



GESTION DU PATIENT DE PERSONNALITE DIFFICILE EN MEDECINE GENERALE

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Thème Groupes Qualité : Février 2021

Co-écrit par :

Dr. Elodie COSSET coordonnatrice GQ PDL,
Dr.Cécile GANRY animatrice

Relecture : Alain Fontaine

Nous avons voulu par ce document pouvoir vous apporter certaines pistes de réflexion mais il est certain de manière encore plus évidente que pour d'autres thématiques, que c'est la richesse de vos échanges qui donnera tout son sens à votre travail.

Les patients de personnalité difficile ou les rencontres difficiles sont dans notre quotidien de généraliste une source non négligeable de stress et épuisement, méritant que nous cherchions ensemble des solutions pour vivre plus sereinement les confrontations, maintenir la relation et assurer une prise en charge globale ...ou pas...

En pratique,

Comment nous comportons nous face aux patients difficiles ?

Quels sont les signes émis par les patients qui nous mettent sous tension ?

Quelles stratégies développons-nous pour maintenir la relation ?

Nous nous sommes principalement appuyées pour ce dossier documentaire sur la thèse de Chloë Bouchacourt qui a effectué en 2014 une revue de la littérature détaillée sur : « Les patients heartsink : la prise en charge des patients difficiles en médecine générale »¹

1.1 Les différents profils de patients difficiles

Depuis les années 50 divers auteurs ont recensé les profils de patients heartskin, littéralement qui font serrer le cœur. D'après T.C.O'Dowd « des patients qui vous donnent un serrement au cœur chaque fois qu'ils consultent ». Dans les suites, la relation médecin-malade a été prise en compte, reconnaissant que l'interaction de la personnalité du médecin et celle du patient influait grandement la relation.

Néanmoins est apparu l'impossibilité de définir un profil type de patient difficile, chaque praticien percevant une tension, un malaise qui lui est propre face à certaines situations.

1.1 Les différents types de personnalités difficiles.

« Les ayants droit » qui réclament des examens complémentaires, avis spécialisés injustifiés...

« Les diagnostiqueurs » qui ont déjà fait leur propre diagnostic. La médiatisation médicale, tout particulièrement avec internet conduit un patient sur quatre à le consulter avant d'aller chez le médecin.

« Les revendicateurs » qui posent des questions en cascade

« Les patients agressifs »

« Les manipulateurs » qui encensent le médecin

« Les patients aux plaintes multiples et répétées », « les secrets » qui ne dévoilent pas toutes les informations,

« Les patients experts » qui ont une maladie rare et qui connaissent aussi bien leur pathologie que le généraliste.

« Les dépendants, les crampons » ...

Mais aussi les « n'allant jamais mieux », les « jamais l'un sans l'autre » qui viennent à deux, l'accompagnant monopolisant la parole ... les « démunis médico-sociaux » pour lesquels le médecin se sent impuissant, les tristes...

Leur point commun est d'avoir la capacité de générer chez leur médecin un sentiment d'agacement, d'impuissance, de frustration ou d'incompétence qui interfère négativement sur la relation médecin-malade et potentiellement sur la prise en charge de ces patients.

Jusqu'alors des solutions en termes de posture professionnelle avaient été proposées aux médecins mais peu s'étaient intéressés à leurs capacités relationnelles, à la gestion de leurs propres émotions et ressentis.

1.2 La relation médecin-malade

La relation médecin malade a évolué au fil des années, pendant des siècles les patients ont remis leur santé entre les mains du médecin, plusieurs modèles successifs ont été décrits :

« Le modèle paternaliste » le médecin se trouve en position haute, détient le savoir, imposant au patient la décision qu'il juge la meilleure.

« Le modèle conflictuel » dans les années 1970 décrit par le sociologue Freidson, époque de remise en cause du paternalisme et où les médecins luttent pour conserver leur autonomie et les patients pour être considérés et écoutés.

« Le modèle négocié » est décrit dans les années 1990 (A. Strauss) démontre que les patients possèdent une grande marge de manœuvre et l'utilisent. Avec l'augmentation des pathologies chroniques le patient a une participation active à sa prise en charge. Le temps autorise un processus d'apprentissage leur permettant d'acquérir une certaine autonomie ;

« Le modèle de partenariat » depuis le début des années 2000 avec d'avantage de partage de l'information, et une décision prise conjointement par le patient et le médecin. (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades).

1.3 Les groupes Balint

Dans les années 50, Michael Balint psychiatre a créé des groupes de supervision et réflexion de la relation médecin-malade. Les facteurs sociaux et psychiques sont pris en compte au même titre que les facteurs biomédicaux. Il a analysé l'importance dans la relation, le

diagnostic et la prise en charge, du transfert (réactions affectives positives ou négatives, conscientes ou inconscientes du patient envers son médecin) et les contre transfert (du médecin envers son patient). Une dizaine de soignants par groupe se réunissent accompagnés d'un formateur Balintien et exposent à partir de cas concrets les difficultés qu'ils rencontrent à propos de relations avec des patients.

2 Les risques liés à la prise en charge des « patients difficiles » :

2.1 Conséquences émotionnelles négatives pour le médecin :

La prise en charge des « patients difficiles » entraîne des ressentis négatifs chez le médecin, avec pour conséquence une prise en charge non sereine du patient :

- **découragement**
- **sentiment de dévalorisation**, diminution de l'estime de soi, sentiment de mise en échec
- **culpabilité** : de ne pas avoir réussi à dire non, d'avoir fait des prescriptions abusives, de ne pas réussir à suivre une ligne de conduite supposée adaptée, de perdre son calme...
- **sentiment d'agression, de mal-être**, pouvant entraîner chez certains médecins une volonté d'écourter la consultation, ce qui peut être source d'erreurs.
- **peur de l'erreur** : crainte de passer à côté d'un diagnostic avec ce type de patient, ce qui rend la consultation d'autant plus stressante et difficile du fait d'une hyper-vigilance.
- **Risque accru de burn-out**, lui-même à l'origine de difficultés dans la relation médecin-malade

2.2 Conséquences pour le patient :

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

• Le patient peut avoir l'impression de ne pas être écouté par le médecin, de ne pas être compris. La répétition des consultations, la multiplication des avis peut devenir anxiogène.

• Les difficultés relationnelles nuisent à la qualité des soins.

L'erreur médicale serait facilitée par une communication défaillante, la colère ou la démotivation du médecin, un moins bon examen ([revue de questions thématiques "Patient difficiles, conflits avec les patients"](#))

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

2.3 Augmentation de la consommation de soins :

Dans ce type de consultation, les médecins prescrivent plus d'examens complémentaires, et ont un recours plus fréquent au spécialiste, pour différentes raisons :

- se protéger, face à un patient qu'ils estiment plus procédurier
- par peur de l'erreur diagnostique
- limiter le conflit et écouter la consultation : le médecin cède au patient pour s'épargner une discussion longue et souvent infructueuse
- la prescription d'examens complémentaires peut être un moyen de valider la plainte du patient, et de le rassurer.

2.4 Risque médico-légal : risque accru de plaintes et d'agression

3 Comment réagir face à un « patient difficile » ?

3.1 Les différentes réactions possibles face à un « patient difficile » :

Négociation : basée sur l'écoute empathique et le dialogue dans le but d'apaiser le conflit. Elle demande du temps, des compétences en communication et de l'énergie, ce qui manque parfois au médecin.

Confrontation : utilisée par certains médecins, elle peut poser des questionnements d'ordre éthique et déontologique

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

Recours à un confrère : dans le but de se rassurer, de se protéger, et de convaincre les patients

Rupture de la relation : le médecin a le droit de rompre son contrat de médecin traitant s'il le souhaite. Cependant, cela doit se faire suivant un cadre déontologique : il ne peut être fondé sur des motifs discriminatoires ;

- il n'est pas possible en cas d'urgence ;
- il doit être justifié par des exigences essentielles et déterminantes de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins ;
- il impose une information du patient ;
- la continuité des soins doit impérativement être assurée.

<https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/gestion-du-patient-difficile>

3.2 Pistes d'amélioration :

3.2.1 Trouver l'origine du malaise du médecin pour tenter d'y remédier :

- Mode de relation médecin-patient
 - Patient de type passif-agressif : trouver plusieurs solutions ensemble et respecter le choix du patient. Prévoir la deuxième solution au cas où la première ne fonctionnerait pas.
 - Relation paternaliste : inviter le patient à trouver des solutions, à les évaluer (avantages et inconvénients) et à faire un choix.
 - Patient de type « tout ou rien » : Nommer le problème, apprendre au patient à déceler les tons de « gris » entre le noir et le blanc.
- Traits de personnalité du médecin : le médecin perfectionniste
 - Régler un objectif à la fois au choix du patient
 - Apprendre la tolérance à l'échec
 - Viser une amélioration de l'état du patient et non la guérison
- Déficits fonctionnels du patient : le patient éparpillé et désorganisé
 - Utiliser un cadre de travail
 - Reconnaître la régression, la nommer, comprendre d'où elle vient et aider le patient à trouver des solutions sans prendre un rôle parental
- Non-reconnaissance du diagnostic par le patient : « Le problème, c'est les autres »
 - On ne peut changer les autres. Comment pourriez-vous voir le problème autrement ?
 - Comment pouvez-vous devenir moins vulnérable face au regard des autres ?

<https://lemedecinduquebec.org/Media/108339/055-060DreCaza1110.pdf>

3.2.2 Instaurer une bonne communication :

- **Transmission d'une information claire, compréhensible, et adaptée au patient**, sans pour autant atténuer par exemple l'importance des risques.
Le médecin est amené à vulgariser les terminologies pour une meilleure compréhension. La prise en compte de cette particularité relative à l'information pourra utilement être attestée par une mention au dossier du type : « information donnée sur les risques graves compte tenu du niveau primaire de compréhension du français ».

<https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/gestion-du-patient-difficile>

- Vérifier que l'information a été bien comprise en faisant reformuler le patient, et au besoin répéter le message
- L'outil « Faire Dire » peut être utilisé, en 3 étapes successives :
 1. **Expliquer lentement, à l'aide de mots simples, d'images, de schémas, avec empathie et respect**
 2. Cibler les informations à donner au patient, ce qu'il doit retenir, les informations essentielles pour sa sécurité. Prendre en compte ce que sait le patient, chercher à repérer ses attentes et ses craintes. S'exprimer avec un ton bienveillant pour mettre à l'aise le patient, utiliser un langage adapté et clair en laissant au patient le temps pour bien entendre ce qui est dit. Ne pas hésiter à répéter et à

utiliser des mots différents pour dire la même chose.

3. **FAIRE DIRE** : Vérifier la compréhension du patient en lui demandant une reformulation Poser des questions qui donnent au patient la possibilité de reformuler avec ses propres mots ce qui vient d'être expliqué (exemple : « *Je voudrais m'assurer que j'ai été clair dans mes explications, pourriez-vous me les redire à votre façon ? Qu'avez-vous retenu ?* »

Réexpliquer si nécessaire jusqu'à s'assurer de la compréhension complète par le patient

Si le patient n'est pas en mesure de répéter l'information délivrée de façon claire, précise et complète, il faut lui apporter des explications supplémentaires en prenant en compte les éléments de contexte et les problèmes particuliers du patient. Faire reformuler le patient jusqu'à s'assurer de sa compréhension complète

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334/fr/faire-dire

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/brochure_fairedire_communiquer_avec_son_patient.pdf

3.2.3 Maintenir une consultation sereine et une relation médecin-malade apaisée :

- **Faire preuve d'empathie**
- **Prendre conscience de ses propres émotions** : le médecin doit prendre en compte ses propres comportements et ressentis et admettre le fait que ces facteurs influencent également l'issue de la rencontre. Il est important d'identifier les phénomènes de contre transfert pour comprendre l'intersubjectivité de la relation médecin-malade, responsable de freins et de blocages dans le lien thérapeutique
- **Prendre le temps d'interpréter chaque visite dans le contexte de vie du patient.** En comprenant mieux qui sont vraiment les gens, le médecin n'excuse pas les comportements agressifs mais devient capable de mieux les interpréter.
- **Penser à toujours rechercher les motifs cachés d'une consultation et les non-dits.** Il est important de créer un climat de confiance dans lequel le patient puisse se livrer. Il doit pouvoir parler de sujets sensibles comme la peur de la maladie et du cancer, les addictions, les problèmes familiaux, les deuils, les abus sexuels.
- **Résumer ou répéter en partie ce qu'a déclaré le patient.** L'intérêt majeur de la méthode de reformulation est de donner au patient le sentiment d'être entendu et de lui permettre ainsi de pouvoir verbaliser ce qui le préoccupe.
- **Apprendre à dire « non » efficacement** . Il faut apprendre à ne pas refuser immédiatement une demande, car cela augmente inévitablement la frustration du patient. Pour que le patient comprenne qu'il a été bien écouté, il est important de toujours réaliser une anamnèse et un examen clinique rigoureux. Il faut savoir dire « non » de façon ferme et

bienveillante, sans chercher à se justifier.

Technique du disque rayé progressif :

La technique du Disque Rayé Progressif consiste à répondre par deux phrases coordonnées par un "mais". À chaque renouvellement de la demande, le refus est un peu plus ferme.

La première phrase est empathique : elle montre que vous avez bien compris le problème de votre interlocuteur. En effet, l'essentiel des efforts du demandeur va consister à insister sur l'importance de sa demande ou de la gravité de sa situation. En précédant chaque refus d'un accusé de réception de l'importance de la demande, vous désamorcez son agressivité.

La deuxième phrase, après le "mais", exprime le refus : vous commencerez par un refus poli, puis ferme, puis catégorique, sans bien sûr jamais vous départir de votre calme, et si possible de votre sourire. Cette progressivité dans l'intensité du refus est importante pour ne pas braquer le demandeur.

Dans l'immense majorité des cas, votre interlocuteur, après trois à quatre essais successifs (rarement plus) va accepter votre refus car il ne saura plus comment formuler sa demande. En effet, comme vous commencez par lui accuser réception de sa problématique, il ne lui reste plus qu'à essayer de vous faire changer d'avis ; et comme votre refus est ferme, il ne le peut pas.

<https://www.atoute.org/n/article112.html>

- Savoir expliquer au patient les motifs de la prise en charge proposée sans avoir besoin de se justifier longuement, ce comportement pouvant créer la suspicion chez le patient.
- Avoir recours à l'humour. Il est utile et efficace tout particulièrement avec les patients autoritaires. Cela permet de surprendre le patient, de dédramatiser et de permettre un échange. L'humour se distingue de l'ironie qui, elle, s'avère blessante pour le patient et lui donne l'impression de ne pas être pris au sérieux.

3.2.4 S'adapter pour éviter les pièges

- **Le patient qui refuse les propositions du médecin : importance de la décision médicale partagée**

Le refus d'un patient de collaborer au traitement ne met pas nécessairement fin au contrat médical. Le médecin est alors encouragé à faire participer le patient à ses choix de santé et à réévaluer les attentes de chacun à mesure que surviennent des changements dans la relation thérapeutique. Au besoin, il peut demander l'aide d'un proche du patient, avec la permission de ce dernier, pour améliorer la communication et le suivi. En cas de conflit, il peut également demander l'opinion ou l'assistance d'un collègue ou d'un autre professionnel de la santé pour améliorer la relation thérapeutique, que ce soit pour offrir un type de communication différent ou pour appuyer son orientation clinique. Dans le cadre de sa discussion, le médecin doit fournir des précisions claires quant à son rôle et au comportement approprié qu'il attend du patient.

Gérer une situation difficile - « le Médecin du Québec », de D Roberge et L Le grand Westfall.

- **Le patient aux demandes multiples « ayant droit »**

Il faut savoir dire « non » dans l'intérêt du patient et le respect de ses convictions personnelles, sans pour autant le rejeter. Le médecin ne doit pas se sentir intimidé, ni se mettre dans une posture défensive. De plus, il doit éviter de se justifier longuement, de s'empêtrer dans des explications compliquées et de se laisser entraîner dans un débat avec le patient.

–**Le patient qui n'écoute pas :**

Il est souhaitable de proposer à ce type de patient qu'il soit accompagné par une personne de son choix et qu'il formalise par écrit son consentement après avoir reçu l'information nécessaire. La mention relative à la présence d'un tiers dûment identifié (conjoint, fils...), à la remise d'un document après l'entretien individuel d'information, voire au refus du patient « d'en savoir plus » doit figurer au dossier de ce patient objectivement peu fiable.

<https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/gestion-du-patient-difficile>

–**Le patient aux plaintes multiples**

Il faut accepter les plaintes sans fin comme un mode de communication sans se sentir dévalorisé ou impuissant. Il est important de ne pas en vouloir aux patients, de ne pas s'irriter de leurs comportements. Il faut faire attention à ne pas minimiser la plainte, le risque sous-jacent étant de ne plus l'écouter. Dans les plaintes sans fin, la demande du malade n'est pas forcément celle d'une guérison mais d'une écoute, une reconnaissance.

–**Le patient envahissant**

Le médecin doit rapidement recadrer la relation avec le patient envahissant avec autant de tact et de fermeté que possible en lui indiquant qu'il existe des limites humaines aux connaissances et compétences médicales, mais aussi des limites de temps et d'endurance. Réussir à rétablir une bonne distance soignant-soigné sans blesser le patient est un enjeu essentiel de la relation de soins, ceci, dans l'intérêt également du patient « afin de le protéger de promesses et d'illusions vouées à l'échec »

- fixer les rendez-vous à intervalles réguliers
- prioriser un problème ou un sujet par rencontre
- prévoir des solutions à utiliser en attendant le prochain rendez-vous
- faire l'objet d'une entente préalable avec le patient concernant les rendez-vous manqués (ex. : un rendez-vous manqué ne sera pas repris, le patient devra relire ses notes, etc.)
- rappeler au patient que le rôle du cadre n'est pas punitif, mais fonctionnel.
- gestion des appels téléphoniques : prévoir le nombre d'appels permis par mois, discuter des modalités de rappel, nommer les raisons acceptables d'appeler (ex. : problème avec le traitement médicamenteux).

<https://lemedecinduquebec.org/Media/108339/055-060DreCaza1110.pdf>

–Le patient manipulateur :

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

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

–Le patient agressif :

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

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

Tout d'abord, il faut reconnaître le découragement du malade, essayer de lui redonner espoir en lui montrant qu'il y a toujours quelque chose à faire. Le médecin ne doit pas nier l'absence d'amélioration mais rester dans une écoute empathique. Il est primordial de différencier l'échec thérapeutique et l'échec du médecin. Dans le cas contraire, il y a un risque important d'en vouloir au malade de l'échec thérapeutique, de se laisser décourager et de l'accuser de ne pas correctement se soigner.

–Concernant le risque médico-légal :

Si les comportements inadéquats ou injustifiés du patient persistent, il est recommandé de les inscrire dans le dossier de façon neutre et objective, tout comme les efforts déployés pour résoudre les tensions

Gérer une situation difficile - « le Médecin du Québec », de D Roberge et L Le grand Westfall.

-La communication non-violente :

Marshall Rosenberg propose dans son livre « les mots sont des fenêtres »¹² une technique de communication pouvant aider à revenir à distance sur une situation problématique avec un patient, ou dans sa vie personnelle.

. Il s'agit d'un cheminement en quatre temps :

1. Observation objective sans jugement, s'en limiter aux faits

2. Sentiments exprimer les émotions que cela a généré en nous (débuter sa phrase par Je me suis senti, j'ai ressenti...)
3. Exprimer ses besoins (j'ai besoin de me sentir... de savoir...)
4. Faire une demande réalisable concrète et exprimée positivement.

Bibliographie

1. [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4715_BOUCHACOURT_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications/documents/4715_BOUCHACOURT_these.pdf)
2. <https://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/article/le-medecin-generaliste-face-a-un-patient-agressif-1328>
3. <https://lemedecinduquebec.org/Media/108339/055-060DreCaza1110.pdf>
4. <https://www.prevention-medicale.org/Revues-de-questions-thematiques/Toutes-les-revues-de-questions/Patients-difficiles-conflits-avec-les-patients/Patients-difficiles>
5. http://maitredestage.free.fr/outils/documents/dire_non.pdf
6. <https://lemedecinduquebec.org/Media/116041/051-055MeRoberge0512.pdf> savoir dire adieu
7. <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-85/31746> (violence ds soins)
8. http://maitredestage.free.fr/outils/documents/dire_non.pdf
9. personnalité limite)
10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3076499/>
11. <https://www.prevention-medicale.org/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Medecin/patient-difficile>
12. <https://fr.usembassy.gov/wp-content/uploads/sites/50/rosenberg-mots.pdf>