

Neuf conseils pour suivre un patient difficile

Dr René Amalberti*,
HAS et Prévention médicale

Anne P., 42 ans, est une patiente que vous suivez depuis cinq ans comme médecin traitant avec son mari et ses deux enfants, Nelly, 14 ans et Samuel, 12 ans. C'est une patiente avec laquelle vous n'êtes pas à l'aise : très exigeante et critique vis-à-vis du système de santé et de « ses droits » quand elle s'exprime, elle est aussi assez manipulatrice, passant de la séduction à l'agression, en n'hésitant pas à forcer l'accès au téléphone ou physiquement à votre cabinet ou celui de vos confrères pour récupérer tout de suite ce dont elle a besoin, prescriptions ponctuelles, certificats, avis, et parfois sans payer, en ajoutant subrepticement cette demande à une autre, comme si c'était naturel.

Ce mardi, Anne P. vous téléphone à 9 h pour que vous alliez voir rapidement à domicile Samuel, qui a une fièvre à 38,5 °C et a vomi dans la nuit. Immédiatement agacé par le ton, vous proposez à Anne P. de passer au cabinet, car vous ne pourrez pas venir à domicile avant tard le soir ; la discussion est courte, car vous êtes vous-même assez occupé. Anne P. rappelle votre secrétariat à 11 h pour savoir quand vous passerez en insistant sur le fait qu'elle ne peut pas se déplacer, car les bus ne sont pas commodes pour venir au cabinet, et qu'il est indispensable que vous voyez son fils qui a encore vomi ; cette formulation, rapportée par votre secrétaire, sans doute amplifiée, car elle connaît aussi l'exigence de cette patiente, vous

agace encore plus : vous faites dire que vous ne pourrez pas passer dans la matinée et qu'elle s'adresse à un autre confrère et vous ne donnez aucune suite dans la soirée.

Anne P. revient vous voir dix jours plus tard avec Samuel et une lettre de sortie du chirurgien de la clinique P. Samuel a été hospitalisé le lendemain du dernier appel que vous aviez reçu, pour une appendicite opérée avec des suites simples. Anne P. ne vous avait pas recontacté, mais avait décidé d'amener son fils en soirée à la clinique proche de chez elle où il avait été gardé. Vous réfléchissez en même temps que vous recevez Anne et Samuel sur la conduite à tenir vis-à-vis de vous et vis-à-vis d'elle, à l'avenir.

Comment mieux gérer certaines catégories de patients difficiles⁽¹⁾

Patients inquiets venant trop souvent, « embolisant » votre consultation : imposez un cycle, refusez toutes les extraconsultations, résistez particulièrement aux demandes de prescriptions et d'exams, confrontez le patient à sa répétition de demandes, et si vous n'arrivez pas à contenir, demandez à ce que l'écoute sociale augmente autour de lui via des actions de proximité (assistante sociale ; réseaux) et insistez pour sa réinsertion dans des cercles d'activité ou de loisirs (patients souvent isolés, dépressifs).

Patients hypochondriaques vrais (assez rares) : faites une exploration à fond, aidée par les

spécialistes, et en cas de résultat négatif, essayez d'orienter vers de la thérapie cognitive comportementale.

Patients ayant des comportements borderline dans la relation : identifiez-les, gardez la mémoire aussi précise que possible de ce qui se dit à chaque consultation, et essayez de vous appuyer sur un psychiatre.

Patients chroniquement non observants (alimentation, addictions, divers habits) : discutez avec eux sur la stratégie nationale de répartition des ressources médicales et du surcoût qu'ils induisent, et des limites à leur prise en charge, essayez d'obtenir une rationalité

et une responsabilité de leur part.

Patients qui abusent du système, et pressent pour obtenir des faveurs diverses : expliquez que ce qui leur est donné est enlevé aux autres, refusez en bloc toute demande à partir d'un seuil franchi.

Patients violents, oralement ou, pire, physiquement : assurez-vous une porte de sortie physique ou un lieu où vous pouvez vous mettre en sécurité, appelez la police ou portez plainte sans hésiter, éventuellement munissez-vous d'un *Panic alert* au cabinet, ne jamais utiliser la force contre le patient.

Patients détestables, honnis par vous pour ce qu'ils représentent

socialement, politiquement, éthiquement : vous devez mettre des limites à ce que vous êtes prêt à entendre, et dire au patient immédiatement qu'il franchit vos limites.

Patients séducteurs : n'entrez jamais dans le jeu, ne donnez aucun élément de préférence personnelle, et neutralisez votre langage.

Patients utilisant Internet de façon systématique comme voie de recours : faites un accès avec le patient à ces sites pour avoir une idée de leur valeur.

1. Buetow S, Kiata L, Liew T, et al. Patient error: a preliminary taxonomy. *Ann Fam Med* 2009;7:223-31. <http://www.patient.co.uk/doctor/Difficult-Patients.htm>

Il s'agit donc d'un syndrome appendiculaire chez un enfant de 12 ans qui aurait pu être mieux géré, d'autant que votre responsabilité était engagée. Heureusement, l'issue favorable de cette observation efface le risque médico-légal, mais ne résout pas le problème sur le fond : comment mieux répondre à l'avenir à cette patiente, et, plus généralement, comment mieux appréhender ce type de relations difficiles avec les patients ?

Du problème local au problème général

Une idée de l'ampleur de ce problème : vous n'êtes pas un cas isolé... tous les praticiens ont ce type de difficultés à résoudre, même assez souvent, et même si ce n'est pas forcément avec les mêmes patients que vous.

Le problème se décline en fait en deux catégories, très différentes en volume : d'une part, les patients non observants, d'autre part, les patients avec qui on a des difficultés relationnelles.

On ne parlera pas des patients non observants dans cet article, même si leur fréquence est tout simplement incroyable, puisque les études confirment, en France comme à l'étranger, que 30 à 50 % des prescriptions en soins primaires ne sont pas suivies^(1,2) : ce sera le thème d'un prochain article. Comparativement, les patients difficiles représentent un volume moindre, mais pas négligeable (de 1 à 15 % selon les études), et surtout infiniment plus difficile à gérer.

En anglais, ces patients difficiles s'appellent *heartsink* ; on ne doit pas les voir comme une catégorie à part qui relèverait du pathologique, mais presque toujours comme la production d'une consultation difficile résultant d'une interaction non maîtrisée entre trois pôles : vous comme médecin, le système de santé et le patient lui-même.

Les premiers travaux sur la question remontent aux années 1970 ; ils parlent de patients détestables (*hateful patients*) : trop dépendants, trop râleurs, trop hypochondriaques, trop autodestructeurs et non observants.

Le médecin place d'autant plus volontiers ces patients dans cette catégorie que ceux-ci lui donnent l'impression de lui faire perdre son temps (et son efficacité), en raison de leur multitude de symptômes ou de la façon dirigiste de vouloir les faire traiter, etc.

Ces patients sont une source accrue d'erreurs^(1,2). On décrit notamment le moins bon interrogatoire, le moins bon examen, évidemment encore plus patent quand il existe des problèmes d'hygiène.

Dans la pratique, le médecin doit savoir se poser les bonnes questions ; pour cela, neuf conseils :

- tenir un cahier où noter tous les conflits, y compris ceux où on regrette son propre comportement ;
- tenir une liste et des exemples précis, avec les dates, de comportement des patients redoutés ;
- en parler avec les confrères ;
- fixer un rendez-vous au patient pour aborder cette mauvaise relation ;
- être clair avec le patient sur ce que vous attendez de lui et sur ce que le système (de santé) ou votre personnalité exigera pour que la relation fonctionne ;
- si vous pensez être manipulé, le dire tout de suite ;
- faire attention au comportement de toutes les personnes qui travaillent avec vous en contact avec ce patient difficile pour éviter des effets de contamination et d'exagération ;
- si la situation devient trop difficile, proposer au patient d'aller vers un confrère ;

Analyse des comportements fautifs des patients

Un article très original⁽¹⁾, de Nouvelle-Zélande, analyse les comportements fautifs des patients. La méthode : interviews collectifs de 11 groupes, dont 3 groupes de professionnels des soins primaires (généralistes et soignants) et 8 groupes de patients sur les erreurs médicales et les non-observances liées aux patients eux-mêmes. Le type de question posée : quel genre d'erreur peut faire un patient ? Comment un patient peut contribuer à son événement indésirable grave (EIG) ? Les participants du groupe réfléchissent d'abord individuellement, marquent leurs idées sur un Post-it, puis un travail collectif d'affichage (anonyme) permet de sortir les idées forces du groupe. L'analyse globale reprend la synthèse de la production de tous ces groupes.

La classification distingue deux grandes sources de problèmes : erreurs volontaires du patient et comportements affectant le patient, au point d'induire des erreurs du médecin. Chacune de ces deux classes est affinée dans une taxonomie à trois niveaux précisant toutes les classes d'événement recensées.

1. Les erreurs volontaires du patient :

- retard ou non-respect des rendez-vous ;
- affirmations erronées à l'interrogatoire, information importante sciemment non communiquée, mensonges, attitude discourtoise, logorrhéique, conflits, manipulations... ;
- non-observance des prescriptions : pas aux bonnes doses, pas du tout, pas au bon moment, avec des médicaments autres que ceux prescrits, sujets à des interactions, avec des médicaments stockés ou périmés.

2. Les comportements induisant un surrisque d'erreur du généraliste :

- déficits liés à l'état physique ou psychique : mauvaise compréhension des instructions, mauvaise vue et reconnaissance des médicaments... ;
- attitudes inattentives, ou attentes irréalistes, peur de se faire remarquer, de demander, victimisation ;
- facteurs sociaux : pas d'argent pour accéder au soin, mauvaise hygiène de vie, intolérance, impatience, priorités culturelles.

1. Idem encadré 1.

– enfin, si vous avez l'impression d'avoir plus de problèmes que les confrères, que vous êtes la première cause du problème, essayez dans ce cas de rejoindre un groupe Balint sur le thème de la relation professionnelle, il en existe en général dans chaque région et ils sont souvent très efficaces (pour vous faire changer et réduire vos conflits). 416216 ■

* René Amalberti, professeur de physiologie-physiopathologie au Val-de-Grâce ancien titulaire de chaire, spécialiste de la gestion des risques industriels et médicaux, partage actuellement son activité entre ses rôles de conseiller sécurité des soins de la HAS-DAQSS et de directeur scientifique de la Prévention médicale, www.prevention-medicale.org

1. Barber N. Should we consider non-compliance a medical error? *Qual Saf Health Care*, 2002;11:81-4.

2. La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine ? *John Libbey Eurotext. Médecine*. 2006 (2), n° 9.

Lire aussi d'autres cas analysés sur www.prevention-medicale.org