

Pierre Loeb, président de l'ASMPP¹

EEA, Efficacité-Economicité-Adéquation (ou la fiabilité) chez les patients difficiles



Nous connaissons tous les prétendus patients «difficiles» qui éveillent chez nous un sentiment de frustration voire de rejet dès que nous apercevons leur nom sur l'agenda. La plupart des études dans ce domaine se concentrent sur la description de ces patients sans toutefois nous aider à améliorer nos aptitudes techniques ou relationnelles avec eux. Ces relations médecin-patient sont promptes à entraîner des complications, des crises émotionnelles ou des déceptions réciproques, conduisant souvent à des ruptures avec répétitions en boucle du shopping médical.

Mon maître et directeur de thèse Dieter Beck [1] a parlé de «Koryphäen-Killer-Syndrom», (syndrome tueur de génies) en décrivant comment le prochain médecin tombait lui aussi de son piédestal après avoir cherché à combler, finalement en vain, les attentes exagérées du patient.

Dans une étude de 2006 [2] les auteurs du département de médecine de famille de l'université de Cincinnati ont recherché quels étaient les procédés efficaces qui permettaient aux médecins de traiter ces patients difficiles tout en gardant le moral grâce à la «best practice». Quatre domaines ont été plus spécialement examinés: le type d'interactions que tous les participants trouvaient difficiles, les connaissances et techniques appliquées y compris les stratégies de coping, les raisons qui rendaient ces rencontres subjectivement difficiles et les réactions émotionnelles des médecins.

Sont vécus comme difficiles les patients qui restent malades malgré tous les efforts, ceux qui sont exigeants, à moins qu'ils ne collaborent pas tout en étant manipulateurs et prétentieux. Ceci concerne avant tout des patients dont les problèmes sont mal expliqués comme les douleurs multiples et chroniques, les addictions, les abus médicamenteux et tous les troubles psychiatriques y relatifs. D'autre part, les médecins inexpérimentés, mécontents de leur travail et ayant peu confiance en eux sont tout particulièrement à risque.

En quoi consiste donc cette «best practice»? Les auteurs mettent en évidence trois catégories constitutives: le travail en commun, l'empathie et un rapport équilibré avec le pouvoir. En outre, les stratégies pour mettre fin à une relation sont essentielles lorsque toutes les mesures échouent.

Du travail en commun et de l'empathie découlent l'établissement conjoint de priorités (Agenda: «...aujourd'hui nous avons 20 minutes pour traiter uniquement les point 3 et 5...»), la description de buts réels et d'attentes judicieuses «...une perte de poids de 10% au cours d'une année est un immense succès». D'autre part, les examens diagnostiques doivent se dérouler au travers d'un rapport

corporel direct, dans un corps à corps qui permette de ressentir le problème dans son incarnation.

La récolte complète (répétée) de l'histoire de la maladie et de la famille est indispensable, de même que les résultats de examens jugés indispensables ainsi que les conclusions des différents spécialistes appelés à consulter.

La décision commune éclairée (*decision making and informed consent*) suit l'examen soigneux et respectueux du patient. Ceci peut conduire à un coaching permettant au patient de prendre de plus en plus de responsabilité tout en percevant que le duo médecin-patient l'encourage et le soutient.

Une ténacité est nécessaire pour respecter règles et limites (consultations régulières et respect des rendez-vous, même si le patient ne va pas bien, règlement des factures, respect des accords à propos de l'observance et des tâches à domicile, etc.)

Il est intéressant de relever que, même après une évolution difficile ou suite à un conflit ouvert entre le médecin et le patient, la chance d'un recommencement persiste, à la condition que le médecin cherche à favoriser l'expression intègre et réciproque des sentiments pénibles lors de la dernière consultation. Une meilleure gestion du temps, la compréhension du besoin d'autonomie du patient, la confiance dans la relation et la mise en valeur du travail déjà accompli ensemble favorisent cette seconde chance.

Un point central concerne la compréhension par le médecin de ses propres sentiments d'impuissance, de colère voire de rancune. Les groupes Balint, la super- et l'intervision ainsi que certains groupes de contrôle de qualité peuvent ici apporter l'aide requise qui renforce la confiance du médecin en son professionnalisme.

Sous «PrimaryTeaching&Learning» vous trouvez d'autres études concernant la consultation psychosomatique. Les résumés rendent attentifs au contenu mais ne remplacent pas la lecture des travaux originaux. Nous remercions les enseignants du «Basler Institut für Psychosomatische Medizin» (www.psychosomatik-basel.ch) pour la publication de leur Newsletter.

Références

- 1 Beck D. Das Koryphäen-Killer-Syndrom. Dtsch Med. Wochenschr. 1977;102:303-7.
- 2 Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. JABFM 2006;19(6).

¹ Traduction: Laurent Schaller.

Le travail en commun, l'empathie et la ténacité ...
