée (accentue le mot « durée ») aussi est pour moi un facteur de souffrance* » E4.

- Examens complémentaires non contributifs

S'ajoutait à la répétition des mêmes motifs de consultation la notion de la réalisation de nombreux examens complémentaires et explorations spécialisées qui étaient soit non contributifs soit normaux, renforçant le sentiment d'impasse : « *Elle a eu une fibroscopie, une colonoscopie, un avis chirurgical, plusieurs scanners thoraco-abdominaux, des échographies, des radios, des biologies, et, évidemment, tout ça est strictement normal.* » E1 / « *Il a essayé l'hypnose, ça n'a pas marché, il a aussi essayé l'acupuncture, ça n'a pas marché, il est allé au centre d'ORL qui ont essayé de lui mettre des appareils, ça n'a pas été, il est allé voir un neurologue* » E5.

- Malice

Les patients étaient soupçonnés de mettre le médecin délibérément dans l'impasse : « *C'est leur plaisir de nous mettre en échec, parfois !* » E6 ; avec une volonté de nuire : « *Elle prenait un malin plaisir à me mettre systématiquement en difficulté avec ça* » E9.

- Opposition et non-observance du patient

L'impasse se rencontrait également lorsque le patient refusait toute proposition thérapeutique ou bien les mettait systématiquement en échec : « *Chaque proposition est presque disqualifiée avant même qu'elle l'essaye ou, en tout cas, quand elle l'essaye, c'est à contre-cœur. Et ça finit jamais par marcher.* » E4 / « *Des gens qui vont être beaucoup dans la demande, on va proposer des choses et en fait, tout ce qu'on propose est mis en échec.* » E6 ; enclavant le suivi dans l'immobilisme.

Du reste, une opposition aux traitements injectables tels que les vaccins ou les perfusions avait été relevée : « *Elle veut pas se faire vacciner* » E1. Cette hostilité pourrait être assimilée à un refus d'intrusion, de pénétration : « *On lui avait proposé des perfs de kétamine, des choses pour essayer de traiter la douleur de manière, enfin, plus profonde. Mais elle a tout refusé, elle ne voulait pas aller jusque-là non plus* » E3.

- Lassitude du patient

Le refus thérapeutique était clairement l'expression de la lassitude du sujet vis-à-vis de l'impasse dans laquelle il se trouvait avec le médecin : « *C'est une qualité de vie de merde. [...] Elle avait arrêté d'elle-même en fait le traitement de la ménopause en disant : "Pffff, j'en ai marre de ça, ça sert à rien !"* » E3.

- Routine

Autour de cette impasse se créait paradoxalement une routine de consultation, les plaintes exposées étant toujours les mêmes et les solutions thérapeutiques inexistantes : « *À chaque fois qu'elle revient, sa parole c'est : "C'est toujours pour la même chose en fait que je viens vous voir..."* » E3.

- Invariabilité

Les médecins ne constataient pas non plus de modification dans le suivi des cas complexes présentés, en dépit d'un changement majeur comme une entrée en institution : « *Quand je vois les transmissions de l'EHPAD, le problème n'a pas évolué.* » E6 ; ou une opération

chirurgicale : « *Elle se retrouve avec des douleurs abdominales, toujours à l'utérus, enfin à l'abdominoplastie mais a des douleurs abdo qui persistent toujours* » E3.

- Déni

L'impasse pouvait être entretenue par le déni du patient à accepter certains aspects de sa pathologie, malgré les arguments objectifs des examens complémentaires : « *Il est vraiment dans le déni de sa pathologie [...] qui est vraiment profond parce que, du coup, ça va l'amener à refuser, même si on lui dit qu'il a une hypokinésie, [...] le stage de réadaptation cardiaque* » E10.

3.3.4. Plainte comme identité du patient

Les médecins s'interrogeaient sur une éventuelle signification cachée de la plainte. Elle pourrait occulter un secret capital s'il était révélé : « *J'ai senti qu'il fallait pas [...] trop que je touche à ça* » E2. La plainte pourrait servir de faire valoir, faisant partie intégrante de l'identité de la personne : « *Je pense que cette femme-là donc est structurée comme ça, que la plainte, c'est sa raison de vivre et que faut pas trop y toucher.* » E2 / « *Et je pense que, elle avait surtout besoin d'être dans la plainte.* » E9 / « *Elle est en train d'entrer dans le système [...] "Aidez-moi mais euh... en même temps... je veux pas spécialement être aidée"* » E10.

3.3.5. Contraire du patient idéal

Les généralistes avaient leurs propres représentations du patient idéal. Ils s'attendaient face à ce patient à remplir correctement leur rôle de médecin. Dans le cas des patients difficiles, ils étaient déstabilisés par la personne en face d'eux car elle ne correspondait pas à l'image qu'ils avaient conçue : « *Je pense que plus notre attente vis-à-vis du patient est haute, plus c'est compliqué si le patient est, voilà, il est pas dans notre idéal, sous-entendu* » E4.

3.3.6. Conflits d'autorité

Un conflit d'autorité émergeait parfois du fait de la catégorie socio-professionnelle du patient difficile qui occupait un poste à responsabilités : « *c'est un ancien gardien de prison. Donc il a une espèce de relation euh.... De, d'un autoritarisme.* » E5 / « *C'est une dame qui était cheffe d'entreprise, [...] qui a aussi maintenant d'autres responsabilités au niveau de la commune, donc politique* » E6.

Ce rapport à l'autorité se retrouvait également dans des cas de patients instituteurs. La difficulté dans leur suivi découlait du fait que la transmission du savoir constituait le cœur de leur métier. Or dans cette relation, le savoir médical est détenu par le médecin : « *C'est... une instit ! [...] Il faut ben sortir des arguments dignes de ce nom pour apaiser un petit peu* » E8.

Les rôles sont inversés.

Les patients exerçant dans le milieu de soin présentaient également un potentiel conflictuel. Le suivi était rendu complexe d'un côté par la familiarité déplacée que ces personnes s'autorisaient avec le médecin : « *Elle partait du principe qu'on était un peu des... Des collègues ! Donc elle m'appelait par mon prénom, elle me tutoyait... D'emblée !! Alors que j'ai jamais travaillé avec elle en milieu hospitalier.* » E9 ; de l'autre, par la certitude du savoir médical qu'ils ont acquis dans leur métier : « *Du fait qu'elle travaille en milieu de soins, enfin, en hôpital local, considérait qu'elle savait ! En fait, donc elle savait ce qu'elle avait, elle savait ce qu'il fallait que je lui prescrive* » E9. Ce qui conduisait à des situations de conflit.

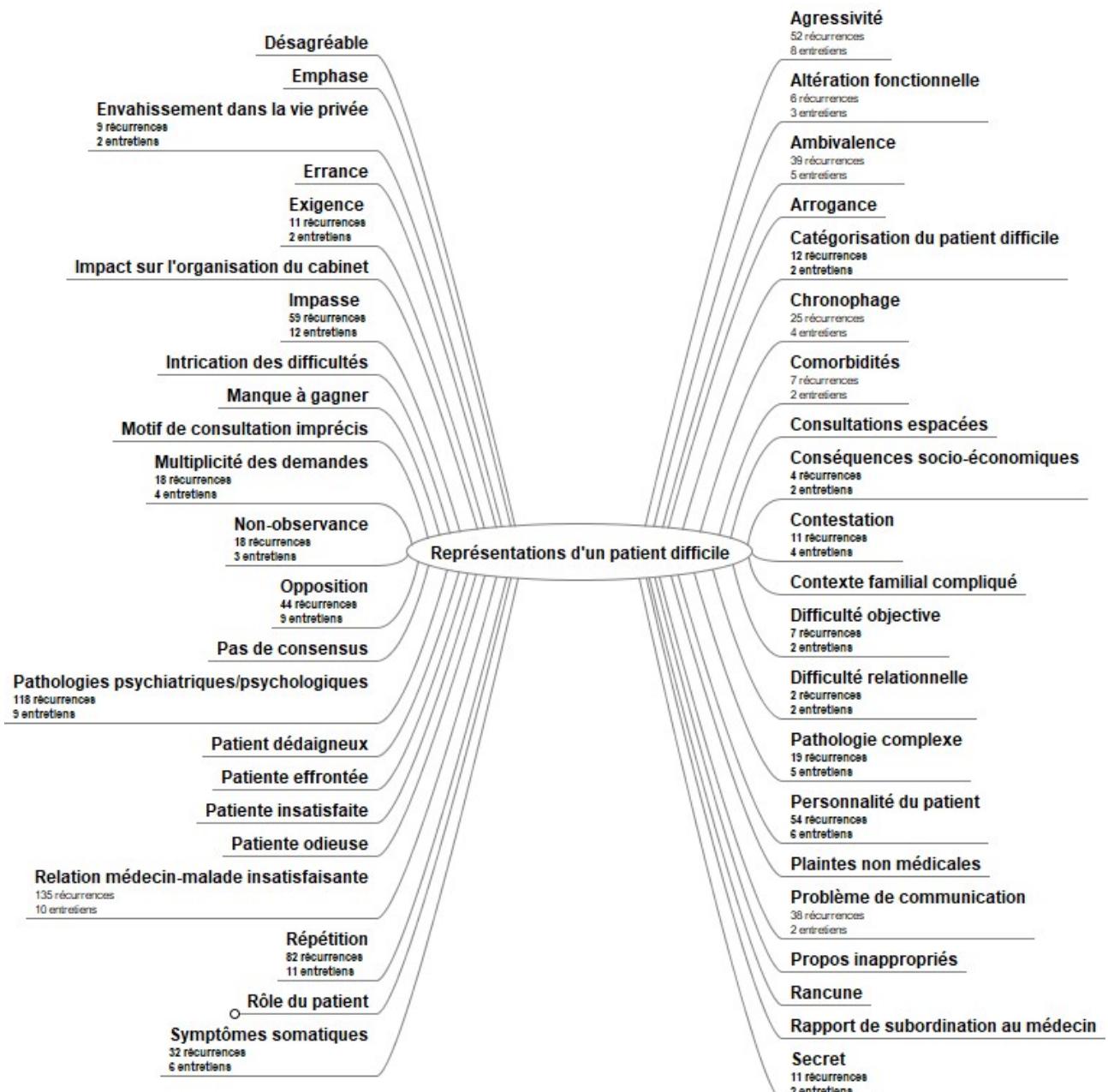


Figure 5 : Carte mentale sur les représentations d'un patient difficile

3.4. Caractéristiques des cas présentés

Certains traits de personnalité du patient pouvaient participer à l'émergence d'émotions négatives chez le médecin.

3.4.1. Agressivité du patient

Des situations ont été rapportées dans lesquelles le patient présentait une part d'agressivité, dirigée notamment vers le praticien : « *Elle a été assez odieuse dans ses propos, voilà !* » E11 ; et parfois vers d'autres instances : « *Il haussait le ton par rapport au secrétariat, par rapport à des besoins disons donc pressants* » E8.

Cette agressivité était modulée en fonction de l'interlocuteur se trouvant face au patient : « *Parfois les secrétaires vont me dire : "Oh bah dis donc, celui-là, il est pas commode alors, hein !" Alors que pas du tout avec moi !* » E5 ; parfois elle dépendait éventuellement du milieu d'exercice : « *Je trouve que c'est plus simple en milieu rural [...]. Je dis pas que c'est tout rose ! (soupir) Du souvenir que j'en ai, c'est un peu plus simple* » E11.

Dans un des cas, l'agressivité a même pris des proportions démesurées, avec des violences verbales telles que des menaces et de l'intimidation envers le médecin : « *C'était un monsieur qui s'entraînait au tir et qu'il le disait ouvertement pour bien montrer qu'il était capable de faire tout ce qu'il y avait à faire. [...] Il commençait à me menacer, alors même physiquement. [...] Je commençais à avoir peur qu'il vienne au cabinet, comme il s'entraîne au tir et tout, enfin... Tout était possible* » E4.

3.4.2. Personnalité particulière du patient

a) Personnalité autoritaire

Le patient *Heartsink* pouvait présenter un caractère fort, buté, être « *psychorigide, il entend rien de ce qu'on lui dit* » E5 ; entravant le suivi du médecin : « *C'est un peu compliqué pour [...] la suivre, elle, c'est qu'elle a, et c'est ce qui la fait tenir, aussi, c'est qu'elle a aussi un caractère très fort* » E3.

b) Exigence

Une certaine exigence transparaissait des demandes de consultation, notamment en cas d'un suivi antérieur sur la capitale où l'accès facile et rapide aux soins contrastait avec celui du Maine-et-Loire, moins fourni : « *C'est une dame qui avait un suivi sur Paris, le suivi médical est vraiment différent sur Paris, chaque problème a sa spécialité. [...] Et, ben moi, en fait, je me suis retrouvée en fait à faire l'ensemble de son suivi [...] On n'était pas d'accord !* » E6.

Cette revendication pouvait parfois se teinter d'impatience : « *Il faut la recevoir tout de suite, et il faut qu'elle guérisse dans les 24 heures, sinon, elle rappelle et elle redemande à consulter... Rapidement !* » E12.

c) Pathologies psychiatriques

Les troubles psychiatriques modulaient également le degré de difficulté ressentie. La confrontation avec un patient aux traits psychotiques accentuait la complexité du suivi. E4 évoque le cas d'un syndrome de persécution sévère avec un côté très procédurier : « *Il m'envoie encore des lettres en recommandé, plusieurs, en m'expliquant que voilà, en vertu de tel article, j'aurais dû le prévenir, le médecin doit une information claire loyale, etcetera.* » E4 ; des menaces de poursuites judiciaires : « *"Je vois pas ce qui m'empêcherais du coup de faire un procès contre vous, voilà !"* » E4 ; et une atteinte de la sphère privée du praticien : « *Il commençait même à me parler de ma famille dans les lettres* » E4.

Autre pathologie, les troubles liées au mésusage de substances influençaient le suivi et faisaient craindre une évolution négative : « *avec ses besoins accrus de morphine, [...] l'ayant un petit peu quand même mis en garde [...], bah, je l'ai mis carrément à la porte* » E8.

Les symptômes anxioléptiques et la labilité émotionnelle pesaient sur le déroulé de la consultation : « *Avec cette tendance un peu, enfin, pas dépressive mais, plutôt à voir le m... le verre à moitié vide. Et qui, très fataliste, finalement* » E10.

d) Personnalité histrionique

La personnalité histrionique du patient pouvait complexifier la relation de soins avec le médecin : « *Je pense que c'est une personnalité hystérique, ça c'est sûr.* » E2 / « *quand ça dépasse le quart d'heure [...], elle se transforme puis elle commence à... à dire à tout le monde "Ah !! C'est pas possible !", à souffler devant tout le monde, à faire des aller-retours jusqu'au secrétariat, enfin [...] montrer des signes d'agacement* » E12.

e) Personnalité état-limite/Ambivalence

L'ambivalence majorait également le trouble éprouvé lors des consultations de ces personnes. Elle ressortait dans la demande de solutions qui se soldait par un refus thérapeutique : « *Donc elle est un peu ambivalente dans ses propos où on lui propose des choses mais elle ne veut pas aller jusqu'au bout* » E3.

Elle pouvait émaner du comportement du patient vis-à-vis du médecin, comme la persistance à prendre rendez-vous malgré l'insatisfaction, l'animosité ou les reproches : « *Il y a du coup cette ambivalence qui s'est créée parce que [...] elle vient, mais elle veut pas de moi.* » E4 / « *J'ai l'impression que... Malgré tout, elle me fait confiance. Mais que d'un autre côté, je ne suis pas compétente. C'est... C'est très bizarre, en fait, comme sensation...* » E11.

Par moment, cela pouvait amener le médecin à suspecter un trait de personnalité pervers : « *Et c'est là où j'ai l'impression qu'il y a... (rires) un côté un peu pervers de... de la personnalité* » E11.

Les médecins estimaient même être confrontés à une personnalité borderline : « *Elle est un peu border !* » E12 / « *Alors ça peut être des patients un peu sur la limite, enfin sur la tangente, où ils peuvent décompenser à n'importe quel moment* » E3.

3.4.3. Habitus et environnement du patient

La connaissance des habitudes de vie et de l'environnement dans lequel évolue le patient pouvait parfois aider à mieux appréhender son suivi et faire le lien avec les difficultés

rencontrées. Le contexte familial agité, conflictuel est évoqué par E1 : « *D'autant plus qu'elle a un vécu familial qui n'est pas très simple, avec une séparation d'un mari qu'elle considère comme pressurisant. [...] "Si mon mari, si mon ex tombe sur l'ordonnance, on pourrait me retirer la garde de mes enfants"* ».

Il pouvait s'agir également de conjugopathie comme pour E4 : « *Elle avait été en couple avec un monsieur hum... qui était euh.... Psychotique, autoritaire, qui la rabaisait du coup en permanence* » ; ou encore un contexte tourmenté de maladie grave : « *Il m'a évoqué lors de la prise de rendez-vous le fait que si c'était rendu à ce stade-là, c'est parce que on avait trainé. Entre temps, sa femme est décédée, il avait d'autres chats à fouetter, quoi* » E5.

Les participants évoquaient également les rapports qu'ils entretiennent avec les proches du patient, dont l'influence modulait la complexité du suivi de façon positive : « *Je connais très bien ces enfants qui sont, alors, qui n'ont pas pris le côté de leur mère, Dieu merci ! (rires) Et qui ne se font aucune illusion sur les réalités de toutes les pathologies décrites par leur mère et qui sont tout à fait en accord avec moi.* » E2 ; ou au contraire négative : « *Et le conjoint rentre dans son jeu. [...] J'ai pas d'appui familial ! (rires)* » E4 / « *J'ai viré son mari ! Son mari aussi était pas terrible non plus...* » E5.

3.4.4. Recours à la chirurgie

Le recours aux interventions chirurgicales pouvait être une des solutions thérapeutiques proposée au cours du suivi, dans le but de *réparer les maux*. Parfois, il était question de plusieurs interventions successives pour la même indication, avec des complications post-opératoires, comme pour E3 qui a « *enchaîné des complications après cette hystérectomie et annexectomie, hein, où elle a fait une désunion de la ligne blanche après dans la suite, avec une distension abdominale. Elle a dû être reprise 2 ans après pour une abdominoplastie avec*

une cicatrice qui est devenu pathologique, avec des abcès en fait sous-cutanés, avec reprise je crois 3 ou 4 fois au bloc. »

Malheureusement, des améliorations ne sont pas toujours constatées : « *Le résultat [...] n'était pas aussi satisfaisant que... Qu'elle aurait souhaité, ou qu'elle le pensait* » E11.

Dans d'autres cas, la prise en charge opératoire était rendue responsable des maux rapportés, pourtant initialement déjà existants : « *Les plaintes sont toujours aussi importantes puisqu'elle accuse même la responsabilité de la cholécystectomie pour être responsable de ses soucis digestifs et de ces douleurs abdominales* » E1.

Enfin, l'indication opératoire élargie à un autre site pouvait être vécue comme une mutilation, comme pour E4 : « *Là, il se rend compte qu'on l'a opéré effectivement à 2 endroits alors que il n'aurait dû être opéré que du canal carpien* ». N'ayant pas reçu l'information au préalable, « *le patient décompense* » E4, de façon violente.

3.4.5. Répercussions socio-professionnelles

Les PH étaient tout autant en activité qu'à la retraite, le statut professionnel ne semblait pas avoir de répercussions sur leur complexité. Les différents maux et plaintes des sujets actifs pouvaient toutefois entraîner un retentissement sur le plan professionnel. Du fait des conséquences négatives des douleurs sur la capacité de maintien au poste, la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé et l'invalidité sont abordées par E3 : « *Enfin, ça a été jusqu'à ce qu'elle soit obligée de changer 2 fois de boulot ! Alors là, elle a encore changé il y a pas longtemps et maintenant avec une reconnaissance de travailleur handicapé. [...] Enfin je crois qu'elle est en invalidité aussi catégorie 1 du coup.* »

Les conséquences professionnelles posaient question au médecin d'un bénéfice secondaire aux arrêts de travail : « *Je me suis demandé si, en fait, ses plaintes somatiques ne cachaient pas un désir d'arrêt maladie à un moment où elle aurait des difficultés pour exercer à cause de sa*

non-vaccination. » E1 / « Finalement, on avait tout fait pour elle, y compris dans le contexte d'amélioration donc du travail, avec le médecin du travail. Bon c'était pas la satisfaire, elle avait pas envie de bosser. » E8 / « Le milieu médical de son travail où elle était en souffrance » E9.

Le médecin s'est demandé quel était le réel motif de ce tableau persistant de plaintes : « *Plusieurs fois, je lui ai demandé : "Mais est-ce que vous avez vraiment envie d'aller mieux ?" » E9 / « Alors, peut-être que j'ai pas été assez loin et peut-être que je l'ai pas... assez écoutée, hein ? Peut-être que c'est ça qu'elle me reproche, j'ai pas réussi à en discuter avec elle » E11.*

3.4.6. Nomadisme médical

Le cas de patients nomades sur le plan médical a été évoqué, qui, ne trouvant pas satisfaction dans le suivi proposé, migraient vers de nouveaux cabinets de façon répétée : « *Alors ben, elle, elle a fait tous les médecins ! Tous les médecins du coin ! » E5 / « Un voyageur avec un grand V, quoi. [...] Il faut savoir que dans une patientèle, il y a aura de voyageurs, il y aura des nomades » E8.*

3.5. Suivi médical des patients difficiles

3.5.1. Expérience professionnelle des médecins

Une réflexion a été menée sur l'importance du nombre d'années de pratique afin d'acquérir un recul nécessaire pour le suivi de ces situations relationnelles difficiles.

« Ben oui, 6 mois d'installation et 30 ans de bouteille, ça fait un peu, c'est là peut-être où est la différence et où les fardeaux prennent leur réalité un peu au cours des 30 ans. [...] Maintenant, je n'ai plus l'impression d'être dans l'angoisse. » E2 / « Alors ça c'est avec la

suspicion, la méfiance un petit peu. Mais après, ça, ça se gomme parce que avec les années, les gens vous connaissent » E8.

3.5.2. Stratégies de suivi

Chaque médecin avait élaboré des stratégies en fonction de leurs patients difficiles respectifs.

a) Résoudre avant de rentrer à la maison

Le choix pouvait être celui de régler les problématiques avant de quitter le cabinet afin de se libérer l'esprit dans la vie privée, comme pour E2 : « *J'aime mieux passer un coup de fil de plus le vendredi soir à 20h que de dire : "Oui ben ça m'emmerde ! Ça attendra bien lundi !" Et puis, en fait, tout le week-end, je (grommelle)...* »

b) Résilience du médecin

Les médecins pouvaient adopter une stratégie de résilience vis-à-vis de ces échanges complexes, leur permettant de faire face dans la majorité des cas : « *J'arrive à m'adapter par rapport au tempérament de la personne, en fait. Et finalement à l'appréhender de manière où ça devient pas toxique pour moi, en fait.* » E3 / « *La dernière fois, j'ai dit : "Ah ouais, bon, je laisse couler, c'est comme ça !" (rires) Et ça, ça m'a fait du bien ! (rires)* » E10.

c) Cadrage du patient

Le cadrage de ces patients était une autre option possible, choisie par E12 : « *Donc à chaque fois que ça commençait à monter [...] en ton, [...] du coup, j'avais tendance à lui expliquer que voilà, si elle n'est pas satisfaite, elle peut effectivement changer de médecin traitant.* »

d) Supervision du médecin

Des médecins avaient recours à la supervision pour identifier les enjeux visibles et invisibles de ces rencontres et les aider à prendre du recul face à ces situations complexes : « *Comme je vis avec une psychanalyste ou quelqu'un qui a fait de la psychanalyse, ça m'aide un peu.* » E2 / « *Je pense que le Balint m'a vraiment protégé de ça, en me disant : "Wow wow wow !* »

C'est pas de moi qu'il est question, c'est du patient et de sa demande et c'est pas de moi !"

Donc, ça me protège ! » E9 / « J'ai de la chance d'avoir une supervision » E11.

e) Mise en garde

L'assistance émanait parfois de la part d'autres confrères qui suivaient antérieurement ces personnes pénibles, avec une mise en garde plus ou moins explicite incitant à la méfiance : *« Le médecin d'avant m'avait dit du coup : "Bon courage !" ce que je n'avais pas compris, à l'époque (rires) ! » E4 / « On m'avait déjà mise en garde par rapport à... à elle parce qu'elle avait présenté même des signes d'agressivité en fait avec le médecin précédent » E12.*

f) Rupture du suivi

Dans certains cas, la relation entre le médecin et son patient était devenue tellement complexe et/ou détériorée que la rupture du suivi était inévitable ou fortement envisagée : *« Je lui dis : "Écoutez, moi, je suis désolé mais, si vous portez plainte contre moi, y a pas de relation de confiance, j'arrête de vous suivre. » E4 / « Non, je ne voulais pas cautionner ça. » E8*
« Je me suis vraiment posé la question : "Est-ce que je peux continuer à supporter ça ? Et comment faire [...] pour rompre le lien et puis pour l'orienter vers quelqu'un d'autre, quoi ?" » E11.

La rupture du suivi s'apparentait dans certains cas à un soulagement, la libération d'une relation contraignante : *« Je me suis sentie soulagée quand on a arrêté cette relation. » E9*
A d'autres occasions, le médecin hésitait encore sur la conduite à tenir vis-à-vis de cette relation toxique, à savoir rompre le suivi ou la poursuivre : *« Je pense que je vais faire en sorte qu'il, lui dire que... Qu'il aille voir ailleurs. » E5 / « Je me laisse quelques semaines pour voir, quoi, comment je vais réagir. » E11*

g) Aide ordinale

Dans le cas de patient procédurier, le soutien du Conseil de l'Ordre des Médecins pouvait être requis, permettant la résolution du conflit de façon radicale : *« J'ai appelé le Conseil de l'Ordre,*

du coup, et je leur ai expliqué [...]. À partir de ce moment-là, effectivement, les choses se sont coupées. » E4

h) Recours à des intervenants extérieurs et avis spécialisés

Pour d'autres médecins, le suivi de ces patients difficiles passait par le concours d'intervenants extérieurs tels que d'autres confrères : « *Elle me paralysait tellement [...]. Et là, y a Xxx [nom de l'interne] qui (sic) : "Mais madame ! Le laboratoire, il est juste à côté du cabinet ! Ben vous y allez maintenant !" (air surpris et interloqué) » E11* ; ou le personnel paramédical : « *C'est vrai que je délègue assez facile. Je dis à l'infirmière : "Vous dites ci, vous dites ça, parce que je peux pas !" » E5.*

Le recours à des avis spécialisés était parfois nécessaire : « *Il avait déjà fait plusieurs essais au Centre anti-douleur mais là maintenant, il est à celui de l'ICO. [...] Pour moi, c'est, ça se passe plutôt mieux ! » E6 / « "Je suis très embêtée parce que là, ça devient... c'est très conflictuel entre nous !" Il m'a dit : "Bah vous inquiétez pas, je vais reprendre tout ça !" » E11.*

3.6. Relation médecin-malade

L'issue de ces rencontres dépend d'une part du motif de consultation du patient, de la capacité du médecin à pouvoir apporter une solution adaptée, et d'autre part de la qualité de la relation médecin-malade.

3.6.1. Rôle du médecin

- Problème de communication

Une des missions du médecin est de s'assurer d'avoir saisi ce que le patient souhaite lui faire part, ainsi que de la compréhension du patient qu'il a en face de lui. Or, dans une relation de soin difficile, certaines situations complexes peuvent résulter d'un problème de communication

de tout ou partie des données exposées par les intervenants : « *Pas à l'écoute, il n'écoute pas ce qu'on...* *Il est avec son truc et puis il reste sur son truc et il n'en sort pas.* » E5 / « *Quand je lui ai dit qu'on va pas pouvoir tout faire, sur une RDV, il l'a très mal pris. Comment il m'a dit ? Ah oui : "XXX [prénom du médecin], ben vous êtes gentille !" Et ça, "XXX, vous êtes gentille", j'ai pas aimé du tout !* » E9.

Le fait de reposer les choses à plat permet de rendre les échanges plus harmonieux, comme avec E11 : « *"Bon, j'ai l'impression que ça va pas entre nous." Voilà et elle me dit : "Ben oui, moi aussi, j'ai l'impression que ça va pas entre nous."* [...] *Donc je lui ai proposé d'être suivie par un de mes confrères ou une de mes consœurs parce que si elle se sentait pas à l'aise avec moi ou... Et elle m'a dit : "Non non non, on continue."* »

- Convaincre et se convaincre de la somatisation

Dans certains cas, le médecin doit se convaincre lui-même et convaincre le patient de l'absence d'organicité, afin de ne pas prescrire d'examens complémentaires superflus.

« *Ben, plus le temps passe, plus je suis persuadé qu'il n'y a rien d'organique [...]. J'essaie de lui expliquer ce cercle vicieux : douleur, désagrément, anxiété, et cetera.* » E1 / « *Comme ça tournait un petit peu en rond, j'ai essayé de lui faire comprendre petit à petit que peut-être que la fausse couche, le choc de la fausse couche pouvait avoir créer du coup ses symptômes.* » E4 / « *J'ai essayé de l'aborder. "Et là, madame, vous ressentez vraiment le problème. Mais c'est pas organique, ça repose pas sur un, sur une souffrance d'organes. C'est votre esprit !"* » E5 / « *On aura pas réponse à tout, donc* » E8.

- Maintien du rôle du médecin

Les médecins peuvent également rencontrer des difficultés pour maintenir leur position de médecin : « *Quand je vois la liste des examens complémentaires qu'elle a eu, à son âge, je me dis euh... [rires et souffle] que je ne suis passé à côté de rien.* » E1 / « *Tout ce que je peux*

vous donner, c'est pour vous aider à supporter vos acouphènes, mais il n'y aura pas de solution particulière. » E5 / « Voilà, je me sens quand même maître de mes prescriptions » E12.

- Rôle attribué par le patient

Dans certains cas, le médecin s'est vu attribué un rôle par le patient qu'il n'avait pas forcément envisagé de jouer : « *Faut que j'accepte le rôle qu'elle m'a donné, voilà. » E2 / « Je me sens pas compétente pour un suivi de by-pass, interpréter les taux de vitamines, et tout ça. » E9 / « Même si je peux orienter, il m'est arrivé de dire à certains patients : "Mais là, non, vous n'êtes pas au bon endroit. Mais adressez-vous à la bonne personne, adressez-vous à l'assistante sociale, adressez-vous à votre banquier !" Parfois même » E10.*

Le généraliste pouvait se demander si un rôle antagoniste ne lui était pas octroyé, en le rendant responsable de l'errance diagnostique et thérapeutique. Il endosserait un rôle de victime par procuration, en miroir de celui du patient qui l'accablerait de reproches : « *Je suis devenu le médecin qui l'écoutait plus, alors qu'avant je l'écoutais » E4.*

- Rôle non tenu

Les participants ont considéré qu'il n'avait pas pu remplir leur rôle de médecin lors de ce suivi complexe à certains moments : « *Je me sens inutile ! » E12 / « [geste d'impuissance] Prrrrt... j'ai l'impression que je sers à rien » E1.*

Des médecins ont même avoué déclarer forfait, « *à dire amen à tout pour qu'elle me foute la paix ! » E5* avec les personnes qu'ils avaient choisi de décrire : « *J'ai pas été un bon médecin traitant » E9.*

3.6.2. Relation médecin-malade insatisfaisante

L'un des participants est revenu longuement sur la notion de relation médecin-malade, accentuant l'importance d'une « confiance réciproque » : « *Nous, on est là pour... Pour se*

satisfaire et pour, dans la mesure du possible, satisfaire disons donc les patients. Voilà. Et quand les deux collent bah alors, là, on est heureux ! (sourit) C'est le bonheur ! (rires) » E8.

- Ébranlement de la confiance

La difficulté pour certains médecins s'expliquait par le fait que ces personnes étaient insatisfaites, pour qui « *les bilans ne sont jamais assez suffisants, qui mettent en doute ou remettent en question les diagnostics* » E12.

Il y avait de toute évidence un manque de confiance dans la relation médecin-malade : « *Je continue à ne pas me sentir à l'aise et que j'ai l'impression qu'elle ne me fait pas confiance.* » E10 / « *Et je lui expose ma difficulté de pouvoir lui rendre service puisque ce que je lui propose, elle n'en veut pas, et que je n'ai rien d'autre à lui proposer sur le plan organique, voilà. Et à chaque fois, elle ressort dans le même état, c'est à dire qu'elle pleure en ayant l'impression que je la prends pour une folle.* » E1

Cette crise de confiance pouvait être réciproque comme elle a été évoquée dans certains témoignages. Le patient n'acceptait pas le diagnostic établi par le médecin, engendrant une contrariété symétrique : « *À partir du moment où j'ai dit ça, du coup la relation a complètement basculé (sourit).* » E4 / « *J'arrivais pas en fait à lui faire arrêter par moi-même, elle ne me faisait pas confiance, enfin, c'est l'impression que j'avais* » E6.

- Reproches

Cette confiance ébranlée, et dans certains cas non acquise, serait à l'origine de l'énumération de reproches, de critiques et de dénigrement du patient accablant le médecin. Ces réprimandes seraient parfois le motif même de consultation, « *une consultation juste pour vraiment littéralement m'engueuler* » E4.

Ces critiques pouvaient aussi prendre l'aspect d'une stratégie pour flatter le médecin : « *Par contre, toujours critique vis-à-vis des médecins qu'elle avait vus avant...* » E5 ; ou au contraire le questionner : « *Je me disais : "Putain, qu'est-ce qu'elle va m'envoyer !" (rires)* » E5.

Elles s'apparenteraient d'une autre façon à une façade permettant au patient de dissimuler des propos jugés hypocrites par le médecin. : «« *Elle m'a reproché [...] de pas lui avoir dit plus tôt qu'il fallait l'arrêter. "Bah si ! C'est ce qu'on avait convenu la dernière fois, il y a un an." Et elle m'a dit : "Ah non ! Ah bon, c'est pas ce que vous m'aviez dit et tout ça..." "Donc voilà, elle a retourné le problème » E6.*

Enfin, ces reproches pourraient être l'expression d'une rancune profonde envers le médecin : « *"C'est à cause de vous que je vais rester handicapée toute ma vie !" » E11.*

D'autres y trouvent le moyen de lui transférer la culpabilité d'un autre pour alléger sa propre souffrance : « *"Vous auriez dû savoir que le chirurgien allait faire cette double opération, ça devait être écrit dans un courrier", ce qui n'était pas le cas, "et donc je vais porter plainte contre vous" » E4.*

3.6.3. Relation ambivalente

Pourtant, les médecins interrogés ont relevé une certaine ambivalence dans la dynamique de cette relation décevante puisqu'ils constataient la poursuite du suivi en dépit de l'insatisfaction : « *Je peux pas dire que je sois pleinement satisfait de cette prise en charge. Mais elle dure depuis 30 ans donc voilà ! » E2.*

Il y a presque une pulsion scopique du patient à venir voir le médecin : « *Mais elle vient me voir ! Elle continue à venir en consultation donc je dois lui apporter quand même quelque chose (rires) qu'elle demande ! » E3 / « Mais pour autant, elle reste là, elle est fidèle et à chaque fois, c'est moi qu'elle veut voir particulièrement » E12.*

3.6.4. Relation médecin-malade : une relation affective

Les médecins ont comparé de façon indirecte ou non ces relations compliquées à une relation affective toxique : « *"C'est comme l'amour, ça dure depuis 30 ans, donc, on s'y est fait, quoi.*

Donc c'est bon, nous sommes un vieux couple, maintenant !" » E2 / « J'ai cassé avec elle. Voilà ! » E9.

3.6.5. Tournant de la relation

Dans certains cas, il existait au cours du suivi un tournant dans la situation avec un avant et un après. Il pouvait s'agir de la révélation d'un secret : « *Sa cousine [...] avait subodoré des histoires un peu sordides de... Alors, est-ce que c'étaient des attouchements ? » E2 / « Je me retrouve avec un espèce de secret (sic) de dire : "elle a été opérée sans... enfin que le diagnostic n'avait pas été forcément posé, enfin, qui n'était pas forcément le bon", elle se retrouve sans utérus, ménopausée (rire gêné) et donc sans ovaire aussi, et j'ai pas le droit de lui dire... Bon ! » E3* ; Ou bien des suites d'un accident de vie : « *C'était une patiente avec qui je m'entendais très bien [...] Et puis en 2018, tout a changé vraiment brutalement. » E4* ; Ou encore de la révélation d'un diagnostic : « *On trouve un méningiome !! (fait les gros yeux avec un air contrit) » E11.*

Cet événement inattendu aurait précipité la dynamique de la relation médecin-malade, la rendant soit plus mieux tolérable pour le médecin : « *Pour la première fois de notre relation, j'ai eu quelques larmes couler sur son truc mais elle m'a arrêté tout de suite. » E2* ; Soit au contraire, plus austère que précédemment : « *"Et je vous en veux !" » E11.*

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Forces et limites de l'étude

Ce travail est original puisqu'il porte sur les pratiques professionnelles concernant un phénomène rencontré par tous les médecins généralistes avec des répercussions assez variables d'un individu à l'autre (19,25). En effet, les patients *Heartsink* (PH) font l'objet de peu de publications dans la littérature francophone, où ils sont éventuellement désignés comme des patients difficiles ou aux multiples plaintes. Mais ces caractéristiques sont surtout centrées sur la difficulté du suivi et non sur celle ressentie par les praticiens. En France, trois thèses d'exercice de médecine sur les patients *Heartsink* ont été soutenues, émanant toutes de l'Université Paris Cité (ex-Paris VII Diderot) (28,34,38) mais aucune de Maine-et-Loire.

Les médecins ayant été recrutés par effet boule de neige, ce projet ne peut se départir du biais de recrutement. Leur concours a pu être motivé par l'intérêt qu'ils portaient au thème de l'étude, d'autant plus que certains avaient été identifiés par d'autres praticiens comme sensibles à la problématique. En outre, une surestimation du phénomène est possible du fait de la taille restreinte de l'échantillon et que les médecins sollicités n'ont pas tous participé aux entretiens. Enfin, seuls des praticiens du Maine-et-Loire ont été interrogés. Malgré une répartition homme-femme semblable avec 55% d'hommes et 45% de femmes, la transposition des résultats de l'échantillon à l'échelle nationale n'est pas possible (39). De fait, l'âge moyen des médecins interrogés est de 47 ans versus 57,5 ans au niveau national (39) (figure 6 et 7).

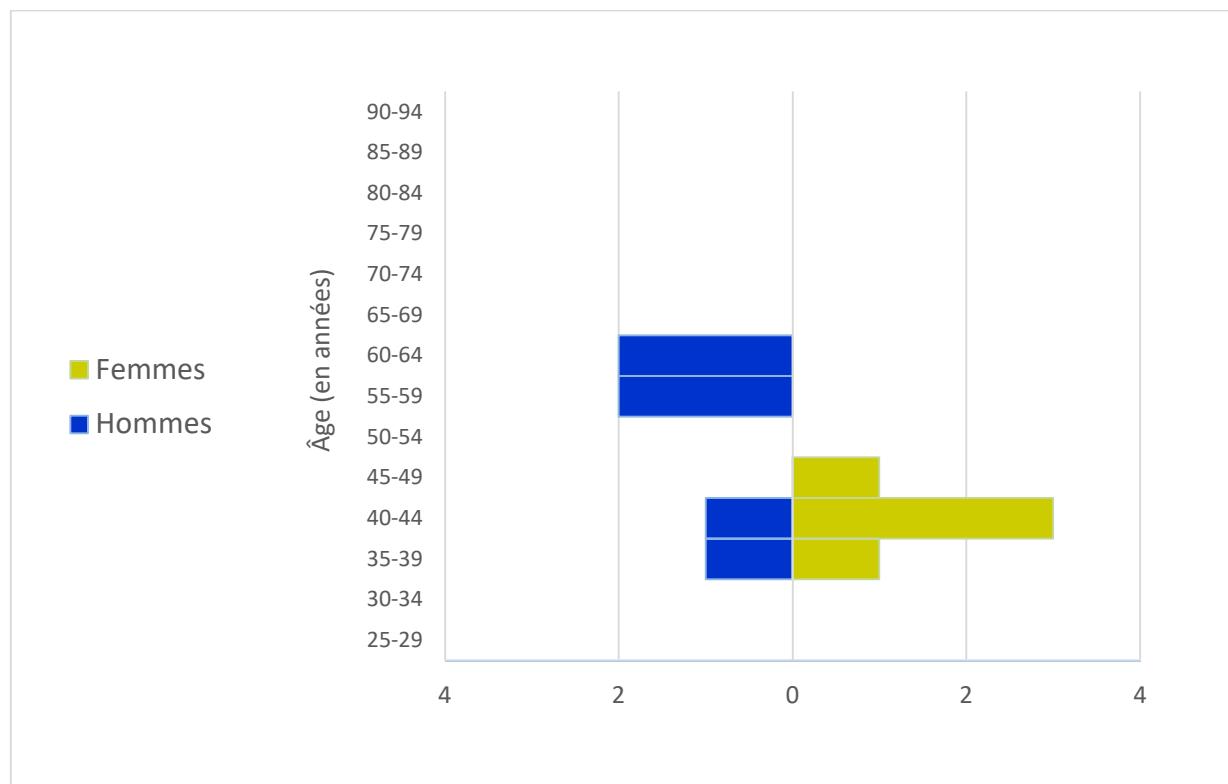


Figure 6 : Pyramides des âges des médecins généralistes participants

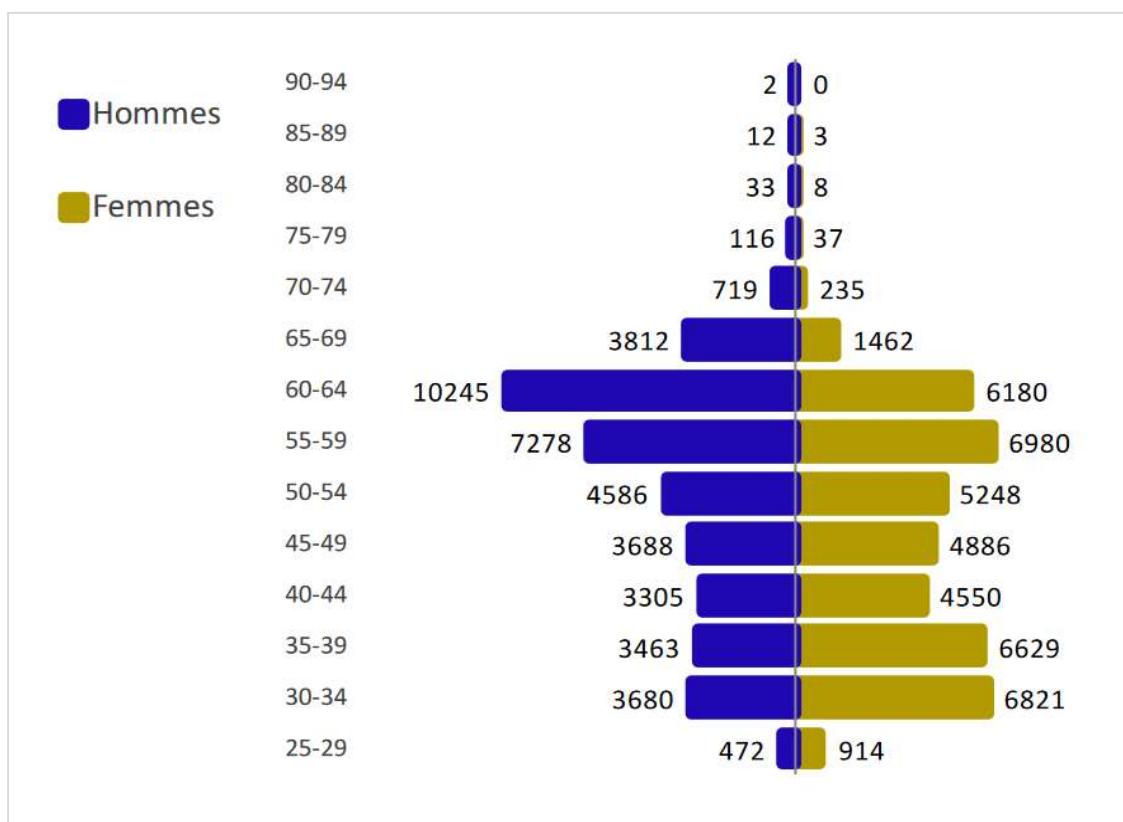


Figure 7 : Pyramides des âges des médecins généralistes à l'échelle nationale (39)

Chaque participant a reçu, en amont de la rencontre, une invitation détaillant succinctement le thème de l'étude et les conditions de l'entretien. Dans le même temps, s'agissant d'entretiens semi-dirigés, une modulation des données avancées par les participants par effet Hawthorne n'est pas écartée. En outre, certains médecins connaissaient l'étudiant, pouvant majorer le biais de désirabilité.

Cette étude étant le premier travail du chercheur, un biais de méthodologie n'est pas exclu. Bien que les entrevues se soient majoritairement déroulées sur le lieu de travail des médecins lors d'un temps dédié, l'exercice nouveau de l'enquête et le peu de questions de relance effectuées ont pu altérer la direction et la qualité des interviews, engendrant un biais d'investigation. Une triangulation des données a été réalisée sur le premier et le troisième entretiens par une étudiante chercheur de l'Université Paris Cité. L'analyse de données a été menée selon la théorisation ancrée. Cette dernière apparaissait la plus adaptée pour étudier un phénomène issu de pratiques professionnelles.

2. Résumé des résultats

2.1. Le profil du patient *Heartsink* : portrait-robot

Les participants ont eu des difficultés pour définir de façon précise le concept de « patient difficile, compliqué ». La plupart du temps, les médecins interrogés ont d'emblée pensé à un ou plusieurs patients. D'autres visualisaient des situations d'impasse, mais aussi d'agressivité, d'échec, de sollicitation (voire d'hypersollicitation) et de lassitude, situations vécues comme lourdes, pénibles et paradoxales puisqu'elles perduraient dans le temps. Ils axaient également le côté relationnel plutôt que médical. Or, leur proportion était faible puisque les praticiens n'en comptaient que 15, soit environ 1.45% de la patientèle moyenne de l'échantillon. L'âge

moyen de ces patients s'élevait à 60,8 ans et les femmes représentaient deux tiers des cas. Presque toutes les catégories socio-professionnelles lorsqu'indiquées étaient représentées, avec une légère surreprésentation des professions intermédiaires. Seule celle des agriculteurs exploitants était absente.

Les PH se distinguaient du reste de la patientèle par des traits de caractère venant souligner la pénibilité de leur suivi tels que l'agressivité, l'entêtement ou bien l'exigence. Les médecins pouvaient avoir affaire à des personnes présentant des troubles de la personnalité comme la personnalité histrionique ou la personnalité borderline, voire de temps à autre des pathologies psychiatriques comme l'addiction ou la psychose. Ils ne pouvaient se départir de l'environnement familial et social du patient qui pouvait par moments complexifier l'ensemble, notamment sur le plan socio-professionnel. En effet, les plaintes accaparaient tant le PH qu'une adaptation de poste voire un arrêt de travail apparaissaient nécessaires dans la plupart des cas. D'autres fois, les médecins soupçonnaient au contraire un bénéfice secondaire à cette mise en retrait professionnel. Enfin, un antécédent de chirurgie inefficace était souvent retrouvé.

Les généralistes identifiaient ces patients comme des sujets anxieux, en demande de réassurance par rapport à leur état de santé perçu détérioré. Toutefois, ces personnes n'étaient pas accessibles aux propos du praticien, amenant à la situation d'impasse devant la répétition d'un cercle vicieux de plaintes et d'examens normaux ou non contributifs. Cette impasse était soit volontairement induite par le patient, soit la conséquence de son refus thérapeutique, de sa non-observance, de sa lassitude ou même de son déni. Se plaindre semblait être un mode de fonctionnement propre au PH. Les médecins étaient désarçonnés car ces interactions

s'éloignaient de celles imaginées pour un patient idéal, sans compter les éventuels conflits d'autorité entre les deux parties.

Les médecins interrogés ont ressenti différentes émotions à connotation négative vis-à-vis des patients *Heartsink*. Ils éprouvaient de l'agacement en réponse à l'absurdité des soins prodigués qui mobilisaient vainement des ressources d'énergie, de temps et d'argent pour un résultat médiocre. Cela générait un sentiment d'impuissance chez le praticien qui était alors en proie au doute sur ses compétences professionnelles.

Les généralistes témoignaient d'un envahissement de ces problématiques sur l'organisation du cabinet et au sein même de leur sphère privée. Parfois, cela pouvait causer de l'angoisse, de l'anxiété et une appréhension anticipée des rencontres. Certains comme E6 se sentaient « *un peu lâches* » en cédant aux demandes excessives de ces patients.

Ces situations complexes sont vécues comme à risque d'erreur médicale par les médecins puisque la détresse ou au contraire la résignation dans lesquelles ils se retrouvaient pouvaient masquer et submerger une plainte réelle plus sévère, générant d'autant plus de stress.

Selon la personnalité du médecin, l'impact que ces individus occasionnaient était variable, allant d'un sentiment de frustration à celui de résignation. En outre, ils se sentaient coupables d'éprouver ces émotions négatives vis-à-vis des PH.

Concernant le suivi de ces PH, les médecins plus âgés tenaient compte des années d'expérience dans la capacité à prendre du recul sur ces situations questionnées. Mieux connaître les patients permet de mieux les cerner avec le temps. Certains médecins se préservaient en tentant d'élucider les problématiques avant de quitter le cabinet, d'autres nécessitaient une aide extérieure en participant à un groupe Balint ou en effectuant une supervision par psychanalyse afin de comprendre les origines du désaccord et maintenir une distance. Des

praticiens indiquaient développer une meilleure résilience ou bien caderaient la consultation ou le patient pour ne pas se laisser déborder par les demandes. Un recours indirect par mise en garde ou direct par des intervenants extérieurs comme des spécialistes ou le Conseil de l'Ordre était aussi envisagé. Enfin, quand toute aide était épuisée, la rupture du suivi et donc de la relation médecin-malade était considérée en dernier lieu.

2.2. La fonction du soin

Lors de ces rencontres complexes, le médecin tentait à chaque fois de remplir son rôle de médecin et de ce fait, d'honorer ses devoirs. Dans la majorité des cas, il parvenait à maintenir son rôle de soin et d'accompagnement. Dans d'autres, le patient le lui retirait voire lui en attribuait un différent. Un tournant de la relation risquait de s'opérer à cette occasion. Le cas échéant, le praticien pouvait se heurter à des problèmes de communication, engendrant une frustration réciproque, voire une crise de confiance aboutissant à des reproches et des critiques. Toutefois, les PH restaient avec leur généraliste qui semblait pourtant leur faire défaut, créant une ambivalence dans cette relation de soins. Cette dernière était assimilable à une relation affective toxique pour certains praticiens, dans laquelle aucune des deux parties ne trouvaient satisfaction dans le lien à l'autre mais qui se poursuivait paradoxalement dans la durée par habitude ou par dépit.

3. Analyse des résultats

3.1. Patients *Heartsink*, théorie et pratique

3.1.1. Définition du Patient *Heartsink*

Les médecins interrogés n'utilisaient pas de terme spécifique pour désigner ces relations complexes, mis à part « difficiles » ou « toxiques », rejoignant les constatations de Sarradon-Eck et al. (40). Ils décrivaient spontanément de l'agacement et de l'exaspération et

reconnaissaient de l'échec et de l'impuissance plutôt que de la défaite. Ils n'assimilaient pas les cas de PH comme un défi à relever. Les médecins n'intégraient pas l'aversion avec leurs ressentis alors qu'elle est citée dans la définition des PH de O'Dowd qui les désignent comme ceux engendrant un « accablant mélange d'exaspération, de défaite et parfois de simple aversion qui occasionne de l'angoisse » chez les professionnels de santé (11).

3.1.2. Des profils variables selon le médecin

Chaque participant avait une vision différente du patient difficile. Il pouvait s'agir d'un patient anxieux, aux plaintes multiples, agressif, autoritaire ou encore avec une pathologie psychiatrique sous-jacente, d'où l'impossibilité d'établir une classification commune à tout praticien. En outre, chaque différent profil présenté avait été décrit dans de précédentes études. Par exemple, les sujets aux plaintes sans fin correspondent aux *black holes* ou encore les patients soignants aux *medical connections* de la classification de Gerrard et Ridell (12,14), rendant ces catégories de PH potentiellement transposables. Enfin, l'estimation de la proportion de PH dans la patientèle est en accord avec la littérature (23,24,25).

3.1.3. L'anxiété au premier plan : les troubles somatomorphes

Sur le plan clinique, les praticiens décrivaient tous une part anxieuse chez leur PH qui pouvait être plus ou moins prononcée, et plus particulièrement une anxiété liée à leur état de santé. Cette dernière peut être provoquée et/ou associée à des troubles à symptomatologie somatique et apparentés, nommés ici somatomorphes (16). Leur panel est varié et souvent centré sur la douleur : douleurs thoraciques, douleurs abdominales, douleurs articulaires, céphalées, troubles digestifs, ... Elle peut aussi survenir à la suite d'un diagnostic ou d'un événement de vie traumatique. Cependant, les PH ne sont pas les seuls patients à présenter des troubles somatomorphes, ils n'en sont pas l'apanage. Selon le DSM-V, les troubles à symptomatologie somatique sont caractérisés par « l'existence de symptômes et de signes

positifs [...] plutôt que sur l'absence d'explication médicale de cette symptomatologie somatique. » (41). Ces patients, tout comme les PH, souhaiteraient avant tout une écoute empathique et être réassurés vis-à-vis de leurs symptômes lorsqu'ils consultent leur médecin (42). L'importance du soutien émotionnel prime sur le besoin d'investigations. Néanmoins, ils bénéficient tout de même de deux fois plus d'examens complémentaires en moyenne que le reste de la patientèle, examens souvent à l'initiative du médecin lui-même (43).

3.2. Violences et attachement

3.2.1. Impact des traumatismes antérieurs

L'impact des traumatismes dans l'enfance est démontré sur le développement à l'âge adulte de troubles psychiatriques ou psychologiques comme la dépression, l'anxiété, l'état de stress post-traumatique, l'abus de substances ou encore l'exposition à des comportements dangereux (22,44). Une exposition précoce en tant que victime ou témoin d'abus, de négligence ou de maltraitance physiques, sexuelles et/ou psychologiques prédispose à une fragilité physique et psychologique (25). Certaines études suggèrent qu'il existe un lien entre somatisation et exposition à la violence dans l'enfance : le sujet concentrerait son attention sur ses propres symptômes soit en réponse aux carences affectives et éducatives qu'il aurait subies, soit au contraire pour attirer l'attention des autres sur lui (22). Se plaindre serait son mode de communication (4). C'est dans cette optique que les participants ont interrogé leurs PH à ce sujet mais seul le cas E2 a laissé à penser au médecin l'existence de sévices subis dans l'enfance.

3.2.2. Style d'attachement du patient

D'après les théories de l'attachement, ces événements négatifs précoces peuvent traduire la construction d'un attachement non sûre chez ces enfants. En effet, l'attachement, décrit par

Bowlby en 1969 et complétés par Ainsworth en 1979, est un système inné de comportements qui s'active face à une situation de stress afin de retrouver un sentiment de sécurité et qui évolue au cours de la vie (22,44-48). Ainsi, un traumatisme pourrait altérer durablement l'attachement d'un sujet, modulant ses interactions sociales futures (49). Les participants ont témoigné avoir recherché de telles expositions auprès de leurs PH. Au contraire d'un attachement sûr où la figure d'attachement (le parent ou figure parentale) répond de façon adaptée à la détresse du sujet, il en résulte, en cas de sévices dans l'enfance, un schéma psychologique déstabilisé pour l'adulte en devenir, son expérience lui ayant appris que sa base de sécurité ne répondra pas adéquatement à ses besoins (attachement insécurisé ambivalent/résistant), voire le rejette (attachement insécurisé évitant) ou bien aura une attitude oscillant entre réassurance et maltraitance (attachement insécurisé désorganisé) (49). A l'âge adulte, ces quatre types d'attachement sont distingués en style sûr, détaché-évitant, préoccupé ou craintif (Tableau IV).

Tableau IV : Tableau comparatif des différents styles d'attachement chez l'enfant et chez l'adulte.
D'après Nohales L, Vignat J-P, Prieto N. L'Attachement dans le Trouble de Stress Post-Traumatique chez l'adulte : revue de la littérature. La Presse Médicale Formation. févr 2021;2(1):49 57. (49)

	ENFANT	ADULTE	
Secure	L'enfant active son Attachement en absence de la FA (situation de danger) et se réassure facilement en présence de la FA	Le sujet est à l'aise dans la proximité et dans la distance à l'autre. Il a une représentation positive de soi et de l'autre	Secure
Anxieux- évitant	L'enfant paraît tranquille en situation de danger, il n'attend pas de secours de l'autre	Le sujet craint la proximité à l'autre et promeut l'autonomie. Il a une représentation positive du soi et négative de l'autre à cause n'attend rien de l'autre	Détaché / évitant
Anxieux- ambivalent	L'enfant marque une détresse en situation de danger et en fin de danger. Il montre une dépendance à la FA et a peur de l'abandon	Le sujet craint l'abandon de l'autre. Il montre une hypervigilance aux facteurs sociaux, émotionnels et en particulier aux informations de menace. Il a une vision négative de soi et positive de l'autre	Préoccupé / anxieux
Désorganisé - désorienté	L'enfant marque une appréhension et sa stratégie d'adaptation n'est pas cohérente. La FA est à la fois une source de sécurité et de danger.	Le sujet craint à la fois la proximité et la distance, de manière peu cohérente. Il a une représentation négative de soi et de l'autre	Craintif

La relation médecin-malade peut être mise en parallèle avec la théorie de l'attachement (50,51). Le patient, sujet malade, consulte son médecin, base de sécurité, afin de retrouver un état de confort (52). Idéalement, cet échange correspondrait à un attachement sûr renforçant par ce biais l'alliance thérapeutique (53). Dans le cadre des patients *Heartsink*, la relation d'attachement adulte semble se rapprocher d'un attachement préoccupé anxieux (49).

La relation étant ambivalente, le patient recherche et rejette tout à la fois l'aide du médecin, entretenant l'impasse qui amplifie son angoisse, son insécurité et son manque d'assurance.

Les PH seraient-ils des insécurisés anxieux ambivalents ?

3.3. Rôle de la personnalité du médecin

3.3.1. Le rapport du médecin à la somatisation

Malgré leur mécontentement, les PH revenaient consulter leurs médecins comme par pulsion scopique. L'étude interventionnelle de Rosendal et al. suggère que le médecin détient également une responsabilité partagée dans le rapport qu'entretient le patient avec ses troubles somatomorphes. Au cours de cette étude, il est proposé aux participants une formation sur l'évaluation et le soin des troubles de somatisation, ayant permis par la suite de diminuer significativement l'incidence des émotions négatives lors des consultations suivantes (54). Ainsi, plus le médecin est sensibilisé à la somatisation, moins les consultations pour ce motif lui paraîtront pénibles.

3.3.2. L'inconfort de l'incertitude

Devant des symptômes médicalement inexplicables (SMI), le praticien fait face à l'incertitude inhérente au monde du soin, l'invitant constamment à remettre en question ses compétences. Sa gestion est propre à la personnalité de chaque médecin. Selon Belhomme et al., une mauvaise conduite de l'incertitude élève le niveau de stress. Cela amène le généraliste à multiplier les explorations dans la crainte d'une erreur médicale devant la variété et la répétition des plaintes. Il encourt le risque d'un épuisement professionnel (55), comme rencontré dans certains entretiens. Parfois, ses réactions de rejet face aux PH peuvent être intenses, évoquées par l'usage du champ lexical des déchets corporels, au point qu'ils développent eux-mêmes des symptômes céphaliques comme « *la boule au ventre* ». Le généraliste adopte alors une attitude négative et anxieuse.

3.3.3. Frustration réciproque

Les individus souffrant de SMI font naître conjointement chez eux et chez leurs médecins un sentiment d'impasse, de blocage (10,56). Or, dans cette quête de légitimité des maux, le

malaise perdure du fait de la non-reconnaissance de la plainte par la médecine moderne. Il en résulte une frustration croissante bilatérale, les douleurs de l'un rendant l'autre impuissant (57). Plus l'impasse se prolonge, plus les médecins vivent cette situation comme un échec et perdent confiance en eux (56). Une des stratégies possibles est d'apprendre à travailler et surtout à accepter cette incertitude (33,55), en faisant appel à l'intelligence émotionnelle (voir section 3.4).

3.4. Compétences professionnelles et émotionnelles

Lors des entretiens, certains patients refusaient le diagnostic de SMI proposé par leurs médecins et s'en offusquaient même. Stone et al. suggèrent dans leur étude que les termes diagnostiques employés n'ont pas la même connotation selon le patient et le médecin (58), ce qui peut conduire à un problème de communication et de la défiance. Pour rétablir le dialogue et la confiance, le médecin pourrait tenter d'améliorer ses compétences émotionnelles et de communication. D'après Wagner, une relation médecin-malade mutuellement satisfaisante procure des bénéfices thérapeutiques, une meilleure observance et une diminution des poursuites judiciaires, ce qui maintient une loyauté du patient et une certaine satisfaction. Elle ne peut se construire qu'au travers d'une confiance réciproque. Pour y parvenir, tenter de développer des compétences émotionnelles est une stratégie possible en améliorant son intelligence émotionnelle (60).

3.4.1. Intelligence émotionnelle et style d'attachement du médecin

L'Intelligence Emotionnelle (IE) est la capacité à reconnaître ses états émotionnels et ceux des autres. Elle peut jouer un rôle clé dans le soin puisqu'en identifiant les ébranlements de son patient et les siens propres, le médecin peut modifier sa pratique et son approche de la façon

la plus adéquate (56,57,60). L'empathie, l'écoute, la compréhension en seraient renforcées. Ainsi, par cette modulation, plus le généraliste développe son IE, moins ses patients seraient anxieux (37,61,62). L'IE peut être favorisée par de la supervision en psychanalyse ou la participation à des groupes Balint (63).

L'étude de Cherry et al. sous-entend de plus que le style d'attachement du médecin aurait un impact sur ses compétences de communication médecin-malade. Ses résultats suggèrent que plus l'attachement anxieux du médecin est prononcé, moins les patients s'ouvriraient à lui car il aurait tendance à orienter excessivement son interrogatoire en restreignant la parole libre des patients (60).

3.4.2. Groupe Balint

Certains médecins recouraient au Groupe Balint pour leur supervision afin de gérer les cas difficiles. Pour rappel, le groupe Balint a « pour but d'élucider un cas de la pratique quotidienne d'un des participants. [...] Il s'agit de faire le récit d'une prise en charge d'un patient sans omettre les difficultés rencontrées. » (18). Ces rencontres permettent au médecin qui se retrouve face à la complexité d'un cas de mieux comprendre le versant émotionnel de son patient afin de mieux le suivre par la suite. Identifier et comprendre ces émotions permet de mieux accompagner son patient détestable de façon bienveillante. Le généraliste s'autorise à prendre du recul sur ces interactions et à ne pas assimiler les émotions de son patient comme étant les siennes. Cela nécessite alors de développer soi-même une plus grande introspection, d'analyser et d'accepter son propre ressenti, ce qui serait par la suite bénéfique au PH et orienterait également la direction de la relation médecin-malade (60).

3.5. Patient *Heartsink*, le naufrage de la relation médecin-malade

3.5.1. Des attentes différentes

Patient et médecin n'ont pas les mêmes attentes de la consultation. D'un côté, le patient aspire à ce que sa condition de sujet soit reconnue et que sa plainte soit légitime. Il intègre une représentation subjective de la maladie qui demeure un bouleversement angoissant dans sa vie. Il place alors sa confiance entre les mains du médecin et espère recevoir de lui une information loyale et compréhensible sur ses symptômes. Pour lui, savoir ce qu'il a diminuera son anxiété. Dans les entretiens, certains patients semblaient pris dans la détresse de leur plainte, exacerbée par l'ignorance de leur médecin vis-à-vis de l'origine de leurs maux. Or, nommer leur douleur l'exorcise au moins partiellement (4).

De l'autre côté, le médecin perçoit la maladie d'un point de vue objectif, scientifique et rationnel. Cette position l'expose au risque d'oublier le statut d'être subjectif du patient et par conséquent, à le dépersonnifier, le déshumaniser, en omettant le côté irrationnel qui les lie. Cette attitude est retrouvée dans les entretiens, lorsque certains participants comparaient leurs PH à des objets (64). De plus, le médecin se figure une idée de « patient idéal » qui a comme caractéristiques d'être passif, autonome mais observant (65). En tant qu'individu, le patient peut choisir ses thérapeutiques et les refuser en connaissance de cause dans le respect de l'article R.4127-36 du CSP relatif au consentement des soins (66). Mais paradoxalement, lorsque qu'il émettait un refus dans ce contexte, ce choix semblait vécu comme un échec par les généralistes, générant une frustration. Dans le même temps, le manque de reconnaissance du PH de l'implication du médecin dans son suivi accentue cette dépossession (4). Ces réactions sont comparables à celles engendrées par un assujettissement de l'individu au médecin (65). Par son empathie et sa disponibilité, le praticien pourrait adopter le point de vue du patient pour moduler sa communication et le reconnaître comme sujet à part capable

de prendre des décisions (4). Tout cela concourrait à rendre la relation médecin-malade plus satisfaisante.

3.5.2. Un temps de consultation limité

Toutefois, la disponibilité du praticien a ses limites. Le médecin est soumis à un temps de consultation restreint, imposé par la tarification à l'activité en vigueur, les obligations vis-à-vis de l'agenda de consultation, des autres patients en salle d'attente et de la pression de la société à aller vite. Il nécessite d'enchaîner les actes qui ne valorisent pas le temps passé à les réaliser mais le nombre effectué. (67) Il ne peut donc pas décentrement recueillir toutes les plaintes de ses PH. L'emprise que ce suivi génère, par l'aspect énergivore et cette accumulation de charge mentale, participerait à l'épuisement professionnel du médecin. Y aurait-il une corrélation entre le volume de la patientèle *Heartsink* et l'épuisement professionnel ?

3.5.3. Un partenariat compromis

Pour améliorer la relation médecin-malade, les deux camps doivent pouvoir s'entendre et convenir d'un objectif commun. La construction d'un partenariat dans lequel le patient devient lui-même acteur de sa santé peut être une stratégie possible, en élaborant ensemble des modalités ou des tentatives de résolution de problèmes. Pour y parvenir, le médecin délivre « une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose », en fonction des données actualisées de la science et dans le respect de l'article R.4127-35 du Code de la Santé publique relative à l'information. Toutefois, le praticien doit veiller à ce que ces données soient exposées progressivement pour que le sujet malade puisse les intégrer point par point (32). Dans l'entretien E3, l'aveu du chirurgien au médecin que l'intervention opératoire de sa patiente ne lui apportera probablement pas de bénéfice a participé à la genèse du malaise, notamment en ajoutant qu'il ne « *faudrait pas forcément lui dire parce que [...] ce serait compliqué pour elle !* ». En choisissant d'entretenir le secret, le

médecin occulte la vérité et ne remplit pas son rôle de soin. N'ayant pas toutes les cartes en main, la patiente ne peut pas s'impliquer davantage et prendre des décisions lui permettant d'entrevoir un espoir réaliste. Le partenariat ne peut être établi (4). Leurs rôles respectifs deviennent indistincts, le médecin absorbe la souffrance de sa patiente et devient une victime de ce secret à son tour par effet miroir.

3.5.4. Une relation stérile

Le parallèle avec une relation affective toxique était parfois souligné par certains participants. Bien qu'elle soit centrée sur le soin, la relation médecin-malade reste avant tout une relation interpersonnelle entre deux individualités comprenant une part psychologique plus ou moins prononcée. Le médecin s'adapte donc au patient afin de lui prodiguer les soins les plus appropriés à sa condition (29). Toutefois, lorsque la situation d'impasse persiste malgré toutes les informations données au patient, ainsi que les recommandations et les risques encourus, les médecins pouvaient faire appel à l'expertise d'autres professionnels de santé. Ce recours pourrait apparaître à certains moments comme une façon de fuir la relation toxique. Dans le cadre de soins d'ordre psychologique ou psychiatrique, les entretiens mettaient en évidence une non-adhésion à ce domaine thérapeutique par les patients.

Enfin, en dernière extrémité, lorsque la situation semble dépasser les capacités du médecin, certains praticiens ont mis fin au suivi et à la relation de soin.

3.6. Une relation éthique ?

Les émotions négatives qu'éprouvent les médecins posent question sur le plan de l'éthique. Comment conserver son empathie envers une personne que l'on trouve foncièrement antipathique envers soi ? Comment parvenir à soigner une personne qui réveille au plus profond de soi un sentiment de rejet viscéral ? Le CSP stipule dans l'article R.4127-7 relatif à

la non-discrimination que « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, [...] leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. [...] Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. » (40). Le vécu de ces confrontations était ressenti de façon tellement nocive que certains participants, dépassés, ont pris l'initiative de rompre le suivi avec leurs PH comme l'autorise l'article R.4127-47 du CSP relatif à la continuité des soins : « Un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. » (68). Or la rupture de la relation thérapeutique reste une procédure très exceptionnelle. Les médecins interrogés ne rapportaient que très peu cette extrémité sur toute leur carrière, préférant adopter une attitude attentiste et passive. Elle survenait principalement lorsque le PH atteignait les limites tolérées par le médecin en termes d'agressivité, de demandes répétées ou encore de frustration et qu'elle paraissait comme la seule solution acceptable pour mettre fin au conflit (69). A noter que l'initiative pouvait également émaner du patient lui-même.

Les médecins exprimaient des remords vis-à-vis de leurs ressentis négatifs pour leurs PH. Ils redoublaient leur vigilance puisqu'ils craignaient d'être aveuglés par leurs émotions et de risquer l'erreur médicale (4,25,33). Cette culpabilité et cette sollicitude de bien soigner constituent très probablement des freins à la rupture relationnelle et des preuves du respect de l'éthique médicale. Pour rappel, les quatre principes de la bioéthique médicale énoncées par Beauchamp et Childress (30) sont :

- L'autonomie : les praticiens ont fait preuve de compréhension vis-à-vis du tableau clinique et des plaintes de leurs PH. Ils ont tenté de conserver leur autonomie en

expliquant l'intérêt de chaque investigation afin d'obtenir leur consentement éclairé et, la plupart du temps, en leur révélant les résultats obtenus. Dans le cas contraire, cela engendrait un climat de malaise dans la relation médecin-malade, comme dans l'entretien E3 où le médecin n'a pas informé sa patiente des doutes du chirurgien sur l'intervention qu'elle a subie. Cet inconfort dont le généraliste n'était pas l'instigateur était néanmoins entretenu par ce dernier qui craignait possiblement, en cas de révélation tardive, une rupture de confiance voire des poursuites judiciaires. Il aurait possiblement tu cette information pour le bien de sa patiente, afin de lui donner une opportunité de se reconstruire.

- La non-malfaisance : si des erreurs de diagnostics ont pu être émis, la volonté de porter préjudice en était absente. Les médecins avaient beau éprouver des émotions négatives, ne pas nuire aux patients était leur priorité. Aussi se gardaient-ils de leur révéler leurs opinions.
- La bienfaisance : les médecins ont essayé de contribuer au bien-être de leur PH en tâchant de leur prescrire des thérapeutiques adaptées, ou de les référer aux spécialistes qu'ils jugeaient nécessaires pour le rétablissement de la santé du patient. Développer un réseau de professionnels gravitant autour du patient peut cimenter leurs soins.
- La justice : tous les médecins ont respecté le principe de justice envers leur PH. Ils leur ont prodigué tous les soins qui étaient en leurs moyens pour essayer de rétablir leur santé.

La médecine générale est une spécialité qui use du temps comme outil décisionnel (70). Il faut souligner la notion de suivi long de plusieurs années des PH pendant lesquelles, malgré les ébranlements éprouvés, les médecins ont maintenu une relation bienveillante envers eux. Cela

interroge la nature du lien entre le praticien et le patient qui tient surtout de l'obligation déontologique que relationnel.

4. Conclusion

Cette étude sur les patients *Heartsink* est intéressante puisqu'elle aborde une problématique rencontrée par tous les praticiens. La relation médecin-malade étant au cœur des soins et des échanges entre le patient et son généraliste, il est indéniable que toutes les rencontres ne peuvent être satisfaisantes. Ce travail avait pour but de comprendre le ressenti des médecins généralistes confrontés à cette question. Il en ressort majoritairement une représentation négative d'impasse teintée d'appréhension et d'impuissance face à l'échec du soin.

Ainsi, le patient *Heartsink* est un patient vécu comme difficile relationnellement par le praticien et qui illustre le naufrage de la relation médecin-malade où ni le médecin, ni le patient ne trouvent satisfaction dans ces interactions, les attentes de l'un divergeant de celles de l'autre. Dépossédés de leur rôle de soins et d'apaisement, les généralistes décrivent des sentiments d'agacement et d'échec occasionnés par ces personnes anxieuses en quête de reconnaissance de leurs plaintes, qui ne trouvent pas écho auprès d'eux. Les praticiens vivent alors cet affrontement avec pénibilité, engendrant une frustration réciproque.

Dans ce rapport insatisfaisant à potentiel conflictuel, le partenariat essentiel à l'établissement d'une relation médecin-malade de qualité est compromis. Déterminer les causes de cet échec peut arranger cette collaboration de façon plus satisfaisante. Pour cela, le développement des compétences émotionnelles est une stratégie possible pour améliorer la communication avec

le patient. Il apparaît également essentiel d'accroître sa propre introspection en conservant un regard de critique sur sa pratique professionnelle.

Malgré les ébranlements émotionnels vécus par les médecins, ces derniers ne se sont pas départis de leur bienveillance dans le respect de l'éthique et de la déontologie médicales. Honteux vis-à-vis de leurs ressentis et redoutant une erreur, ils restaient au contraire vigilants. Ils ont continué à assurer un rôle d'accompagnement et de conservation de l'autonomie de ces patients difficiles, parfois pendant plusieurs années, de sorte que peu de relations avec les PH débouchaient sur une rupture du suivi médical. Cette dernière extrémité pouvait être à l'initiative de l'une ou de l'autre partie. Malgré toute la volonté des praticiens, certaines situations sont insolubles et à l'impossible nul n'est tenu.

Dans une moindre mesure, cette étude a permis aux participants de réaliser que leurs difficultés étaient partagées par d'autres confrères. Les approches conceptuelles comme celles développées ici pourraient aider d'autres médecins dans l'embarras à mieux appréhender ces relations de soin, qui relèvent plus du psychosocial que du biomédical. A noter que dans le cadre des études médicales initiales, le futur médecin est sensibilisé à la relation médecin-malade, à son colloque singulier, à l'éthique médicale. Mais il n'est pas ou peu préparé à être confronté aux problèmes relationnels et à la résolution des conflits. La participation aux Groupe d'Echanges et d'Analyse de Pratique (GEAP) et l'initiation au groupe Balint instaurées dans le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale sont des pistes intéressantes pour le futur généraliste, mais sont-elles suffisantes ? De plus, ce travail n'aborde que la vision des praticiens du Maine-et-Loire sur la relation PH. Mener une étude qualitative à une échelle plus grande voire s'intéressant au point de vue des patients sur la relation médecin-malade difficile pourraient être d'autres champs d'analyse remarquables.

BIBLIOGRAPHIE

1. Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe [Internet]. [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>.
2. Allen, Dr Justin, et Professeur Jan Heyrman. « Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description de la discipline de médecine générale et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. », s. d., 52.
3. Berger R, Bulmash B, Drori N, Ben-Assuli O, Herstein R. The patient-physician relationship: an account of the physician's perspective. *Isr J Health Policy Res*. déc 2020;9(1):33.
4. Moley-Massol I. Relation médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités. Situations pratiques. Courbevoie: DaTeBe;2007 ISBN 2-9159-6815-2.
5. Consoli SM. Relation médecin-malade. In Grimaldi A, Cosserat J et al. La relation médecin-malade. Paris: Elsevier;2004. ISBN 2-84299-610-0.
6. Bélanger E, Dominice Dao M. Le patient sans diagnostic : un Autre qui dérange ?. Association pour la recherche interculturelle 2007;n°45.
7. Walker EA, Unutzer J, Katon WJ. Understanding and Caring for the Distressed Patient With Multiple Medically Unexplained Symptoms. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 1 sept 1998;11(5):347-56.
8. Herchkovitch J. Patients « heartsink »: ces consultations qui agacent [Internet]. Concours. [cité 30 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.concourspluripro.fr/parcours-de-soin/patients/patients-heartsink-ces-consultations-qui-agacent>.

9. Moscrop A.'Heartsink' patients in general practice: a defining paper, its impact, and psychodynamic potential. *Brit J Gen Pract.* Mai 2011;61(586):346-348
10. Puel MA. Symptômes médicalement inexplicables et patients heartsink. *Rev Prat Med Gen.* 20 Nov 2007;21(788/789):2.
11. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ.* 20 août 1988;297(6647):528-30.
12. Ellis CG, Making dysphoria a happy experience, *Br Med J (Clin Res Ed).* 1986 Aug 2; 293(6542): 317-318. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.buadistant.univ-angers.fr/pmc/articles/PMC1340994/pdf/bmjcred00245-0030.pdf>.
13. Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med* 1978 ; 298 :883-7.
14. Gerrard TJ, Riddell JD. Difficult patients: black holes and secrets. *BMJ.* 20 août 1988;297(6647):530-2.
15. Dubas F, Thomas-Antérion C. Le sujet, son symptôme, son histoire. Etude du symptôme somatomorphe. *Les Belles Lettres.* 2012. 211 p. ISBN: 978-2-251-43027-0.
16. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2021.
17. Balint E. The Balint Group Approach. *J R Soc Med.* Juin 1979;72(6):469-71.
18. Bouldouyre Magnier AM, Soares A. Groupes Balint. *EMC Traité de Médecine Akos* 2019;14(3):1-5 [Article1-0027].
19. Puel MA, Jaury P. Les frequent attenders: qui sont-ils?. *Rev praticien Medecine generale.* 2008 Sept 30;22(806):745-46.

20. Gill D, Sharpe M. Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *J Psychosom Res.* 1999;47(2):115-30.
21. Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Bush T, Lipscomb P, Russo J, et al. Frustrating patients: Physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med.* Juin 1991;6(3):241-6.
22. Miller RC. The somatically preoccupied patient in primary care: use of attachment theory to strengthen physician-patient relationships. *Osteopathic Medicine and Primary Care.* 2008 Avr 29;2(1):6.
23. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB, Linzer M, deGruy FV 3rd. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med.* 1996 Jan;11(1):1-8. doi: 10.1007/BF02603477. Erratum in: *J Gen Intern Med* 1996 Mar;11(3):191. PMID: 8691281.
24. Jackson JL, Kroenke K. Difficult Patient Encounters in the Ambulatory Clinic: Clinical Predictors and Outcomes. *Arch Intern Med.* 24 mai 1999;159(10):1069.
25. Amalberti R. Neuf conseils pour suivre un patient difficile. *Concours medical.* 2012 Jan;134(1):46-7.
26. Butler CC, Evans M. The 'heartsink' patient revisited. *British Journal of General Practice.* 1999;49(440):230-233.
27. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *British Journal of General Practice.* 1995;45(395):293-296.
28. Bouchacourt C. Les patients «*Heartsink*» : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine, DES de Médecine générale]. Paris: Université Paris Diderot - Paris 7 Faculté de Médecine; 2014.
29. Hœrni B. La relation médecin-malade : l'évolution des échanges patient-soignant. Paris: Imothepl;2008 ISBN 2-911443-23-3.

30. Beauchamp T, Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale [Internet]. Les Belles Lettres; 2008 [cité 9 déc 2021]. Disponible sur: <http://univ.scholarvox.com/book/88808765>
31. Article R.4127-7 du Code de la Santé Publique relatif à la déontologie médicale [En ligne], fév 2021 [cité le 30 déc 2021] (France). Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>.
32. Article R.4127-35 du Code de la Santé Publique relatif à la déontologie médicale [En ligne], fév 2021 [cité le 30 déc 2021] (France). Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>.
33. Corney RH, Strathdee G. Managing the difficult patient: practical suggestions from a study day. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1988; 38(313):349-352.
34. Charles-Pereira J. Comment proposer une prise en charge consensualisée des *Heartsink patients* en centre de santé ?. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine, DES de Médecine générale]. Paris: Université Paris Diderot - Paris 7 Faculté de Médecine; 2015.
35. Pereira-Charles J, Terra C, Colombani H, Rossignol L. Prise en charge des patients pénibles en centre de santé : Une proposition consensuelle élaborée par méthode Delphi. *Exercer*. Mai 2018;143:216-21.
36. Rouy JL, Pouchain D. Relation médecin-malade et médecine générale. In: Grimaldi A, Cosserat J et al. *La relation médecin-malade*. Paris: Elsevier;2004. ISBN 2-84299-610-0.
37. Weng H-C, Chen H-C, Chen H-J, Lu K, Hung S-Y. Doctors' emotional intelligence and the patient-doctor relationship. *Med Educ*. juill 2008;42(7):703-11.

38. Lebas L. Le patient « heartsink », impact du comportement sur la prise en charge par les internes de médecine générale: un essai randomisé contrôlé [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2017.
39. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales : situation au 1er janvier 2021. Conseil National de l'Ordre des Médecins.[Internet]. [cité le 07 août 2022] (France). Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1hv7pva/atlas_cnom_tome_2_approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales_-2021.pdf
40. Sarradon-Eck A, Dias M, Pouchain R. Ces patients « particuliers ». Comment les jeunes médecins (dé)médiatisent les symptômes médicalement inexplicables ? Sciences sociales et santé. 2020;38(1):103.
41. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
42. Czachowski S, Piszczek E, Sowinska A, olde Hartman TC. Challenges in the management of patients with medically unexplained symptoms in Poland: a qualitative study. Family Practice. 1 avr 2012;29(2):228 34.
43. Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? Journal of Psychosomatic Research. oct 2005;59(4):255 60.
44. Dugravier R, Barbey-Mintz A-S. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. Enfances Psy. 27 juill 2015;N° 66(2):14 22.
45. Ducatteeuw G. « De victime à auteur : impact des carences affectives et des traumatismes sexuels précoces sur le développement affectif et sexuel ». Carnet de notes sur les maltraitances infantiles. 2018;7(1):29-47. DOI : 10.3917/cnmi.181.0029.

URL : <https://www-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/revue-carnet-de-notes-sur-les-maltraitances-infantiles-2018-1-page-29.htm>.

46. McLeod, S. A. (2007). Bowlby's attachment theory. Retrieved from www.simplypsychology.org/bowlby.html.
47. McLeod, S. A. (2014). Mary Ainsworth. Retrieved from www.simplypsychology.org/mary-ainsworth.html.
48. McLeod, S. A. (2009). Attachment Theory. Retrieved from www.simplypsychology.org/attachment.html.
49. Nohales L, Vignat JP, Prieto N. L'Attachement dans le Trouble de Stress Post-Traumatique chez l'adulte : revue de la littérature. La Presse Médicale Formation. févr 2021;2(1):49-57.
50. Guillemeney, Josselin, Bernard Clary, Annie Labadie-Fobis, Agnès Oude Engberink, et Sylvain Pavageau. « La théorie de l'attachement est une ressource pour la relation médecin-patient : méta-synthèse qualitative ». Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2019 Avr;177(4):335 41. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.04.015>.
51. Cassedy HF, Enander RA, Robinson RC, Evans HM, Frank B, Tucker C, et al. Attachment Theory as a Model of Doctor-Patient Interaction: Attachment Theory as a Model of Doctor-Patient Interaction. Journal of Applied Biobehavioral Research. déc 2015;20(4):151-78.
52. Burke, Eilish, Adam Danquah, et Katherine Berry. « A Qualitative Exploration of the Use of Attachment Theory in Adult Psychological Therapy: Attachment Theory in Adult Therapy ». Clinical Psychology & Psychotherapy. 2016 Mar;23(2):142 54. <https://doi.org/10.1002/cpp.1943>.
53. Genet C, Guédeney N. « Attachement et personnalité chez l'adulte : les styles d'attachement et le fonctionnement psychologique ». In: Elsevier, editor.

- L'attachement: Approche Théorique. 2015;181-90. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74520-1.00016-X>.
54. Rosendal M, Bro F, Sokolowski I, Fink P, Toft T, Olesen F. A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatisation: effects on GPs' attitudes. *Family Practice*. 1 août 2005;22(4):419-27.
55. Belhomme N, Jego P, Pottier P. Gestion de l'incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique. *La Revue de Médecine Interne*. juin 2019;40(6):361-7.
56. Bondolfi G, Stiefel F. Symptômes médicalement non expliqués : un défi pour le clinicien. *Revue Médicale Suisse*. 2019;15(637):327 8.
57. Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. *BMJ*. 1 janv 2005;330(7481):4-5.
58. Stone J. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The « number needed to offend ». *BMJ*. 21 déc 2002;325(7378):1449-50.
59. Stratton TD, Elam CL, Murphy-Spencer AE, Quinlivan SL. Emotional Intelligence and Clinical Skills: Preliminary Results from a Comprehensive Clinical Performance Examination: *Academic Medicine*. oct 2005;80(Supplement):S34-7.
60. Cherry MG, Fletcher I, Berridge D, O'Sullivan H. Do doctors' attachment styles and emotional intelligence influence patients' emotional expressions in primary care consultations? An exploratory study using multilevel analysis. *Patient Education and Counseling*. avr 2018;101(4):659-64.
61. Viriot D. Influence salutaire de la compétence émotionnelle sur l'anxiété face à la santé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. juill 2014;172(5):352-62.
62. Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owens C. Physicians' Emotional Intelligence and Patient Satisfaction. *Family Medicine*. :5.

63. Antoun J, Bou Akl I, Halabi Z, Bou Khalil P, Romani M. Effect of Balint seminars training on emotional intelligence and burnout among internal medicine residents. *Health Education Journal*. 1 nov 2020;79(7):802-11.
64. Lefèvre C. Peut-il seulement y avoir de bons médecins ? La relation médecin-malade selon Georges Canguilhem. In Crignon-De Oliveira C, Gaille M, coordinateurs. Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Réflexions critiques, analyses en contexte et perspectives historiques. Paris: Seli Arslan;2010. ISBN 978-2-84276-167-7.
65. Fainzang S. Qu'est-ce qu'un bon patient ? Un patient autonome, mais pas trop. In Crignon-De Oliveira C, Gaille M, coordinateurs. Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Réflexions critiques, analyses en contexte et perspectives historiques. Paris: Seli Arslan;2010. ISBN 978-2-84276-167-7.
66. Article R.4127-36 du Code de la Santé Publique relatif à la déontologie médicale [En ligne], fév 2021 [cité le 30 déc 2021] (France). Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>.
67. Dormont B. La tarification à l'activité (T2A) à la française. *Revue française d'administration publique*. 2020;174(2):487-97.
68. Article R.4127-47 du Code de la Santé Publique relatif à la déontologie médicale [En ligne], fév 2021 [cité le 30 déc 2021] (France). Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>.
69. Stokes T. Ending the doctor-patient relationship in general practice: a proposed model. *Family Practice*. 1 oct 2004;21(5):507-14.
70. Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. :2.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients difficiles selon leur sexe	11
Figure 2 : Répartition des patients difficiles selon leur âge	11
Figure 3 : Catégories socio-professionnelles des patients difficiles.....	12
Figure 4 : Nuage de mots à propos des patients <i>Heartsink</i>	13
Figure 5 : Carte mentale sur les représentations d'un patient difficile	27
Figure 6 : Pyramides des âges des médecins généralistes participants	43
Figure 7 : Pyramides des âges des médecins généralistes à l'échelle nationale (39).....	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristique des médecins participants.....	10
Tableau II : Profession des patients difficiles présentés.....	12
Tableau III : Proportion de patients <i>Heartsink</i> dans la patientèle des médecins interrogés..	15
Tableau IV : Tableau comparatif des différents styles d'attachement chez l'enfant et chez l'adulte	51

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
MÉTHODES	5
RÉSULTATS	9
1. Caractéristiques démographiques des médecins participants	9
2. Caractéristiques socio-démographiques des patients présentés	10
3. Analyse des résultats	13
3.1. Qu'est-ce qu'un patient difficile <i>Heartsink</i> ?	13
3.1.1. Un phénomène évocateur	13
3.1.2. Ce patient est-il <i>Heartsink</i> ?	13
3.1.3. Fréquence des patients <i>Heartsink</i>	14
3.1.4. Un patient difficile : une typologie.....	15
a) Difficulté liée à la clinique compliquée du patient	15
b) Difficulté liée à la complexité du patient.....	15
c) Difficulté interne du médecin	17
3.2. Emotions du médecin	17
3.2.1. Agacement du médecin.....	17
3.2.2. Impuissance du médecin.....	18
3.2.3. Envahissement du médecin	19
3.2.4. Crainte du médecin de l'erreur médicale.....	20
3.2.5. Personnalité du médecin	21
3.3. Perceptions du médecin	21
3.3.1. Phénomène récent	21
3.3.2. Patients <i>Heartsink</i> , des patients anxieux.....	22
3.3.3. Impasse	22
3.3.4. Plainte comme identité du patient.....	25
3.3.5. Contraire du patient idéal.....	25
3.3.6. Conflits d'autorité.....	26
3.4. Caractéristiques des cas présentés.....	27
3.4.1. Agressivité du patient	28
3.4.2. Personnalité particulière du patient	28
a) Personnalité autoritaire	28
b) Exigence.....	28
c) Pathologies psychiatriques.....	29
d) Personnalité histrionique	29
e) Personnalité état-limite/Ambivalence	30
3.4.3. Habitus et environnement du patient	30
3.4.4. Recours à la chirurgie	31
3.4.5. Répercussions socio-professionnelles	32
3.4.6. Nomadisme médical	33
3.5. Suivi médical des patients difficiles	33
3.5.1. Expérience professionnelle des médecins	33
3.5.2. Stratégies de suivi.....	34
a) Résoudre avant de rentrer à la maison	34
b) Résilience du médecin.....	34
c) Cadrage du patient	34

d) Supervision du médecin	34
e) Mise en garde	35
f) Rupture du suivi	35
g) Aide ordinaire	35
h) Recours à des intervenants extérieurs et avis spécialisés	36
3.6. Relation médecin-malade	36
3.6.1. Rôle du médecin	36
3.6.2. Relation médecin-malade insatisfaisante	38
3.6.3. Relation ambivalente	40
3.6.4. Relation médecin-malade : une relation affective	40
3.6.5. Tournant de la relation	41
DISCUSSION ET CONCLUSION	42
1. Forces et limites de l'étude	42
2. Résumé des résultats	44
2.1. Le profil du patient <i>Heartsink</i> : portrait-robot	44
2.2. La fonction du soin	47
3. Analyse des résultats	47
3.1. Patients <i>Heartsink</i>, théorie et pratique	47
3.1.1. Définition du Patient <i>Heartsink</i>	47
3.1.2. Des profils variables selon le médecin	48
3.1.3. L'anxiété au premier plan : les troubles somatomorphes	48
3.2. Violences et attachement	49
3.2.1. Impact des traumatismes antérieurs	49
3.2.2. Style d'attachement du patient	49
3.3. Rôle de la personnalité du médecin	52
3.3.1. Le rapport du médecin à la somatisation	52
3.3.2. L'inconfort de l'incertitude	52
3.3.3. Frustration réciproque	52
3.4. Compétences professionnelles et émotionnelles	53
3.4.1. Intelligence émotionnelle et style d'attachement du médecin	53
3.4.2. Groupe Balint	54
3.5. Patient <i>Heartsink</i>, le naufrage de la relation médecin-malade	55
3.5.1. Des attentes différentes	55
3.5.2. Un temps de consultation limité	56
3.5.3. Un partenariat compromis	56
3.5.4. Une relation stérile	57
3.6. Une relation éthique ?	57
4. Conclusion	60
BIBLIOGRAPHIE	62
LISTE DES FIGURES	70
LISTE DES TABLEAUX	71
TABLE DES MATIERES	72
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe 1 : Evolution de la relation médecin-malade

Modèle	Caractéristiques
Paternaliste	<p>Relation comparable à une relation parent-enfant, à sens unique.</p> <p>Le médecin, actif et détenteur du savoir médical, décide seul du traitement du patient.</p> <p>Le patient, passif et infantilisé, se plie à l'ordonnance du médecin.</p>
Informatif	<p>Relation à sens unique.</p> <p>Le médecin explique au patient la pathologie et lui présente les différentes possibilités thérapeutiques.</p> <p>Le patient décide seul du traitement.</p>
Décision partagée	<p>Relation bidirectionnelle.</p> <p>Le médecin explique au patient la pathologie et lui présente les différentes possibilités thérapeutiques.</p> <p>Le patient décide du traitement selon ses valeurs en concertation avec le médecin.</p>

1. Grimaldi A. Relation médecin-malade au cours de la maladie chronique. EMC - Traité de Médecine Akos. Juil 2019;14(3):1-6 [Article 1-0037].
2. Moley-Massol I. Relation médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités. Situations pratiques. Courbevoie: DaTeBe;2007 ISBN 2-9159-6815-2.
3. Item 3 – Le raisonnement et la décision en médecine. La médecine fondée sur des preuves (evidence-based medicine [EBM]). La décision médicale partagée - Santé publique - ClinicalKey Student [Internet]. [cité 30 nov 2021]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.buadistant.univ-angers.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294755422000018>
4. Charles C, et al. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ 1999;319:780-2.

Annexe 2 : Tableau comparatif des études sur les patients *Heartsink*

Auteurs	Date	Titre	Résumé
O'Dowd TC	1988	<i>Five years of heartsink patients in general practice</i> (1)	<p>Suivi sur cinq ans de patients dit <i>Heartsink</i> en médecine générale dont le comportement contrarie ou submerge le médecin. Une proposition de plan de soins a été proposé à la moitié des patients inclus dans l'étude, dans le but d'améliorer la relation médecin-malade et de les rendre moins exaspérants pour le médecin à l'issue de l'étude. Au niveau des résultats, la plupart des individus sont des femmes, possèdent une activité professionnelle et vivent en couple. Néanmoins, il en ressort qu'il s'agit d'un groupe hétérogène qui ne partage comme point commun que la détresse qu'ils engendrent chez leur médecin.</p>
Groves JE	1978	<i>Taking care of the Hateful Patient</i> (2)	<p>4 stéréotypes de patients détestables :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Dependant clingers</i> = cramponneurs dépendants : engendreraient de l'aversion chez le médecin du fait de consultations répétées, ou bien de remerciements excessifs. Ils auraient une image du médecin puissante et spéciale et exprimeraient ainsi une forte dépendance envers lui. Le médecin s'apparenterait à une mère et le patient à un enfant non désiré de plus ne plus présent et exigeant. Solution : informer les patients que les compétences, le savoir médical, l'énergie et le temps de consultation sont limités. 2. <i>Entitled demanders</i> = demandeurs hostiles ("j'y ai droit") : engendreraient une réaction de contre-attaque. Ils présentent des demandes répétées, utiliseraient la menace et l'intimidation pour exprimer leurs besoins. Solution : accepter leurs revendications et les rediriger vers le bon circuit. 3. <i>Manipulative help rejeters</i> = opposants manipulateurs : engendreraient de la dépression. Ils semblent toujours insatisfaits. Ne rapporteraient pas d'amélioration des symptômes sous traitement, ou bien un nouveau symptôme survient lors que se résout un autre. Solution : proposer un suivi régulier, insister sur le fait que le traitement n'est pas curatif. Donner un raisonnement simple. Si un avis psychiatrique s'avérait nécessaire, le demander avant une autre consultation déjà programmée afin d'éviter le sentiment d'abandon. 4. <i>Self-destructives deniers</i> = contestateurs auto destructeurs : engendreraient de la méchanceté. Ils peuvent être malveillants avec le médecin, ou chercher à le mettre en échec. Ils auraient aussi une tendance inconsciente aux comportements autodestructeurs et au déni de la maladie. Solution : reconnaître que ces patients nous évoquent des sentiments négatifs. Le champ d'action est malheureusement limité. Le médecin est partagé entre la volonté de le soigner et celle de ne rien faire. D'où un sentiment de culpabilité et de reproche. Rechercher une dépression un risque suicidaire, prendre un avis psychiatrique.
Ellis CG	1986	<i>Making dysphoria a happy experience</i> (3)	<p>La <i>dysphorie</i> (<i>dysphoria</i>) est considérée ici comme un mécontentement chronique. Puis point sur le patient dysphorique, expression utilisée pour tenter de décrire la sensation angoissante de boule au ventre à l'évocation de certains patients sur le planning de rendez-vous. Ces derniers présentent souvent un dossier médical complexe, avec parfois un certain nombre de comorbidités. Ils peuvent avoir des traitements thymorégulateurs mais leurs symptômes ne s'améliorent pas dans le temps.</p> <p>Savoir prendre le temps, proposer des consultations régulières, tenter différentes approches.</p>

Gerrard TJ et Riddell JD	1988	<i>Difficult patients : black holes and secrets (4)</i>	<p>10 catégories de patients difficiles, qui peuvent s'associer à une ou plusieurs autres catégories</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Black holes</i> = trous noirs : ces personnes demandent constamment de l'aide mais la refusent paradoxalement. Solution : avoir une approche paradoxalement pour débloquer la situation « Il n'y a pas de médecin assez intelligent au monde pour vous aider ». <i>Family complexity</i> = complexité familiale : il est impossible de détacher le patient des problèmes de sa famille, ce sont souvent des consultations dysfonctionnelles. Le patient est considéré comme celui étant le moins malade de la famille. Solution : insister pour voir toute la famille pour apprécier leur dynamique. <i>Punitive behaviour</i> = comportement punitif : ces personnes accablent le médecin pour des griefs factuels ou imaginaires, attitude qui peut traduire un état sous-jacent comme un deuil ou une maladie grave, ou tout simplement leur propre personnalité. Solution : admettre qu'on ne sait pas tout. <i>Personal links to the doctor's character</i> = liens personnels avec le médecin : patient comme médecin partagent tous deux les mêmes espoirs et les mêmes peurs, pouvant nourrir une relation de dépendance. Du fait de cette souffrance conjointe, la décision du médecin peut être perturbée, du fait d'un recul insuffisant. Solution : reconnaître que le recul n'est pas suffisant et orienter vers d'autres confrères qui auront une approche plus appropriée. <i>Differences in culture and belief</i> = différences culturelles et de croyance : existence de différences environnementales, sociales, culturelles et de croyance, utilisation d'une langue différente. Chacun peut se sentir incompris de l'autre. Solution : revoir ses propres préjugés. <i>Disadvantage, poverty, and deprivation</i> = désavantage, pauvreté et privation : avoir des conditions de vie défavorisées augmentent l'incidence de certains problèmes de santé. Le médecin ne peut pas agir directement sur ces facteurs environnementaux et sociaux et ses tentatives peuvent ternir la relation médecin-malade. Solution : comprendre qu'on ne peut parfois rien faire pour améliorer une situation, ou que l'aide que l'on peut offrir peut être limitée ou lente à mettre en place. <i>Medical complexity</i> = complexité médicale : se sentir incompetent face à un patient présentant une ou plusieurs pathologies complexes, notamment lorsqu'il devient expert de sa propre maladie, peut altérer la relation médecin-malade. Solution : savoir identifier les situations où les rôles du médecin traitant, du patient et des spécialistes sont en conflit. Dans ce cas, le généraliste facilite et coordonne surtout les soins de façon globale. <i>Medical connections</i> = soins prodigés à d'autres professionnels de santé : le médecin aurait tendance à vouloir prodiguer de meilleurs soins à un autre professionnel de santé et à redouter d'autant plus de commettre des erreurs. Cette surcompensation est à l'origine d'un déséquilibre de la relation médecin-malade. Solution : définir dès le début le rôle de chacun pour se prévenir d'un éventuel traitement de faveur poussé par un esprit de corporation. <i>Wicked, manipulative, and playing games</i> = patients machiavéliques, manipulateurs et simulateurs : cherchent à exercer un pouvoir sur le médecin, voire à monter les médecins les uns contre les autres pour renforcer leur sentiment d'impuissance sur un fond de discorde. Solution : les praticiens devraient mettre en commun leurs informations sur le patient afin d'éclaircir la problématique posée, puis la confronter au patient
--------------------------	------	---	--

			<p>10. <i>Secrets</i> = secrets : le médecin a la suspicion d'une information secrète qui constitue le noyau de la vie et des problèmes de son patient.</p> <p>Solution : avec force de patience et de confiance, les patients peuvent finir par se confier. Partager l'horreur peut les aider à exorciser leur culpabilité, leur permettant de divulguer plus largement ce secret et de l'intégrer à leur vie.</p>
--	--	--	---

1. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ*. 20 août 1988;297(6647):528 30.
2. Ellis CG, Making dysphoria a happy experience, *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986 Aug 2; 293(6542): 317–318. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.buadistant.univ-angers.fr/pmc/articles/PMC1340994/pdf/bmjcrcd00245-0030.pdf>.
3. Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med* 1978 ; 298 :883-7.
4. Gerrard TJ, Riddell JD. Difficult patients: black holes and secrets. *BMJ*. 20 août 1988;297(6647):530 2.

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-dirigé

Thèse : Les soins des patients *Heartsink* en médecine générale

[Texte lu au participant avant l'entretien]

Chère consœur, cher confrère,

Je m'appelle Sattiatevy LYDENNE, je suis médecin généraliste remplaçante et ai achevé mon internat en novembre 2019.

Je réalise actuellement ma thèse sur la relation de soin en médecine générale vis-à-vis d'une catégorie de patientèle que l'on peut qualifier de difficile, pénible, compliquée. Ces patients que vous suivez ou avez suivis sont ceux avec qui vous rencontrez des difficultés relationnelles, vous engendrant par conséquent des émotions négatives.

Cette entrevue consiste à recueillir, autour d'un exemple de situation clinique, votre expérience sur l'ensemble du suivi d'une personne de cette catégorie. Elle durera moins de trente minutes et peut être réalisée sur votre lieu d'exercice.

Cet entretien sera enregistré vocalement, avec la possibilité de prise de notes complémentaires lors de la rencontre.

Vous pourrez mettre un terme à cet entretien à tout moment, sans justification nécessaire. Cet échange sera ensuite intégralement retranscrit sans modification et anonymisé.

Nous allons à présent débuter l'entretien.

1. Un exemple de patient difficile

Si je vous dis « patient difficile, compliqué », qu'est ce que cela vous évoque ?

J'aimerais que vous me présentiez un ou une de vos patient(e)s avec qui vous vous sentez ou êtes senti(e) en difficulté relationnelle sur l'ensemble de son suivi.

Questions de relance : (idées de relance)

- Pouvez-vous décrire les difficultés que vous rencontrez avec cette personne ? Quelles approches avez-vous mises en place ? (Poursuite ou rupture du suivi, motifs de consultation, contexte, ressenti du médecin, attitude du médecin, attitude du patient, connaissance de son histoire de vie, conclusion, ...)
- Pouvez-vous me raconter la dernière consultation avec un de vos patients pénibles de votre choix ? (Sexe/âge/profession/problématique/informations sur sa famille (parents, couple, enfant, ...) /relation avec sa mère, ses parents, .../ ...)
- Quel est votre ressenti/avis sur votre rôle de médecin vis-à-vis de cette personne ? Et sur les difficultés rencontrées ?
- Quel a été l'événement déclenchant le changement de la relation médecin-patient ? (Découverte de l'histoire de vie du patient, contexte particulier, ...)
- À la suite de cet événement, quelle(s) modification(s) de la prise en charge a (ont) été engendré ?
- Comment a évolué votre approche avec cette personne depuis cet événement déclenchant ?
- Quelle a été son attitude ?

2. Soins des patients *Heartsink*

Je vais à présent vous interroger sur le concept et sur les soins de ces patients difficiles dits *Heartsink*.

- a) Connaissiez-vous le concept de patient *Heartsink* avant ce jour ?

(Désigne l'« accablant mélange d'exaspération, de défaite et parfois de simple aversion qui occasionne de l'angoisse » chez les professionnels de santé, qui se « noient » lorsque ces patients les consultent
Le médecin peut éprouver des difficultés relationnelles avec certaines personnes, le faisant redouter ces interactions. Il peut ressentir un sentiment d'échec, de déception et de contrariété. Ces émotions négatives peuvent naître également lorsqu'aucune amélioration n'est constatée, expérimentée ou même souhaitée par le patient lui-même, mettant à mal le principe de partenariat de la relation médecin-malade)

- b) Considérez-vous la situation clinique précédente comme un cas de patient *Heartsink* ?
- c) Comment percevez-vous ces patients ? Que vous induisent-ils émotionnellement ?
- d) Si vous deviez définir ces patients en 3 mots, que choisiriez-vous ?
- e) Avez-vous (ou avez-vous déjà eu) des patients *Heartsink* dans votre patientèle ? A combien estimatez-vous leur proportion dans votre patientèle totale en valeur absolue ?

Questions de relance :

- Comment définiriez-vous ces patients ?
(Ressenti émotionnel/Présentation de plaintes multiples/Demandes abusives : certifications, examens, arrêts de travail non justifiés/Mise en échec des prises en charge envisagées/Refus de soins/Retard de consultation engendré/Durée de consultation longue/Nombre de consultations estimé important/Motifs de consultation répétés/Autre)
- Comment décririez-vous la relation que vous entretenez avec ces patients ?
(Attitude plutôt paternaliste/Responsabiliser le patient/Même attitude que pour un autre patient/Altération de la prise en charge par un contre-transfert négatif/Attitude contenante voire rassurante/Autre)
- Comment faites-vous dans ces situations ? Comment a évolué ces relations de soin ?
(Modifiez-vous votre façon de consulter ? Quelle place accordez-vous... ?)
(Durée de consultation plus longue/Durée de consultation réduite/Disponibilité accordée à ce patient plus importante (consultation, téléphone, visites) /Cadre de consultation ferme (durée limitée, pas plus de 2 motifs de consultation à la fois) /entretiens avec entourage/Orientation vers un autre médecin spécialiste ou autre professionnel de santé/Rupture du suivi/Autre)
- Avez-vous constaté des effets ou des conséquences sur la prise en charge de vos autres patients *Heartsink*, s'ils existent, depuis cet événement ? Si oui, quels sont-ils ?

3. Pour terminer

Cette partie comporte des questions qui me permettront de mieux vous connaître.

- a) Vous êtes : Un homme/Une femme
- b) Quel âge avez-vous ?
- c) Date d'obtention de votre thèse :
- d) Depuis combien d'années êtes-vous installé(e) ?
- e) A combien s'élève approximativement votre patientèle pour laquelle vous êtes le médecin traitant ?

- **Conditions d'exercice**

- a) Dans quel milieu exercez-vous majoritairement ? (Urbain/Semi-rural/Rural/Autre)
- b) Quelles sont vos conditions d'exercice ? (Cabinet seul/cabinet médical de groupe/maison de santé pluridisciplinaire/centre de santé)
(Nombre de médecins généralistes exerçant dans la structure)

- **Recours**

- a) Quels autres professionnels médico-sociaux exercent dans votre structure ?

(Médecin spécialiste/psychiatre/psychologue/infirmier/kinésithérapeute/chirurgien-dentiste/podologue/assistante sociale/autres)

Merci de votre participation

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien n°9 Dr I.

- Etudiant : Si je vous dis « patient difficile ou compliqué », qu'est-ce que cela vous évoque ?
- Dr I. : Ah ben... ça m'évoque que j'en ai beaucoup ! Bah en fait, que c'est des patients qu'on retient systématiquement de la journée de consultation alors que finalement, si on compte, peut-être qu'ils ne sont pas si nombreux ! C'est ceux qui... qui gâchent un peu la vie (sourit puis rires), c'est ceux qui sollicitent beaucoup et nous... nous demandent beaucoup de mobilisation, on va dire ça comme ça ! (rires) Et pour pas des questions médicales la plupart du temps, en fait. C'est pas du tout un patient difficile médicalement parlant, mais plutôt dans le relationnel, effectivement. Voilà, c'est ça que ça m'évoque.
- Alors, j'aimerais que vous me présentiez un ou une de vos patient(e) avec qui vous vous sentez ou êtes senti en difficultés relationnelles sur l'ensemble de son suivi.
- D'accord. Euh... J'en ai quelques-uns qui me viennent en tête... Hum... Pfff... Je... Bah je peux parler d'une patiente qui n'est plus (accentue le mot) ma patiente, du coup. Parce que j'ai mis un terme au contrat, c'est manqué aux termes du contrat. Hum... Donc... C'est... J'enchaîne ? Je continue ?
- Ouais.
- Alors c'est une jeune femme... En fait, je la connaissais, je l'ai rencontrée, je dirais, en 2004. On est en 2022 donc voilà, on a un long suivi quand même, l'air de rien ! Euh... D'abord j'étais remplaçante de son médecin traitant, puis collaboratrice de son médecin traitant. Puis je me suis installée ici, elle m'a suivie. Et voilà. Donc, ce qui était compliqué avec cette patiente, c'est que... Elle est aide-soignante. Et que... elle partait du principe qu'on était un peu des... Des collègues ! Donc elle m'appelait par mon prénom, elle me tutoyait... D'emblée !! Alors que j'ai jamais travaillé avec elle en milieu hospitalier, ce qui n'était pas le cas de son médecin traitant. Son médecin traitant l'avait connu comme interne en milieu hospitalier, elle l'appelait par son prénom, elle le tutoyait. Moi, j'étais la remplaçante (accentue le mot) de son médecin traitant puis la collaboratrice, et voilà. Hum... C'est une patiente qui... Du fait qu'elle travaille en milieu de soins, enfin, en hôpital local, considérait qu'elle savait ! En fait, donc elle savait ce qu'elle avait, elle savait ce qu'il fallait que je lui prescrive, mettons. Et euh... C'est aussi une patiente qui était compliquée parce que elle faisait, elle venait jamais pour une seule demande. C'étaient toujours des consultations hyper, enfin, chargées en demandes, multiples et variées. Et ce qui était très désagréable (accentue ces 2 mots), c'est qu'elle passait son temps à critiquer le milieu médical. Donc, le milieu médical de son travail où elle était en souffrance, et le milieu médical en général de tous ces spécialistes. Et surtout, elle passait son temps aussi à me mettre en porte à faux vis-à-vis des spécialistes qu'elle rencontrait en disait : « (prend une voix criarde) Mon médecin généraliste a dit que... » Et ben alors : « le spécialiste, il a dit que... ! » Donc voilà, c'était très compliqué. Elle faisait la même chose avec mon associée : « (reprend une voix criarde) Et ben Professeur Machin ! » Et avec son ancien médecin traitant qui suivait encore son fils et son mari : « Le Dr Bidule, j'en peux plus ! » Enfin bon, bref. Voilà, c'était compliqué. Voilà voilà ! (rires) Médicalement parlant, elle était pas si compliqué que ça. Elle avait eu un by pass. Et du coup, ben, c'était compliqué, tous les jours. Le mot *compliqué* revient beaucoup ! (rires) Il est compliqué de faire son suivi nutritionnel que je refusais de faire, en fait. Moi, je me sens pas compétente pour un suivi de by-pass, interpréter les taux de vitamines, et tout ça. Et elle prenait un malin plaisir à me mettre systématiquement en difficulté avec ça : « (voix criarde) Faut que

vous me prescriviez mon bilan, faut que vous me prescriviez mes compléments ! » Elle a une voix comme ça, je n'exagère pas, elle a vraiment une voix comme ça ! Et ce qui m'agaçait prodigieusement aussi, c'est qu'elle m'appelait systématiquement, c'était à peu près le premier appel de la journée de sa voiture en Bluetooth où je n'entendais rien (accentue le mot) de ce qu'elle me disait, pour me faire déjà une pré consultation de 10 minutes au téléphone. Ouais, c'est, elle était vraiment usante ! Hum, ouais, voilà voilà !

- **Actuellement, elle aurait à peu près quel âge ?**
- Elle est, enfin, elle a 48 ans maintenant. Donc, ouais, c'est 2 ans de plus que moi, enfin, si c'est ça la question (sourit et rit)
- **Non mais ! Comme ça faisait depuis 2004...**
- Ah oui oui ! En 2004, elle avait la trentaine, ouais. Ouais donc voilà.
- **Et euh... Et quand est-ce que vous avez rompu la...**
- Mis un terme ? Il y a 1 an, je dirais. Je regarde dans le dossier (consulte son ordinateur) Il y a un an parce que à nouveau... Ah oui ! 21 avril 2021. « Je lui exprime le souhait de ne plus être son médecin traitant. » Voilà. Euh... Et ben, encore une fois, elle m'avait appelée de sa voiture, pour un truc hyper simple, des petits boutons sur le décolleté. Je l'avais rajoutée sur mon planning en me disant « ça va aller vite ! » Et puis rebelotte ! Consultation de 45 minutes. En fait, les petits boutons ressemblaient à une gale, mais c'était sur le décolleté, y en avait pas sur les mains et puis bon ! Par acquis de conscience, vu son métier, on fait un prélèvement. Mais voilà, je suis pas trop inquiète. Et en fait, non seulement elle n'est pas allée faire son prélèvement en sortant de la consult comme je le lui ai demandé mais le lendemain, elle a prévenu sa cadre qui a demandé à ce que je la mette en arrêt donc, tant qu'elle avait pas fait le traitement alors que moi, je n'étais pas du tout conv... D'ailleurs, ça n'était pas une gale. Et donc elle m'a obligée à lui faire un arrêt. Et puis cette consultation a à nouveau duré 45 minutes parce que, alors que je l'avais rajoutée, parce que elle avait fait des tonnes de demandes. Et là, j'ai une page d'observ... Je je... Voilà, j'en pouvais plus. Donc voilà, en fait, j'en pouvais plus. Et en fait, à la fin, j'avais noté : « On s'accroche sur les multiples motifs de consultations, logorrhée, coq à l'âne, je lui fais remarquer qu'à chaque consultation, ça part dans tous les sens et que je ne peux objectivement pas tout gérer comme ça. » Et en fait, j'ai rompu la relation parce qu'elle m'avait rappelée le lendemain pour son arrêt de travail que je ne souhaitais pas lui faire. Et elle m'a re-rappelée le 21... A chaque fois, ça prenait du temps et c'était pas rémunéré en plus, enfin c'est nous qui payons, quoi. Elle m'a re-rappelée parce que... (claqué la langue, consulte l'ordinateur) Ah oui ! Parce que elle, elle était négative mais avait une collègue qui était positive ! Alors il fallait que je prolonge l'arrêt ou je sais pas trop quoi. Et mais tout ça au téléphone, hein ! Evidemment, tout ça au téléphone, sans faire de consultation parce qu'elle était en arrêt chez elle donc c'était compliqué, quoi, de venir en consultation, enfin bon, bref ! Et là, j'ai un peu craqué ! (rires) Voilà !
- **D'accord. C'est un peu dur de lancer des questions de relance parce que finalement, tu as tout... !**
- J'ai tout répondu !
- **D'accord. Hum... Quelle a été son attitude ?**
- Et ben... je (rires) là, en fait, c'est nul ma réaction, aujourd'hui, ma réaction est nulle ! (rires) J'avoue que j'ai un petit peu apprécier ce moment ! En fait, je me rappelle très bien m'être dit : « (sur le ton de la surprise) Oh ! » quand je lui ai dit : « Ben non, là, ça suffit ! J'y arrive plus, je ne veux plus être votre médecin, c'est pas possible. Vous me prenez trop de temps, vous avez trop de demandes, je ne peux pas, je refuse d'être

votre médecin traitant ! » Et elle m'a dit « Oh mais c'est vraiment dommage ! » « Ben c'est dommage pour vous, mais pas pour moi ! » Et ben en fait, voilà ! On a terminé sur ça et ben voilà ! Et je... Et elle n'avait pas fait de changement de médecin traitant ! J'ai continué à recevoir des courriers en tant que médecin traitant, et j'ai appelé la CPAM pour leur dire : « Je veux que vous retiriez cette patiente de ma liste ! » Ce qui a été fait par la CPAM et elle, elle n'avait pas fait le changement. D'ailleurs, je sais pas si j'ai accès, je sais pas si elle a un nouveau médecin traitant. Bref, voilà ! Euh ouais, moi, je me suis sentie soulagée quand on a arrêté cette relation. C'est bête mais... (sourit) euh... Je regarde si elle a un nouveau médecin traitant...Ouais, non, j'ai plus accès... Mais... Je me suis sentie soulagée et un peu culpabilisée parce que c... J'ai fait du Balint, donc, ça m'a appris aussi à... à me protéger des patients compliqués, à me dire : « Qu'est-ce qu'elle vient chercher là ? Qu'est-ce qu'elle vient me dire là ? » Et je n'ai plus l'énergie, en fait, de chercher ce qu'elle voulait, de cadrer les choses, donc voilà ! J'ai manqué d'énergie avec elle à ce moment-là. Peut-être que j'ai, en fait, je me dis, j'ai pas été un bon médecin traitant. Mon rôle de médecin traitant, c'était de la recadrer, enfin, entre guillemets, mais de reposer le cadre, pas de la recadrer mais de reposer le cadre en disant : « Ça, c'est médical, ça, ça ne l'est pas. Ça, on va gérer ça aujourd'hui, ça, on fera ça plus tard » Et j'ai pas pu trouver l'énergie. J'en pouvais plus. Je me suis laissée déborder... Ouais, voilà. J'ai pas été un bon médecin traitant. C'est... Mais elle n'était pas une bonne patiente ! (rire franc puis sur le ton de l'humour) C'est de sa faute ! Pas la mienne ! (rires) Ah non ! Mais je rigole mais c'est vrai en fait ! On est des professionnels, c'est quand même à nous de prendre sur nous, quand même... Mais... Pfff... Voilà ! En fait, en fait ce jour-là, ce qui a fait déborder le vase, c'est que je me la suis rajoutée sur le planning qui était déjà chargé. C'était pas possible et je lui ai dit ! Et elle a continué ! Enfin ... ! Voilà ! (rires) Je sais pas si, ouais, t'as d'autres questions ou...

- Non non du tout, c'était...c'était parfait.
- Parfait, je ne sais pas mais...
- Non, c'est... J'ai pas besoin en fait de lancer de question de relance parce que...
- Bon ! Parce que là, je culpabilise encore ! Enfin, je culpabilise... J'y pense encore ! Je sais pas, en fait, tu vas avoir une grande expérience de situations un peu... pourries, je pense, de situations où... Je me dis que... J'ai tenu quand même la relation...Oui, 17 ans, oui, ça faisait 17 ans euh... C'est pas mal ! Sur ce genre de patients, c'est pas mal, moi, je trouve. Parce que c'était plus simple au départ, étant remplaçante, je pouvais dire « oh ouais, ben revoyez ça avec votre médecin traitant » Mais c'est moi qui la revoyais. Mais... Voilà ! Mais... J'ai cassé avec elle. Voilà !
- D'accord. Ben merci beaucoup !
- Je t'en prie !
- Je vais maintenant vous interroger sur un concept, c'est le concept et les soins de ces patients difficiles qu'on appelle *Heartsink*. Est-ce que vous connaissez ce concept ?
- Non.
- Alors, c'est un néologisme anglais qui a été inventé dans les années 1980, fin d'années 1980, pas un médecin généraliste anglais qui vient de la contracture du mot *heart*, cœur et *sink*, to sink, comme un bateau qui coule.
- Ouais.
- C'est... Cela désigne l' « accablant mélange d'exaspération, de défaite et parfois de simple aversion qui occasionnent de l'angoisse chez les professionnels de santé, qui se « noient » lorsque ces patients les consultent. Le médecin peut éprouver des difficultés relationnelles avec certaines personnes, le faisant redouter ces interactions. Il peut

ressentir un sentiment d'échec, de déception et de contrariété. Ces émotions négatives peuvent naître également lorsqu'aucune amélioration n'est constatée, expérimentée ou même souhaitée par le patient lui-même, mettant à mal le principe de partenariat de la relation médecin-patient. » Considérez-vous la situation clinique précédente comme un cas de patients *Heartsink* ?

Alors... Oui, mais plusieurs fois, je lui ai demandé : « Mais est-ce que vous avez vraiment envie d'aller mieux ? Non mais, parce que, voilà... » De toute façon, je savais que quelque part, on atténueait un symptôme, il y aurait quelque chose qui reviendrait. Et je pense que, elle avait surtout besoin d'être dans la plainte. Euh... Donc il y a eu des périodes où, effectivement, je, pfff.... Ouais, l'exaspération, la défaite, machin, tout ça, je l'ai ressenti, mais il y a avaient d'autre périodes où ça parle pas de moi, en fait, ça parlait d'elle, de sa demande. Et moi, en tant que médecin, je suis là pour écouter, et c'est déjà ça ! De toute façon, je le lui ai dit plusieurs fois, hein, c'est pas... Ben là je peux tout tenter, je ne suis pas sûre que ça marche ! Donc voilà, je ne les vois pas comme un défi où il faut les soigner, ces gens-là. Moi, pour moi, c'est... avoir suffisamment d'énergie (sourit) pour tenir dans les plaintes répétées et multiples. Après j'ai peur... Enfin... On en parle pas, mais c'est des situations piégeantes où du genre où il y aurait une vraie plainte où je dois m'alarmer et je vais me dire « ouais bah, c'est bon ! » (rires) Ouais ça... Je pense que... le *Heartsink*, on le ressent quand on est fatigué, enfin... Je... Il y a des périodes, comme tout le monde, où j'en ai un petit peu marre, et je pense que plus on est en... En burn-out, moins on peut supporter ces patients-là... C'est ces patients-là qui nous font couler, clairement, oui, c'est clair. C'est ceux-là qui... qui font dévisser la plaque. Mais ben, je... Je pense que le Balint m'a vraiment protégé de ça, en me disant : « Wow wow wow ! C'est pas de moi qu'il est question, c'est du patient et de sa demande et c'est pas de moi ! » donc, ça me protège ! Moi, je, ouais ouais, j'ai senti de l'exaspération, de l'impuissance, mais c'est.... C'est un peu ce que je lui ai dit, c'est pas dommage pour moi, c'est dommage pour elle finalement, c'est... Est-ce qu'elle veut guérir ? Est-ce qu'elle veut vraiment, alors, est ce qu'elle a besoin de guérir, enfin... Et guérir de quoi, en fait ? Bon bref. Mais ouais ouais. Donc nuance. Le concept, je le comprends, je pense que j'ai pu m'en approcher, voire même y aller carrément, des fois, mais... Les patients compliqués, ils te pourrissent vraiment la vie quand tu les vois sur le planning, il me pourrissent vraiment la vie le soir, des fois en me disant : « J'ai pas été attentive », tout ça, mais... Mais je vais pas faire... Je vais pas ne pas dormir à cause de ça, (rires)

- **C'est déjà ça !**
- **C'est déjà ça !**
- **Si vous deviez définir ces patients en 3 mots, ou moins, si c'est trop difficile, qu'est-ce que vous choisiriez ?**
- Ben lourde... ! Non mais ouais, en fait, elle a un by-pass mais euh... Lourde, envahissante... Sollicitante, je sais pas avec le mot lourde mais sollicitante, voilà... ouais, ouais... Ouais lourde, j'avais l'impression qu'elle me demandait que je la porte, mais je voulais pas la porter, elle était trop lourde ! Je pense que c'était ça... Et envahissante par la porte, par la fenêtre, au téléphone, en consultation, elle me rappelle, des mails, ouais des mails ! Oui aussi, des mails qu'elle m'envoyait sans arrêt. Envahissant, vraiment, envahissante ! Et puis, du coup, je ne me souviens plus...
- **Sollicitante.**
- Ah ouais, sollicitante. Ouais, tout le temps ! « XXX ! XXX ! [prénom du médecin] » Elle m'appelait par mon prénom, elle me tutoyait alors que moi, je lui faisais du Madame

- Machin et je la vouvoyais, quoi ! Et ça, pendant 16 ans ! (rires) Elle a pas compris !(rires) Bref, voilà !
- Merci beaucoup ! Est-ce que, par hasard, vous auriez d'autres patients de ce type dans votre patientèle ? Et si oui, à combien estimez-vous leur proportion en valeur absolue ?
 - Ah ben moi, je pense que j'en ai beaucoup ! Parce que je suis finalement assez... (claqué la langue) Assez indulgente, enfin... En tout cas, je... Je cherche pas à les faire guérir, je cherche pas à les faire rentrer systématiquement dans le cadre, oui donc oui, j'en ai beaucoup. Ouais, je dirais que c'est pas loin de 5% de la patientèle, moi je... Je dirais ça, moi. Oui, j'en ai d'autres, j'en ai d'autre. Ce qui est bien, c'est qu'ils sont pas usants en même temps, (rires) ils sont rarement sur la même demi-journée, (rires) ils sont rarement en crise tous en même temps ! (rires), Parce que sinon, ce n'est pas possible ! (rires) Donc voilà ! Oui, j'en ai quelques uns, ouais. J'hésitais avec un autre patient pour ma présentation. Donc voilà ! (rires)
 - Est-ce que vous avez envie de parler de ce patient ?
 - Euh...Pffff...
 - Vous avez le droit de dire non !
 - Euh ben, pas spécialem... Ben lui aussi, il m'appelle XXX [prénom du médecin], alors... (rires) euh... Et puis, c'est le même principe, en fait. Un peu sollicitant, un peu me mettant en porte à faux par rapport aux autres. Et puis là, on a changé notre système de prise de rendez-vous. Maintenant les gens, ils savent s'ils prennent RDV pour 15 minutes, 20 minutes ou 30 minutes. C'est clair, c'est... Voilà ! Donc il avait pris un RDV de 20 min et il est arrivé avec 4 demandes assez conséquentes ! Et quand je lui ai dit qu'on va pas pouvoir tout faire, sur une RDV, il l'a très mal pris. Comment il m'a dit ? Ah oui : « XXX [prénom du médecin], ben vous êtes gentille ! » Et ça, « XXX, vous êtes gentille », j'ai pas aimé du tout ! Euh... Et donc, je lui ai dit que ce n'était pas possible, que ce n'était pas l'esprit du cabinet et on en est resté là, tous les deux, très crispés ! (rires) Voilà ! Et c'est resté comme ça, qu'il revienne ou pas ! (rires)
 - Après, si ça peut te rassurer, selon les statistiques, en général, ça représente 1 à 15% chez les médecins.
 - Ah oui, on sait pas trop où on s'affiche
 - Ouais...
 - Ouais ben je pense que c'est pas loin de 5%. Si je compte, je suis quasi certaine que je suis à 5%. Voilà !
 - C'est déjà suffisant !
 - Ouais, ouais, c'est clair ! Ouais.
 - En tout merci beaucoup pour m'avoir présenté ces cas !
 - Ouais, je t'en prie !
 - Je vais finir du coup l'entretien avec une partie qui me permettra de mieux vous connaître, même si je te connais déjà... !
 - (rires)
 - Alors du coup, vous êtes une femme.
 - Oui.
 - Quel âge avez-vous ?
 - 46 ans !
 - Vous avez obtenu votre thèse quand ?
 - 2007
 - Vous êtes installée depuis combien d'années ?

- Ben c'est compliqué, ouais. J'ai été collaboratrice en 2013 et installée ici... Non, je dis n'importe quoi ! Non ! Collaboratrice en 2007, j'ai débuté après ma thèse, et installée ici en 2013. Voilà
- **D'accord.**
- Donc je sais pas ce qu'on peut dire. Je pense qu'on peut dire 2007.
- **Ouais, je vais prendre 2007. A combien s'élève approximativement votre patientèle pour laquelle vous êtes médecin traitant ?**
- Ah ben pas tant que ça, 500. Voilà, 500.
- **D'accord.**
- Du coup, 5% ça fait 25 ! Ouais, c'est ça, ouais, dans mes patients pénibles ! (rires)
- **Ouais ça, ça rejoint les chiffres, quand même ! Dans quel milieu exercez-vous majoritairement ?**
- Ben urbain, on va dire ça.
- **Quels sont vos conditions d'exercice ?**
- A mi-temps. Euh et puis de la médecine générale exclusivement, quoi. De la régulation aussi. Voilà. Et on n'a plus de stagiaire !
- **Ah bon ?**
- Ah non ! T'as pas été stagiaire !
- **Non !**
- Je crois que, je crois que vous aviez arrêté en plus quand je suis arrivée.
- **Ben c'est possible, ouais, ouais. Ça me travaille un peu, mais, pas plus que ça ! (rires)**
- D'accord. Bon j'ai fini !
- **Ok !**

LYDENNE Sattiatevy

Les soins des patients *Heartsink* en médecine générale

Introduction : Dans sa pratique, le médecin généraliste est amené à soigner des personnes pour lesquelles il entretient des émotions négatives intenses, pouvant altérer la relation médecin-malade. Ces patients difficiles au niveau relationnel sont appelés *Heartsink*. Leurs plaintes sont principalement d'ordre psychosomatique et leur suivi complexe. L'objectif principal de cette étude est de mieux comprendre la perception des patients *Heartsink* par leurs médecins généralistes.

Matériels et Méthodes : une étude qualitative par analyse de pratiques professionnelles a été menée au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés s'intéressant au ressenti des médecins généralistes libéraux du Maine-et-Loire face à leurs patients *Heartsink*. L'analyse des données est réalisée selon la méthode de la théorisation ancrée avec une triangulation de données. Aucun comité d'éthique n'a pu être sollicité.

Résultats : 11 médecins ont été inclus dans l'étude. Les participants s'accordaient sur la notion d'impasse et d'impuissance dans le suivi des patients *Heartsink* qui étaient principalement des personnes anxieuses présentant des troubles somatomorphes et demandeuses d'examens. La recherche d'antécédents de violences était souvent vaine. La pénibilité appréhendée dépendait de la personnalité du médecin et de sa capacité à répondre à la somatisation et à l'incertitude diagnostique. Cette peine était d'autant plus évidente que la frustration était envahissante, avec un retentissement sur la vie privée du médecin, et pourvoyeuse d'épuisement professionnel. Une des pistes d'amélioration du suivi est le développement de compétences émotionnelles et de communication, avec l'apport de l'intelligence émotionnelle, des groupes Balint et de la psychanalyse.

Les attentes différentes du médecin et du patient *Heartsink* contrarient le partenariat médecin-malade, comparable à une relation affective toxique où la déception est réciproque. Si l'insatisfaction persistait, le recours à d'autres spécialités était envisageable. La rupture du suivi restait néanmoins exceptionnelle.

Le suivi des patients *Heartsink* respecte l'éthique médicale. Nonobstant leurs émotions négatives, les médecins promeuvent l'autonomie de ces personnes en leur délivrant une information claire et loyale et en leur prodiguant des soins avec bienveillance.

Conclusion : Le patient *Heartsink* illustre le naufrage de la relation médecin-malade avec un sujet considéré pénible par le médecin. Devant l'absence de partenariat, une frustration réciproque est engendrée, interrogeant l'adéquation des stratégies déployées.

Mots-clés : patients *Heartsink*, patients difficiles, relation médecin-malade, impasse, médecine générale

Caring for the *Heartsink* patients in general practice

Introduction: During his practice, the general practitioner may treat people for whom he feels intense negative emotions, which can alter the doctor-patient relationship. Those difficult people are named *Heartsink* patients. Their groans are mainly psychosomatic, and their care is more complex. This study mainly aims at understanding in a better way general practitioners' perception about their *Heartsink* patients.

Materials and Methods: A qualitative study by analysis of professional practices was conducted through individual semi-directed interviews focusing on the general practitioners' feelings towards their own *Heartsink* patients in the Maine-et-Loire department. Data analysis was performed using the grounded theory method with data triangulation. No ethics committee has been solicited.

Results: 11 physicians were included in this study. Doctors all felt they were in a stalemate and helplessness situation with their *Heartsink* patients' follow-up. Most of those anxious people had 'somatomorphic' disorders and requested more and more tests. Looking for violence history was unsuccessful. The experienced arduousness depended on the doctor's personality and his ability to cope with somatization and diagnostic uncertainty. The more obvious the trouble was, the greater the frustration was. It could become a source of professional exhaustion, with an invading impact on private life. One of the areas for improving their care is the development of emotional and communication skills, according with emotional intelligence, Balint groups and psychoanalysis.

The general practitioner and his *Heartsink* patient may not have the same expectations, making the doctor-patient partnership difficult to build. That relationship is as unsatisfied as a toxic relationship with mutual disappointment. As the dissatisfaction was persisting, the referring to other medical specialties was worth conceivable. However, breaking the *Heartsink* patients' care remained exceptional.

Taking care of *Heartsink* patients respects medical ethics. Despite their negative feelings, doctors are still promoting these people's autonomy by giving them loyal and clear information and by providing them benevolent care.

Conclusion: The *Heartsink* patient illustrates the doctor-patient relationship sinking with someone seen as a difficult patient according to the physician's point of view, with mutual frustration because of no partnership. That queries the sufficiency of the deployed strategies.

Keywords : *Heartsink* patients, difficult patients, doctor-patient relationship, stalemate, general practice