

Une question pas si évidente que ça:

Qui ou qu'est-ce qui est difficile? Le patient, le médecin ou le dialogue?

Alexander Kiss

Psychosomatik, Universitätsspital Basel

La plupart des médecins ont des patients difficiles. Lorsqu'on leur demande en quoi ces patients sont difficiles, comment ils s'y prennent avec ces patients et quels sont leurs succès et leurs échecs, les réponses apportées varient grandement. Aussi riches et divers soient leurs récits, aussi maigre est la littérature scientifique sur le sujet.

Lorsque l'on tape les mots clés «*difficult patient*» et «*difficult patient encounter*» dans Pubmed, il est étonnant de constater le peu de résultats qui apparaissent sur le sujet. Il est possible de classer les articles trouvés en trois questions:

- Quelles sont les caractéristiques des patients difficiles?
- Quelles sont les caractéristiques des médecins qui ont beaucoup de patients difficiles?
- Que peut-on faire lors des entretiens avec les patients difficiles?

Quelles sont les caractéristiques des patients difficiles?

Les patients difficiles se distinguent des patients non difficiles en ce qu'ils présentent beaucoup plus de symptômes physiques, se plaignent plus fréquemment de stress psychosocial accru et souffrent souvent d'une comorbidité psychique (dépression ou trouble anxieux) [1, 2]. En revanche, il n'est pas si évident de constater que ces patients ont souvent un mode d'attachement différent des autres patients. Le mode d'attachement est déterminé tôt au cours de l'enfance, il est stable dans le temps et il est facile de l'évaluer empiriquement à l'aide du *Strange Situation Test* (Ainsworth). Lors de ce test, le mode d'attachement est évalué en observant le comportement des enfants en bas-âge lorsqu'ils sont séparés de leur mère puis lorsque celle-ci revient. Chez l'adulte, il existe des questionnaires standardisés. Les patients difficiles ont plus fréquemment un «mode d'attachement insécuré» par rapport aux patients non difficiles. Lors d'une étude [3], les pa-

tients d'un service d'urgence ont rempli un questionnaire relatif à leur mode d'attachement. Indépendamment de ce questionnaire, les médecins ont évalué à quel point ils ont trouvé les patients difficiles. Les patients qualifiés par les médecins de difficiles avaient plus souvent un mode d'attachement insécuré que les patients non difficiles ayant indiqué un mode d'attachement sécuritaire.

Quelles sont les caractéristiques des médecins qui ont beaucoup de patients difficiles?

En moyenne, les médecins qualifient 10 à 15% de leurs patients de difficiles. Les médecins qui estiment que leur propre compétence psychosociale est faible ont nettement plus de patients difficiles que les médecins qui se sentent compétents dans ce domaine. Les médecins qui trouvent particulièrement pesants les entretiens complexes au cabinet de médecine de famille sont plus jeunes, il s'agit plus souvent de femmes et plus souvent de spécialistes [4]. En 2006, 1300 médecins de famille et spécialistes ont été interrogés quant à la proportion de leurs patients qu'ils considéraient comme «*generally frustrating to deal with*» [5]. Le pourcentage de patients difficiles allait de 0 à 100%. Si l'on compare les médecins qui considéraient que moins de 20% de leurs patients sont frustrants avec ceux qui perçoivent plus de 20% de leur patientèle comme frustrante, ces derniers sont plus jeunes, font état de plus de stress, travaillent plus longtemps et ont plus de patients présentant des problèmes psychosociaux.

Cet article se base sur un exposé présenté dans le cadre du congrès JHaS 2016.

Que peut-on faire lors des dialogues avec les patients difficiles?

Il est essentiel de savoir que les patients difficiles limitent leur médecin de famille dans ses compétences diagnostiques, et que les médecins ont besoin de plus de temps pour arriver à un diagnostic que lorsqu'ils traitent des patients «normaux» [6, 7].

Que faire? Des entretiens individuels ont été menés avec 102 médecins de famille particulièrement expérimentés sur le thème de la gestion des patients difficiles [8]. Les médecins ont été invités à décrire les patients qu'ils voient le moins volontiers, c.-à-d. ceux dont le nom les fait «tressaillir» lorsqu'ils le lisent sur la liste des traitements. En outre, il a été demandé aux médecins ce qu'ils font pour garder la tête froide avec ces patients et ne pas négliger un traitement adéquat de ces patients. Certains schémas comportementaux des patients tels que les troubles sans origine, l'ignorance des problèmes, la non-observance et les comportements exigeants rendent les patients difficiles pour le médecin traitant. C'est également valable pour les problèmes médicaux tels que de nombreux troubles différents, les douleurs chroniques et les problèmes psychiatriques. Le dialogue était complexe pour les médecins lorsqu'ils entraient en conflit avec leurs propres standards professionnels, lorsqu'ils se sentaient exploités par le patient, lorsqu'ils étaient bousculés par le temps et lorsque le patient fixait l'agenda. Des stratégies utiles ayant fait leurs preuves dans la gestion des patients difficiles consistaient à définir des priorités et une structure, à fixer des objectifs atteignables clairs, à convoquer plus fréquemment les patients à des rendez-vous prédéfinis, à allouer plus de temps pour les demandes des patients mais également à fixer des limites et à mettre un terme à la prise en charge du patient si ces limites sont dépassées.

Les recommandations cliniques pour la gestion des patients difficiles sont actuellement basées sur des avis d'experts et non sur des études cliniques [9]. Comme cela a déjà été présenté à plusieurs reprises, il est recommandé de poser des limites claires, de voir les patients plus souvent, mais de s'en tenir strictement aux limites temporelles. Il est également recommandé de prendre conscience de son propre état d'esprit.

Le diagnostic et traitement des comorbidités psychiques fréquentes est essentiel. Chez les patients souffrant de troubles somatoformes, il convient de rechercher un possible traumatisme ou abus sexuel. Les techniques d'entretien issues du *Motivational Interviewing* sont utiles pour la gestion des patients difficiles.

L'essentiel pour la pratique

Dans une étude randomisée menée avec des patients difficiles, il a été évalué si les médecins dans le groupe interventionnel étaient plus satisfaits de la consultation que ceux dans le groupe contrôle [10].

En quoi consistait l'intervention?

Juste avant la consultation, ils ont répondu aux questions suivantes:

1. Quels préjugés avez-vous vis-à-vis de ces patients?
2. En quoi le patient est-il difficile pour vous?
3. Quel est votre objectif aujourd'hui?
4. Imaginez une question que vous pourriez poser pour vérifier vos préjugés.
5. Avant de pénétrer dans la salle de consultation, inspirez et expirez trois fois profondément.

Après la consultation:

1. Du point de vue du patient: Quel était son agenda? De votre point de vue: Avez-vous respecté votre propre agenda? Si ce n'est pas le cas, comment le vivez-vous?
 2. Avez-vous appris quelque chose d'inopiné?
 3. Écrivez un point à clarifier lorsque vous reverrez le patient.
- Les médecins dans le groupe interventionnel étaient significativement plus satisfaits de la consultation que ceux du groupe contrôle. Il convient de remarquer que cette intervention n'a pas été bénéfique chez les femmes médecins.

Références

- 1 Hinchey SA, Jackson JL. A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes. *J Gen Intern Med.* 2011;26:588–94.
- 2 Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med.* 1999;159:1069–75.
- 3 Maunder RG, Panzer A, Viljoen M, et al. Physicians' difficulty with emergency department patients is related to patients' attachment style. *Social science & medicine* (1982). 2006;63:552–62.
- 4 An PG, Rabatin JS, Manwell LB, et al. Burden of difficult encounters in primary care: data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Arch Intern Med.* 2009;169:410–4.
- 5 Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:128.
- 6 Mamede S, Van Gog T, Schuit SC, et al. Why patients' disruptive behaviours impair diagnostic reasoning: a randomised experiment. *BMJ Qual Saf.* 2016.
- 7 Schmidt HG, van Gog T, Ce Schuit S, et al. Do patients' disruptive behaviours influence the accuracy of a doctor's diagnosis? A randomised experiment. *BMJ Qual Saf.* 2016.
- 8 Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med.* 2006;19:533–41.
- 9 Cannarella Lorenzetti R, Jacques CH, Donovan C, Cottrell S, Buck J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *Am Fam Physician.* 2013;87:419–25.
- 10 Edgeose JY, Regner CJ, Zakletskaia LI. BREATHE OUT: a randomized controlled trial of a structured intervention to improve clinician satisfaction with «difficult» visits. *J Am Board Fam Med.* 2015;28:13–20.

Correspondance:
Prof. Dr med. Alexander Kiss
Universitätsspital Basel
Psychosomatik
Hebelstrasse 2
CH-4031 Basel
alexander.kiss[at]usb.ch