

Patients difficiles et/ou médecins difficiles

HEART SINK PATIENT

Marie-Anne PUEL
Philippe Jaury

Paris7 -Denis Diderot
Paris 5 -René Descartes

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt, ni
de conflit tout court.

Patients difficiles (« HS ») et/ou médecins difficiles

- Les « HS » = « *heart sink* » : qui sont-ils ?
- Et nous : qui sommes-nous face à eux ?
- Quoi faire ? ou mieux : qui être ?

Les «HS» = «heart sink» : qui sont-ils? TC.O'DOWD, 1988, BMJ

- Les patients HS sont ceux dont le comportement exaspère leurs médecins, les met en échec, les accable, les engloutit, les ensevelit (« to overwhelm »).
- Heart= le cœur, to sink=couler,
- « To make your heart sink »= vous démoraliser, vous donner le cafard.

Les «HS» = «heart sink»: qui sont-ils? Groves, 1951: 4 catégories

1. Les «crampons» très dépendants du médecin.
2. Les «ayant-droit» veulent voir des spécialistes.
3. Les manipulateurs qui rejettent toute proposition d'aide.
4. Les auto-destructeurs dans le déni.

Les «HS» = «heart sink» : qui sont-ils? Etude espagnole = classification de Groves en l'expliquant par 3 façons de penser (croire à) sa santé:

1. Le contrôleur interne: irréprochable, très en colère quand il tombe malade.
2. Le contrôleur externe: fataliste; il veut des conseils dont il sélectionne ceux qu'il va peut-être suivre.
3. Le patient donnant le pouvoir au médecin qui est en charge de sa santé et doit savoir quoi faire avant même qu'il s'assoit.

Les «HS» = «heart sink» : qui sont-ils? D.Colquhoun

1. Les «n'allant jamais mieux».
2. Les «jamais un sans deux».
3. Les déshérités psychosociaux.
4. Les manipulateurs pernicioeux.
5. Les tristes.

Et **VOS** «HS» = «*heart sink*» : qui
sont-ils? (Brain-storming)

Cherchez les ...

vous en avez ...

8!!

Les «HS» = «heart sink» : qui sont-ils?

□ Le plus souvent:

- Ce sont des femmes (évidemment!).
- De plus de 40 ans.
- Solitaires.
- Qui ont été adressées à des spécialistes sans raison.
- Qui craignent quand même une atteinte organique.
- Déprimées ou anxieuses.
- Dont le manque d'introspection augmente la frustration du médecin.

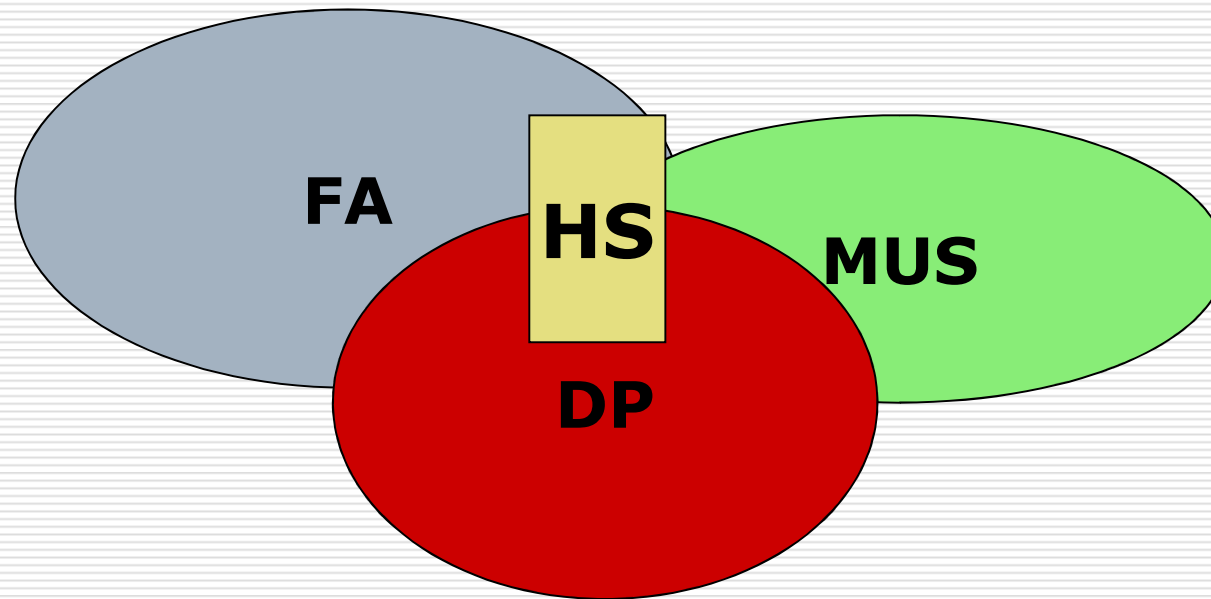
Les «HS» = «heart sink» : qui sont-ils? Une autre étude anglaise, 1999, BJGP

- Ce type de malade est spécifique du médecin généraliste.
- « Nous avons besoin d'aide pour ce problème car nous faisons partie du problème ;c'est pour cela que nous le trouvons difficile à comprendre».

Les «HS» = «heart sink» : qui sont-ils? Entracte



Les «HS» = «heart sink» : qui sont-ils?



Les «HS» = «heart sink» : qui sont-ils?

□ Les patients somatiseurs et/ou difficiles (site d'enseignement anglo-saxon «cascade teaching»): identifications de 5 problèmes:

1. Perte de structure.
2. Peur de la perte de contrôle.
3. Ennui et irritation.
4. Sentiment d'impuissance.
5. Mise en cause de la compétence.



Pourquoi nous agacent-ils?

Étude anglaise 1999, BJGP

- Parce que nous tirons satisfaction de notre métier à partir de nos motivations à être médecin:
 1. La démarche intellectuelle.
 2. Le sens de la finitude.
 3. Le désir d'aider les gens.
- Le phénomène «HS» réside dans la relation médecin/malade, dans le sentiment que nous avons d'être impuissants face à des patients qui cherchent le salut dans le champ biomédical de problèmes psychologiques sociaux et spirituels.



Ce qui nous agace (1)

- Assertion constante et réjouie : le traitement n'a pas marché.
- Impossibilité de se prendre en charge (poids, tabac, alcool...).
- Longueur et répétition des consultations.
- Beaucoup de plaintes nébuleuses en même temps.
- Dépôt des médicaments inutiles sur le bureau.
- Eventuels jurons.
- Éventuelles odeurs (note politiquement incorrecte mais sensoriellement authentique).
- Trop de familiarités.
- Bavardages joyeux incessants mais sans écouter un seul mot de ce que vous voulez dire.
- « je sais que vous ne pouvez rien pour moi mais ... ».

Ce qui nous agace (2)

- ❑ Demandes de traitements pour la famille, les amis
- ❑ Demandes de certificats infaisables.
- ❑ Demandes de médicaments «vus à la télé » ou sur internet.
- ❑ Demandes de « droits » avant même d'expliquer le problème.
- ❑ Demandes « banalisantes » chez un patient ayant une pathologie grave : «mal au dos» et «rhume».
- ❑ Ou une liste de symptômes glanés sur internet dont la liste imprimée est tendue au médecin.....

En plus ...



□ Il existe une formation pour les enseignants sur les « HS » qui insiste sur:

-les motifs cachés, les non-dits, les deuils, les problèmes familiaux.

-la peur du cancer.

-l'alcool, les drogues.

-les abus sexuels.

-les maladies mentales.



Mais ...

□ Côté médecins

1. Nous pouvons être stressés, déprimés, en « burn-out », avoir des problèmes familiaux, et/ou avoir recours à l'alcool ou autres toxiques.
2. Nous pouvons être particulièrement intolérants à un type de comportement ou à un groupe de patients.
3. Nous pouvons avoir tendance à produire de la dépendance, et à nous comporter de façon inappropriée (illusions d'omnipotence et de multidisponibilité).

Et nous, face aux « HS »: qui sommes-nous?

- 1995, les anglais étudient les MG des « HS », BJGP.
- 60 MG tirés au sort.
- Entretiens structurés+3 questionnaires.
 1. Questionnaire général de santé à 12 items.
 2. Échelle de satisfaction professionnelle.
 3. Test de personnalité.
- Résultats =

Résultats

Meilleurs scores:

Travail en équipe

Responsabilité

Variété du travail

Mauvais scores

Augmentation du nombre d'heures

Tarifs bas

Manque de reconnaissance

Et nous, face aux « HS »: qui sommes-nous? BJGP 1995 résultats:

- ❑ La liste des « HS » pour un médecin donné n'est pas forcément la même que pour son confrère.
- ❑ 4 variables:
 1. la sensation d'une surcharge de travail.
 2. La perte de plaisir au travail.
 3. Le manque de formation au « conseil » et/ou à la communication.
 4. Le manque d'une formation continue appropriée.

Et nous, face aux « HS »: qui sommes-nous?

Etude qualitative anglaise, 2004(BMJ)-P.Salmon. La clef pour comprendre

- 7 cabinets, 21 MG, 36 patients «SMI»
- **Ce que nous savions:** les MG prescrivent examens et traitements inutiles aux patients SMI. Cette « contradiction a été attribuée aux patients qui pressurisent leurs médecins pour obtenir une gestion somatique de leur problème.
- **Ce que cette étude montre:**
 - 1 la plupart des patients ne demandent pas «d'intervention somatique».
 - 2 La façon qu'ont les patients de présenter leurs symptômes traduit un besoin pressant d'une réponse à laquelle les MG se sentent contraints de répondre.
 - 3 La clef pour comprendre pourquoi ces patients reçoivent une réponse somatique réside dans la réponse du MG au défi lancé par le patient.

Et nous, face aux « HS »: qui sommes-nous?

Ce que nous apprend JM Bensing (2006, Lancet)

- Contredire l'idée reçue: les patients reçoivent des traitements inappropriés à cause de:
 - leur croyance,
 - la pression pour avoir une solution biomédicale,
 - leur déni de tout besoin d'aide psychologique.
- Il enregistre 420 consultations.
- ce sont les médecins qui le plus souvent proposent des interventions médicales.
- Les patients donnent des indices psychologiques auxquels les médecins ne répondent pas.
- **Conclusion:** les raisons du nombre important d'interventions « physiques » reposent davantage sur les réponses des médecins que sur les exigences des patients; la somatisation s'explique par la relation médecin/malade plus que par la psychopathologie du patient.

Avec les «HS»: quoi faire ? Qui être ?

- ❑ TC.O'DOWD, 1988, BMJ.
- ❑ Pendant 6 mois, le «lunch» de l'équipe s'organise autour des patients «HS». Manque de temps: l'expérience s'arrête.
- ❑ Donc deux groupes de patients ont été rétrospectivement constitués: ceux dont on a parlé et les autres.
- ❑ **Conclusion:** -le nombre de consultations diminuent dans les deux groupes (*effet Hawthorne*).
-les «HS» passent de 28 à 19 en 5 ans et diminuent plus fortement dans le groupe «d'intervention».

Avec les «HS»: quoi faire ? Qui être ?

« Do/don't » (BMJ) = **FAITES /NE FAITES PAS (1)**

- ☺ Utilisez les communications verbale et non verbale pour être sûr que le malade se sente écouté.
- ☺ Construisez l'ordre du jour avec le patient pour éviter d'avoir à écouter d'interminables listes de plaintes.
- ☺ Laissez-le parler 90 secondes sans l'interrompre mais ensuite rappelez lui que la consultation dure 7 minutes: négociez le problème du jour.
- ☺ Contrôlez et structurez votre consultation pour les patients qui s'égarent ...
- ☺ responsabilisez le patient.

Avec les «HS»: quoi faire ? Qui être ?

« Do/don't » (BMJ) = **FAITES /NE FAITES PAS (2)**

- ☺ Limitez le nombre d'examens et de recours aux spécialistes.
- ☺ Partagez le pessimisme des fatalistes.
- ☺ Offrez de l'empathie aux «auto-destructeurs» dans le déni.
- ☺ Reconnaissez les symptômes des «somatiseurs» mais suggérez que des symptômes physiques peuvent naître d'un trouble psychologique.
- ☺ Fixer les règles pour les «FA».
- ☺ Pour les «HS» : **SCORES.**

Avec les « HS »: quoi faire?qui être ?

« Do/don't » (BMJ)= **FAITES /NE FAITES PAS (3)**

□ SCORES

Silence.

Clarification.

«**O**pened-ended» questions.

Réflexion(médecine réflexive).

Empathie.

«**S**ummarise» = résumer.

Avec les HS: quoi faire ? Qui être ?

« Do/don't » (BMJ) = **FAITES /NE FAITES PAS (4)**

- ☹ N'entamez pas le débat avec les «ayant-droit » : **mais** dites leur que vous faites de votre **mieux** pour qu'il ou elle reçoive les **meilleurs soins** possibles.
- ☹ Ne travaillez pas si vous êtes malade: vous perdrez le contrôle et ferez des erreurs.

Avec les HS: quoi faire ? Qui être ?

Les Ecossais en 2005, SMJ

□ KEEP CALM

K *knowledge* = connaissance du malade.

E *expel prejudice* = exclure les préjugés.

E *express concern* = montrer de l'intérêt.

P *position appropriately* = garder votre place.

C *confront with care* = opposez vous prudemment.

A *avoid touch* = éviter de toucher votre malade.

L *listen to yourself* = écoutez vous réagir.

M *manage* = gérez = arrangez-vous pour réussir.

Avec les «HS»: quoi faire ? Qui être ?

étude danoise, 2005, Family Practice.

- Effets sur le comportement des médecins d'une formation **Balint**.
- 12 mois, 45 MG, 27 cabinets.

Conclusion: les MG se sentent mieux face aux « somatiseurs ».

Avec les «HS»: quoi faire ? Qui être ?

Dr Yvette Tan, édito 2004, College Mirror,
9 conseils:(1)

1. Connaissions notre patient «par cœur».
2. Construisons la relation.
3. Proposons une éventuelle thérapie comportementale.
4. Conseillons la relaxation....
5. **Détaillons**: les idées, les ressentis, ce qui déclenche les symptômes, ce qui les soulage.

Avec les «HS»: quoi faire ? Qui être ?

Dr Yvette Tan, édito 2004, Colleege Mirror,
9 conseils:(2)

6. Travaillons sur le **signifiant**.

7. Sachons adresser notre patient en lui expliquant que nous ne l'abandonnons pas. (suivi conjoint).

8. Conscience de soi :

Le «HS» du voisin n'est pas le nôtre; découvrir qu'un patient est insupportable pour nous, peut nous révéler une partie de nous-mêmes, ou nos besoins, ce qui est peut être une chance de développement personnel et professionnel.

9. Sachons atténuer les sentiments négatifs par le sens de l'humour, par la conversation avec nos collègues ou avec notre superviseur (*ou en **groupe Balint!***).

FIN

□ Et voilàmerci.

