



Récit authentique

L'impuissance des médecins face à un patient « difficile »

Par: Maya Beaudry R1 médecine de famille

GMF-U des Faubourgs

18 mai 2021



Plan de présentation

- ⇒ Récit narratif
- ⇒ Réflexions personnels
- ⇒ Recherche documentaire
 - ⇒ Patients « difficiles »
 - ⇒ Impuissance des médecins
- ⇒ Pistes de solution:
 - ⇒ PEC du pt
 - ⇒ Stratégies personnelle du md
- ⇒ Conclusion



Récit narratif

- 18 décembre 2020, 57 ans, hospitalisé: nécrose 1^{er} orteil → Amputation
- Cas complexe: multi comorbidités, faible SSE, négligé
- Lourd passé: drogue, 7 filles DPJ, prison...
- Je voulais l'aider!



ESPOIR

- Suivait mes conseils: diète DB, d/c tabac et cocaïne “Je n’y retoucherai plus jamais !”
- Apparence: Avait coupé sa barbe et ses cheveux
- Reprise du contact avec fille pour Noël.
- Disait-il ça pour me faire plaisir? Avait-il remarqué à quel point JE voulais qu’il se prenne en mains?
- Fin de la semaine d’hospitalisation: Sentiment d’abandon.



Conte de fée

- Bureau: Mon ange!!
- Cocaïne, cigarette, fini la diète Db
- Coupé contacte avec filles
- Pieds infecté
- Formulaire d'arrêt de travail
- RDV 1x/2
- Pour moi: cas complexe → patient "difficile"
- Apprentissage "théorique": distance professionnelle, favoriser l'autonomie, mais...



Réflexion personnelle

- Contrariée, déçue, impuissante?
- Espoir miroité?
- Besoin personnel d'altruisme?
- Introspection: J'en faisais trop!!
- Surinvestissement: Conséquence = Impuissance, inutilité, échec
- PEC de toute la 1^{er} ligne : dépendance, social, dlr chronique, psychothérapeute, TS.
 - Refuse les références...



Réflexion personnelle

- Paternalisme « Dis-moi quoi faire et je le ferai »
- Urgence de guérir et soigner vite.
- Autonomisation. En vain...
- But de ma réflexion:
 - Reconnaître mon impuissance: Trouver des stratégies pour une vie professionnelle sereine
 - Accompagner et non diriger
 - Baisser mes attentes : Stratégie de «petits pas » (Elder, 2011).
 - Renoncer au coup de « baguette magique »



Recherche documentaire

- Divisé ma recherche documentaire en 2 thèmes :
- 1) Caractéristiques des « patients difficiles »
- 2) L'impuissance du médecin et stratégies
- 16 Articles
- Base de données: Pubmed
- Articles recherchés entre 1980 et 2021
- 10 articles en français et 6 en anglais
- Étude qualitative exploratoire, Montréal: Perception de 12 omnipraticiens (Carde *et al.*, 2018).
 - Hx vécues des médecins, émotions, expérience de vie, stratégies pour y faire face.
- Mots clés en anglais et français: « L'impuissance des médecins », « Faible statut socio-économique », « Itinérance », «Inégalités sociales », « Déterminants de la santé », «Épuisement professionnelle», « Résilience »



Patients difficiles

- Plaintif, agressif, exigeant, manipulateur, sur consommateur, multiples problèmes médicaux, détresse émotionnelle, suivi médical pénible (Elder, 2011).
- Incapacité à répondre aux attentes (Becker, 1985).
 - Payer des soins.
 - Durée consultations (payés à l'acte)



Patients difficiles

- Ces patients « difficiles »: Paresse explique pauvreté (Willems et al., 2005).
- Faible adhésion aux tx (Bloch et al., 2011).
- Abusent des soins et allocations sociales (Desprès, 2017).
- « Difficiles » car PEC qui n'évolue pas assez vite. Pourquoi?
 - 1) Manque d'argent pour payer leurs soins donc listes d'attente
 - 2) Nombreux RDV manqués = obstacle au suivi.

Md n'a aucun pouvoir → sentiment d'impuissance (Carde, 2018).



Patients difficiles

- Patients « chronophage » 2 enjeux:
 - 1) Temps pour connaître les conditions de vie et l'Hx
 - 2) Contacter plusieurs professionnels + Obtenir renseignements. (Rx remboursé par RAMQ)
(Carde *et al.*, 2018).
- Conséquences du suivi ardu → détresse émotionnelle



3 sources majeures du vécu difficile des md (carde et al., 2018)

- 1) Impatience → Chronophage
- 2) Frustration reliée à la communication
- 3) Impuissance face à la pauvreté




Impuissance

- Écrasés par une responsabilité trop lourde (Carde *et al.*, 2018).
- Impuissance 2° au manque d'adaptation avec les incapacités des pts à suivre nos recommandations.
- Empêche de « suivre une recette » → Échec → Impuissance → Impression de ne pas être « bons » (Elder, 2011).




Impuissance

- L'impuissance des médecins émanerait de 3 facteurs.
- 1) Inefficaces car impuissants face aux enjeux qui les dépassent.
 - Pauvreté détruit les efforts.
- 2) Ne pas faire ce qui est le mieux.
- 3) Limitation dans les soins (Carde *et al.*, 2018).



Stratégies de PEC des pt sociaux économiquement défavorisés :

- Le médecin : rôle de 1^e plan: repérage de la précarité et adaptation de la PEC (Mercer et al., 2007).
- → Tenir compte des traumatismes
- Combler les écarts du système
 - Offrir options de soins: collaboration (Andermann A., et al., 2020).
- Multidisciplinarité = stratégie/outil pour contrer l'épuisement professionnel.
 - Diminue stress et souffrance.
 - Coordination des soins → lien avec les acteurs sociaux du terrain
 - Précarité: lien interdisciplinaire = + efficace qu'une Px (Tudrej, B. V. et al., 2018).



Stratégies de PEC des pt sociaux économiquement défavorisés :

- Faire le deuil d'une PEC idéale au profit d'objectifs modestes et en nombre restreint.
 - « stratégie des petits pas ».
 - Évite découragement du pt et md.
 - Md accepte de ne plus faire le « maximum » → diminue le temps des rencontres donc les facteurs irritants (Carde et *al.*, 2018).
- RDV manqué: éviter de pénaliser (Andermann, A. et *al.*, 2020)



Stratégies de PEC de pt sociaux économiquement défavorisés

- Anamnèse sociale détaillée DSS → individualiser nos soins + perfectionner habiletés + élargir les perspectives (Goel et al., 2016).
- Md: → Obligation de prendre en compte DSS et d'agir pour les influencer (Woollard et al., 2016).
- Intervenir sur DSS améliore la santé plus qu'avec des soins médicaux seuls (Goel, R. et al., 2016).



Stratégies du médecin face à l'impuissance :

- Admettre + accepter: pas « imperméables ».
 - Reconnaître notre impuissance
 - Notions de distance et de limites (Canivet, D et al., 2019).
- **Obstacle à certains idéaux: Renoncer à vouloir tout maîtriser (Delieutraz, 2012).**
 - Cesser de tout contrôler → Nouvelles perspectives: Indispensable pour retrouver notre élan et notre motivation à soigner.
 - Accepter: rôle, limites, réel potentiel. Lâcher prise = étape incontournable
 - Humilité, remettre le pt au centre → Confiance en son potentiel



Résilience

- Clefs = Apprendre à abandonner.
 - ➤ Refuser l'aboutissement de l'objectif fixé
- Changer notre perception des choses.
- Focaliser sur des petites victoires via de petits objectifs (Scholl, 2016).



Conclusion

Aujourd'hui

- J'ai adapté ma PEC: stratégie de petits pas
- Bon lien de confiance
- Interdisciplinarité
- J'ai baissé mes attentes → Réduction des méfaits
- J'évite les conseils inutiles
- RDV + courts, objectifs réalisables
- J'ai appris à « renoncer » pour mieux prendre soin et vivre ma profession de manière sereine
- Je ne suis plus déçue...



MERCI DE VOTRE ATTENTION

QUESTIONS?



Références

- Andermann, A., Bloch, G., Goel, R., Brcic, V., Salvalaggio, G., Twan, S., Kendall, C. E., Ponka, D., & Pottie, K. (2020). Soigner les patients ayant connu l’itinérance. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 66(8), e204–e212.
- Becker, Howard S. (1985). *Outsiders: Études de sociologie de la déviance*. Paris: Éditions Métailié. <https://doi.org/10.3917/meta.becke.1985.01>
- Bloch, G., Rozmovits, L., & Giambrone, B. (2011). Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health. *BMC family practice*, 12, 62. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-62>
- Canivet, D., Liénard, A., Merckaert, I., Delvaux, N., Tiete, J., & Razavi, D. (2019). Stress professionnel et burnout des soignants. In D. Razavi & N. Delvaux (Eds.), *Psycho-oncologie: Concepts théoriques & interventions cliniques* (2 ed., pp. 481-496). Elsevier Masson.
- Scholl. C, (2016, 21 novembre), “4 Clés Pour Être Résilient: Nomadity Confiance En Soi.” *Nomadity Confiance En Soi / Le Blog Pour Grandir En Confiance En Soi*, 21, nomadity.https://nomadity.be/blog_confiance/4-cles-pour-etre-resilient/



Références

- Conrad, P. (1992) « Medicalization and social control », *Annual review of Sociology*, no°, p. 209-32.
- Delieutraz, S. (2012). Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé. *Cliniques*, 2(2), 146-162. <https://doi.org/10.3917/clini.004.0146>
- Desprès C. (2017), *Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse des discours de médecins et dentistes*, Défenseur des Droits – Labo LEPS-Univ Paris XIII. En ligne, consulté le 9 mai 2019. <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/outils/etudes/des-pratiques-medicales-et-dentaires-entre-differenciation-et-discrimination>
- Carde, E. (2020) « Quand les inégalités sociales rendent les patients « difficiles » », *Emulations - Revue de sciences sociales*, (35-36), p. 51-64. doi: 10.14428/emulations.03536.04.
- Goel, R., Buchman, S., Meili, R., & Woollard, R. (2016). La responsabilité sociale au microniveau: Un patient à la fois. *Canadian Family Physician*, 62(4), 299–302.
- Gulbrandsen, Pål & Fugelli, Per & Sandvik, Leiv & Hjortdahl, Per. (1998). Influence of social problems on management in general practice: Multipractice questionnaire survey. *BMJ (Clinical research ed.)*. 317. 28-32. 10.1136/bmj.317.7150.28.



Références

- Mercer, S. W., Cawston, P. G., & Bikker, A. P. (2007). Quality in general practice consultations; a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC family practice*, 8, 22. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-22>
- Méchin O. (2013) Effets sur les soignants de la douleur et de la souffrance des patients, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, Volume 12, Issue 4, Pages 201-206, ISSN 1636-6522.
- Tudrej, B.V. & Etonno, R. & Martinière, A. & Hervé, C. & Birault, François. (2018). Clinique de la précarité ? Réflexions éthiques et retour d'expériences autour d'un modèle de repérage des déterminants sociaux de la santé vers la santé publique clinique. *Ethics, Medicine and Public Health*. 6. 15-25. 10.1016/j.jemep.2018.07.010.
- Willems, S. J., Swinnen, W., & De Maeseneer, J. M. (2005). The GP's perception of poverty: a qualitative study. *Family practice*, 22(2), 177–183. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh724>
- Woollard, R., Buchman, S., Meili, R., Strasser, R., Alexander, I., & Goel, R. (2016). *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 62(7), 547–550.