

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR

CHARLES-PEREIRA Julie
Née le 17 décembre 1985, à Versailles (78)

Présentée et soutenue publiquement le : 9 juillet 2015

COMMENT PROPOSER UNE PRISE EN CHARGE
CONSENSUALISÉE DES HEARTSINK PATIENTS EN CENTRE DE
SANTÉ ?

Président de thèse : **Professeur COFFIN Benoit**

Directrices de thèse : **Docteur ROSSIGNOL Louise**

Docteur TERRA Claire

DES de MEDECINE GENERALE

Remerciements

Merci au Professeur Coffin d'avoir accepté de présider ma thèse. Pour moi, il incarne une médecine humaine et à l'écoute.

Merci aux membres du jury qui me font l'honneur de juger ce travail.

Merci aux Docteurs Rossignol et Terra, mes directrices de thèse, pour leur rôle complémentaire dans ce travail de thèse, pour m'avoir permis de réaliser ce projet et m'avoir accompagnée avec autant de patience et d'implication. Merci également pour leur dévouement dans les centres de santé.

Merci à mes confrères, consœurs et collègues des centres de santé de la ville de Nanterre, notamment aux Docteurs Colombani, De-Catelan, Bonfils, Foucault, Smati, Sasia, Desperramons, pour leur soutien et leur précieuse aide.

Merci à l'ensemble des médecins que j'ai sollicité dans le cadre de cette thèse. Je les remercie pour m'avoir fait part de leur expérience et de leurs commentaires, sans eux je n'aurais pas pu réaliser ce travail.

Merci au Docteur Bourguignon qui m'a donné envie de travailler sur ce projet.

Merci à l'ensemble des médecins rencontrés au fil du temps pour m'avoir enseigné une médecine juste.

Merci au Docteur Pierre Charles, mon grand père, qui m'a accompagnée dans cette voie si particulière qu'est la médecine générale.

Merci à Nanou pour son soutien et sa sensibilité.

Merci à Framboise et Mickey pour leur sagesse et leur joie de chaque instant.

Merci à mes parents pour leur soutien inestimable et qui ont su être toujours là pour moi, quelques soient les aléas de la vie.

Merci à ma tribu de frères et sœurs que j'aime fort et sans qui je ne serai pas la même (à Eliza et à Biboulek aussi !).

Merci aux familles Lepers et Fournier-Bidoz pour leur gaieté.

Merci à Ester et Berto pour leur soutien et leur gentillesse.

Merci à Anne pour avoir pris le temps de relire ce manuscrit.

Merci à tous mes amis, qu'ils viennent du lycée, de la fac, de mon très cher groupe de pairs ou de plus loin. Dans le désordre : Marine, Anne, François, Antoine, Thomas, Alban, Christophe, Annabelle, Julie, Jean Marie, Charlène, Flouf, Mélanie, Alex, Salomé, Martin, Noémie, Virginie, Jeanne, Virak, Laure, Clément, Nadia, Dorothee, Margot, Adèle, David, Aurore, Marion, Audrey, Eduardo, Aurore, Bruno, Sonia, Alex M., Adélaïde, Matthieu, Raphaëlle, Tross, Mathilde...

Merci à Ricardo et Gaspard, les hommes de ma vie.

Liste des abréviations

CDS	Centre de santé
CSP	Code de santé publique
DDPRQ	Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire
DP	Difficult patient
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBM	Evidence based medicine
FNCS	Fédération nationale des centres de santé
MUS	Medically unexplained symptoms
RAND/UCLA	Méthode groupe nominal adaptée

Table des matières

Préambule :	8
Introduction générale.....	9
La relation médecin-patient	9
Généralités	9
Les bases de la relation médecin-patient.....	10
Types de relation médecin-patient difficiles.....	17
Les <i>Heartsink patients</i>	21
Description historique du concept de <i>Heartsink patients</i>	21
Caractéristiques des <i>Heartsink patients</i>	27
La prise en charge des patients difficiles.....	27
La méthode Delphi	30
Choix de la méthode.....	30
Description de la méthode Delphi.....	31
Introduction.....	37
Matériels et méthodes	39
Type de l'étude.....	39
Population de l'étude	39
Recueil et analyse des données	40
Résultats	42
Caractéristiques de la population	42
Résultats du premier tour	45
Synthèse	45
Analyse qualitative des propositions acceptées au premier tour.....	49
Analyse qualitative des propositions n'ayant pas atteint le consensus.....	55
Résultats du deuxième tour	57
Synthèse	57
Analyse qualitative des propositions acceptées au deuxième tour.....	61
Analyse qualitative de la proposition n'ayant pas atteint le consensus	61
Discussion	64
Conclusion	70
Annexes	72
Annexe 1 : DDPQRQ-10 VF (Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire-10 Version française)	72

Annexe 2 : Courriel pour le recrutement des médecins	73
Annexe 3 : Résumé de la thèse jointe au mail	74
Annexe 4 : Premier questionnaire.....	76
Bibliographie.....	82
Abstract	87
Résumé.....	88

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Classification des <i>Hateful patients</i> selon Groves	25
Tableau 2 : Classification des <i>Heartsink patients</i> selon Gerrard et Riddell	25
Tableau 3 : Caractéristiques des médecins généralistes formant le panel d'experts (N=20) ..	43
Tableau 4 : Description de la prise en charge des <i>Heartsink patients</i> par les experts	44
Tableau 5 : Résultats du 1 ^{er} tour	48
Tableau 6 : Commentaires sur l'influence de l'exercice pluridisciplinaire dans la gestion des <i>Heartsink patients</i> (Proposition 1)	51
Tableau 7 : Commentaires sur l'organisation de staff pluridisciplinaire sur les dossiers difficiles au sein d'un centre de santé dans la gestion des <i>Heartsink patients</i> (Proposition 5)	52
Tableau 8 : Commentaires sur l'organisation de groupes Balint au sein du centre de santé pour la prise en charge des <i>Heartsink patients</i> (Proposition 6).....	52
Tableau 9 : Commentaires sur l'organisation d'une consultation entière dédiée à l'élaboration d'un projet de soins dans la gestion des <i>Heartsink patients</i> (Proposition 4)	53
Tableau 10 : Commentaires sur l'expérience professionnelle acquise au cours du temps dans la gestion des <i>Heartsink patients</i> (Proposition 7)	53
Tableau 11 : Commentaires sur l'utilisation d'un dossier médical partagé dans la prise en charge des <i>Heartsink patients</i> (Proposition 8).....	54
Tableau 12 : Commentaires sur la nécessité d'une prise en charge par d'autres médecins spécialisés (Proposition 3).....	56
Tableau 13 : Commentaires sur le suivi par un psychologue des <i>Heartsink patients</i> (Proposition 2).....	56
Tableau 14 : Résultats du deuxième tour	59
Tableau 15 : Résultats totaux de la méthode Delphi	60
Tableau 16 : Commentaires sur le bénéfice sur la prise en charge des <i>Heartsink patients</i> d'un suivi psychologique déjà mis en place (Proposition 2 bis)	62
Tableau 17 : Commentaires sur les thérapies alternatives dans la prise en charge des <i>Heartsink patients</i> (Proposition 10)	62
Tableau 18 : Commentaires sur l'organisation de groupes Balint à l'extérieur du centre de santé (Proposition 6 bis)	63
Figure 1 : Le guide de l'entretien médical Calgary Cambridge (version française)	11
Figure 2 : L'empathie et les compétences de communication d'après Norfolk (version française)	14
Figure 3 : Les composants de la rencontre difficile d'après Adams (version française)	20
Figure 4 : Recherche Pubmed publications Delphi et groupe nominal à partir des titres ou résumés	31
Figure 5 : Description de la méthode Delphi.....	35

Préambule :

L'objectif principal de la thèse était de proposer une prise en charge consensuée des *Heartsink patients* en centre de santé. Ce travail a été réalisé à partir de données récoltées entre novembre 2014 et avril 2015.

Dans ce manuscrit seront traités :

- Dans un premier temps, une introduction générale en trois points sur :
 - La relation médecin-patient et certaines situations plus difficiles,
 - La description historique de la notion de *Heartsink patients*,
 - Un état de l'Art de la méthode Delphi.
- Puis les résultats de l'étude sur la prise en charge des *Heartsink patients*, recommandations en centre de santé, sous forme d'un article scientifique.

Introduction générale

La relation médecin-patient

Généralités

Ces dernières années, la relation entre les médecins et les patients s'est considérablement transformée (1,2). Auparavant, la relation classique que le médecin entretenait avec son patient était qualifiée de paternalisme bienveillant (3). Cette relation totalement asymétrique mettait en scène un médecin qui était le seul détenteur du pouvoir de décider ce qui était dans l'intérêt de son patient et un patient qui n'avait guère la possibilité de faire valoir son propre point de vue (1). Cette différence de statut tend à s'atténuer, le patient est de plus en plus écouté et ses souhaits davantage respectés. Le paternalisme a été remplacé par la « prise de décision partagée » (4), dans laquelle il apparaît que le patient doit être détenteur des informations médicales le concernant. La relation médecin-patient est exigeante et nécessite de l'écoute et des capacités pédagogiques de la part des praticiens.

Le code de déontologie régit l'exercice de la médecine. Il assure le respect de certaines règles inviolables, notamment :

- Le médecin doit à la personne qu'il soigne une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension (Article R.4127-35 du CSP).
- Le médecin doit garder son indépendance dans son exercice professionnel.
- Le respect du patient implique que le médecin ait conscience de sa responsabilité.

- Le secret médical est la propriété du malade et lui seul peut en disposer (Article R.4127-4 du CSP).

Les bases de la relation médecin-patient

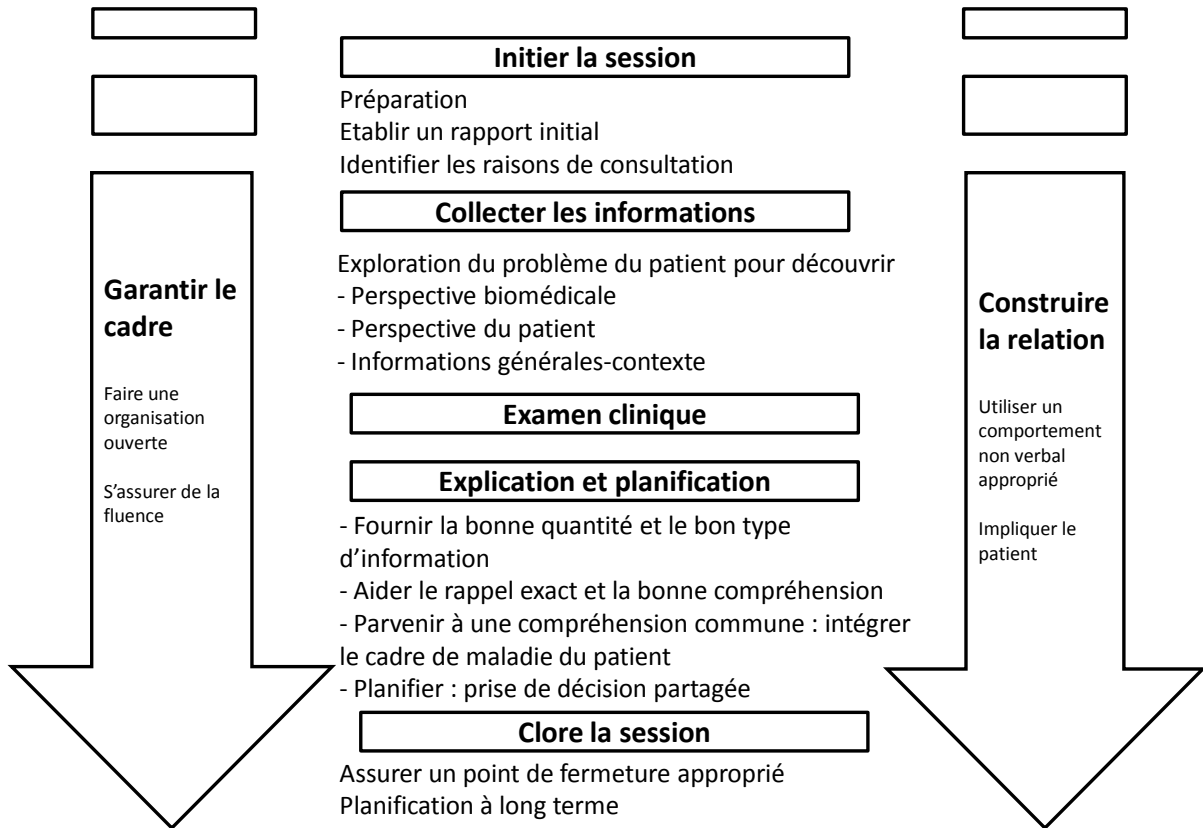
La communication

Lors d'un entretien médical, la communication relève d'une interaction en face-à-face, en général entre deux individus. Il s'agit d'une interaction car on interprète ce que l'on a entendu, vu ou écrit et qu'une réponse est apportée (1). « Je ne comprends ce que j'ai dit que lorsqu'on m'a répondu », déclarait Norbert Wiener (1894-1964), mathématicien et père fondateur de la cybernétique. Il existe trois buts dans la communication médecin-patient : la création d'une bonne relation interpersonnelle, l'échange d'informations et la prise de décisions liée au traitement (4). Roter et Hall disaient que « parler est le principal ingrédient des soins médicaux et c'est l'instrument fondamental par lequel la relation médecin-patient est conçue et par lequel les objectifs thérapeutiques sont atteints » (4).

Deux types de communications existent, la verbale et la non-verbale.

La communication verbale passe par l'intermédiaire de mots, qui sont en général véhiculés par l'expression orale. Dans un entretien médical, il y a des temps d'écoute nécessaire où il est important que le patient puisse s'exprimer librement (5) et des temps d'interrogatoire où le médecin a besoin de recueillir certains éléments sémiologiques précis. Le guide de l'entretien médical Calgary-Cambridge développé par Silverman, Kurtz et Draper propose un cadre de communication reconnu comme efficace sur la satisfaction des patients (*Figure 1*) (6).

Figure 1 : Le guide de l'entretien médical Calgary Cambridge (version française)



À partir de ce cadre, on note que plusieurs composantes semblent primordiales pour mener à bien un entretien médical :

- Adopter un comportement verbal et non verbal approprié et propice à l'expression libre du patient.
- Structurer l'entrevue en reformulant les dires du patient.
- Développer une relation chaleureuse et harmonieuse.
- Associer le patient à la démarche clinique.
- Fournir une quantité et un type adéquats d'information.

Les patients se sentant ignorés ou précipités auront tendance à répéter leurs symptômes ou à prolonger leurs visites (7).

La communication non verbale a également son importance dans cette interaction. Les éléments non verbaux, tels que la gestuelle, la mimique, le regard, la posture, mais également les phénomènes paraverbaux, tels que le registre vocal, le rythme ou le volume, révèlent l'état émotionnel et l'attitude face à autrui, ils soutiennent et illustrent le discours (1).

La communication joue un rôle important dans les consultations en médecine générale. Beaucoup de problèmes rencontrés pourraient être gérés sans traitement pharmaceutique mais simplement par des conseils (8). Malgré l'avancement de la technologie médicale, la relation médecin-patient reste essentielle à la qualité des soins et à la guérison (9). En traitant des patients pendant un certain temps, les médecins développent des liens étroits avec eux. Ces liens ont des effets tant positifs que négatifs. Il s'agit d'un savant dosage de familiarité, de compréhension profonde des patients, de confiance et de responsabilité (10).

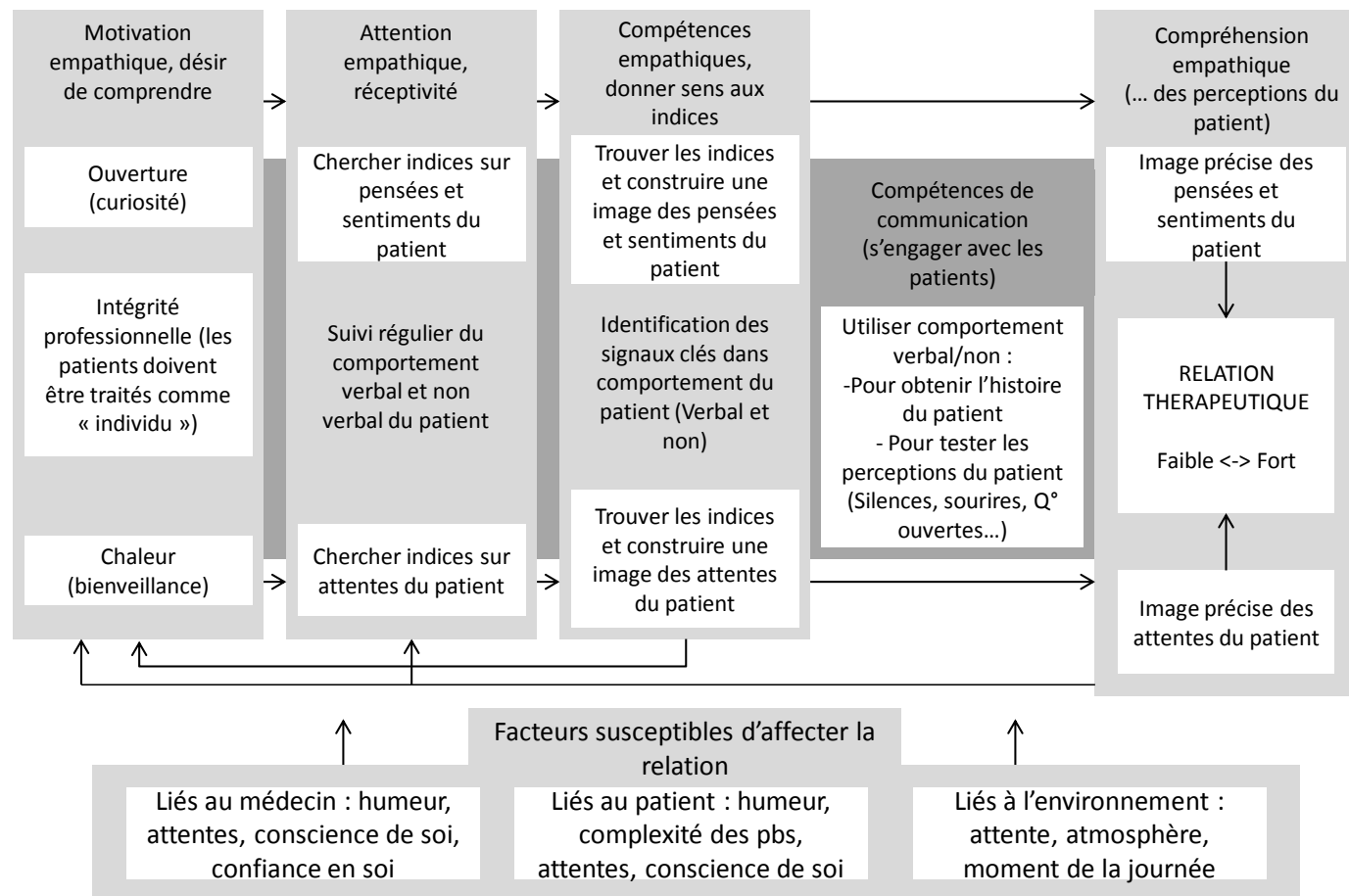
L'empathie

On demande au médecin d'avoir une attitude empathique, c'est-à-dire d'avoir la capacité de se mettre à la place d'autrui afin de créer une relation de soutien et de compassion, sans aller vers des sentiments plus conformes aux relations interhumaines habituelles (sympathie ou antipathie) (11). Finalement, le médecin doit adopter une attitude d'écoute et de disponibilité, dans une relation de confiance (12).

L'empathie est la pierre d'angle de la relation médecin-patient (9). Il a été montré qu'une communication médecin-patient basée sur l'empathie améliorerait la satisfaction et le respect des patients, diminuait leur anxiété et leur détresse et donnait de meilleurs résultats cliniques et diagnostiques (9,11). Les médecins doivent considérer l'empathie comme un travail émotionnel, c'est-à-dire l'apprentissage de la gestion des émotions expérimentées (9). La qualité de la compréhension du patient est en grande partie déterminée par le travail d'empathie fait par le médecin. Le bénéfice principal obtenu sera la création d'une relation thérapeutique forte entre le patient et le médecin (13) (*Figure 2*).

La plupart des médecins reconnaissent l'importance de cette relation thérapeutique et se sentent responsables lorsqu'elle est jugée difficile (14).

Figure 2 : L'empathie et les compétences de communication d'après Norfolk (version française)



Les facteurs influant la relation médecin-patient

Pour rappel, la relation médecin-patient est l'une des relations sociales les plus complexes. Trois buts de communication ont été identifiés : la création d'une bonne relation interpersonnelle, l'échange d'information et la prise de décision liée au traitement (4).

Auparavant, les patients étaient souvent jugés trop ignorants pour prendre des décisions en leur nom propre. Toute information donnée aux patients était perçue par les professionnels de santé de façon négative, pouvant affaiblir la foi du patient en la médecine. Leur relation était souvent impersonnelle, distante et basé sur la négociation et la transaction financière (2).

Encore de nos jours, les médecins et les patients ont une perspective différente des compétences de communication que doivent avoir les médecins (15). Pendant les études, on apprend aux médecins à formater les histoires des patients en cas médicaux en retirant les données biographiques pour faciliter la réflexion médicale (16). Si l'on ne prend en charge les patients que de cette façon, on comprend qu'il puisse y avoir des limites dans le domaine de la communication avec les patients. La vision idéalisée de la médecine occidentale comme légitimité scientifique fiable peut être remise en cause, comme lors d'un échec de traitement ou une impossibilité à identifier un diagnostic. Cela peut être vécu comme douloureux autant par les médecins que par les patients (16).

Dans cette relation, les deux parties n'ont pas les mêmes préoccupations. Le médecin s'intéresse plutôt à rendre le bon diagnostic, trouver le bon traitement et expliquer au mieux la ligne de conduite pour le patient. Alors que le patient est plutôt focalisé sur la présentation de ses plaintes, la nature de son diagnostic, les options de traitement qui sont possibles et le pronostic de son état (15).

Dans la population générale, il existe de grandes variations de perception en santé notamment du fait de cultures et d'opinions différentes. La définition des « bons soins médicaux » se base sur des critères personnels propres à chaque patient et donc sur des éléments pouvant être radicalement différents (4).

Les sociologues s'accordent sur le fait que certaines caractéristiques des patients peuvent avoir un impact profond sur la relation médecin-patient et en particulier sur la communication (4). Ces caractéristiques peuvent être liées aux catégories socioprofessionnelles, à l'apparence physique, à la santé ou à des variables psychologiques et psychosociales (4).

La relation médecin-patient peut également être modifiée par certaines caractéristiques propres au médecin. Le médecin peut, par exemple, ne pas être réceptif aux problèmes de ses patients du fait de son contexte personnel (maladie, fatigue, deuil, soucis personnels...). Le sentiment d'irritation dans la communication avec un patient peut venir de sa propre intolérance, ou impatience, voire de sa forte pression au travail (17–19). Une relation conflictuelle peut entraîner pour le médecin un risque de surmenage et de dépassement de ses limites (20). L'inverse est également vrai, un médecin en *burn-out* ou en surmenage a un nombre plus important de rencontres considérées comme difficiles (21). Certains médecins ont des comportements qui produisent involontairement de la dépendance dans les relations avec les patients. Un lien particulier peut se créer et donner envie aux médecins de « *cocooner* » un patient dans une illusion d'omnipotence et de multidisponibilité.

Types de relation médecin-patient difficiles

Dans la recherche sur les *Heartsink patients*, il est apparu que d'autres groupes de patients se détachent. Le groupe des *Heartsink patients* est à la croisée des chemins entre :

- *Medically unexplained symptoms (MUS)*
- *Frequent attender (FA)*
- *Difficult patient (DP)*

Medically unexplained symptoms (MUS)

Les *MUS* sont des symptômes insuffisamment expliqués par une maladie organique. Cette définition a beaucoup évolué dans le temps, notamment en fonction des progrès de la médecine, mais l'importance des problèmes soulevés par ces patients est soulignée par de nombreux travaux qui montrent que 25 à 50% des consultations ambulatoires n'aboutissent pas à une explication médicale permettant de rendre compte des symptômes présentés (22). Ces résultats sont confortés par d'autres observations qui mettent en évidence que 30 à 50% des motifs de consultations de premier recours ne correspondent à aucune entité diagnostique reconnue par les systèmes de classification des maladies (23,24). Il a été montré que les patients présentant ces symptômes avaient globalement une qualité de vie moins bonne que la population générale (25). Les patients présentant des symptômes médicaux inexpliqués constituent, de même que les *Heartsink patients*, un groupe hétérogène d'individus. Les motifs de consultation le plus souvent rencontrés sont des douleurs chroniques du rachis, des algies faciales, un syndrome du côlon irritable, des palpitations cardiaques, une fatigue, une dyspepsie, des étourdissements... Certains symptômes rentrent, en partie au moins, dans les critères diagnostiques d'un trouble somatoforme tel qu'il est défini dans le DSM IV ou dans la CIM-10 (24). Les symptômes présentés s'inscrivent le plus souvent dans le cadre de syndromes de douleurs chroniques,

où la recherche d'un modèle de causalité unique n'est pas possible et est remplacée par une réflexion sur l'interaction entre l'ensemble des facteurs qui prédisposent ou qui perpétuent la symptomatologie. Parmi ces facteurs, les aspects psychosociaux tiennent une place importante, ce qui ne surprend guère dans la mesure où une symptomatologie chronique s'inscrit toujours dans un processus dynamique résultant d'une interaction constante entre aspects somatiques et psychosociaux. Une autre caractéristique commune à ces patients est l'utilisation de symptômes physiques comme motif de consultation en refusant la dimension psychologique que leur plainte peut cacher. Le médecin attend des aspects normatifs du comportement du patient selon sa maladie. Ce non-respect de la norme remet en question la validité et la légitimité de ses plaintes (16). Cela provient parfois des différences liées aux référentiels culturels du patient et du médecin.

Frequent attender (FA)

Les *FA* consultent en moyenne 9 à 14 fois par an leur médecin, généralement il s'agit des 3% de patients consultants le plus un praticien donné, générant au moins 15% du volume des consultations totales (26). Dans la pratique, certains médecins ont plus de *FA* que d'autres. Une étude a montré que les médecins qui prennent plus de temps, qui écoutent plus, qui sont plus enclins à prescrire ce que veulent les patients ou qui portent plus d'intérêt aux conditions de vie des patients ont une proportion de *FA* plus importante. Une pratique réflexive de ces médecins pourrait leur permettre de s'interroger sur le réel bénéfice des explorations ou la réelle nécessité à recourir à l'avis d'autres médecins pour le patient (27).

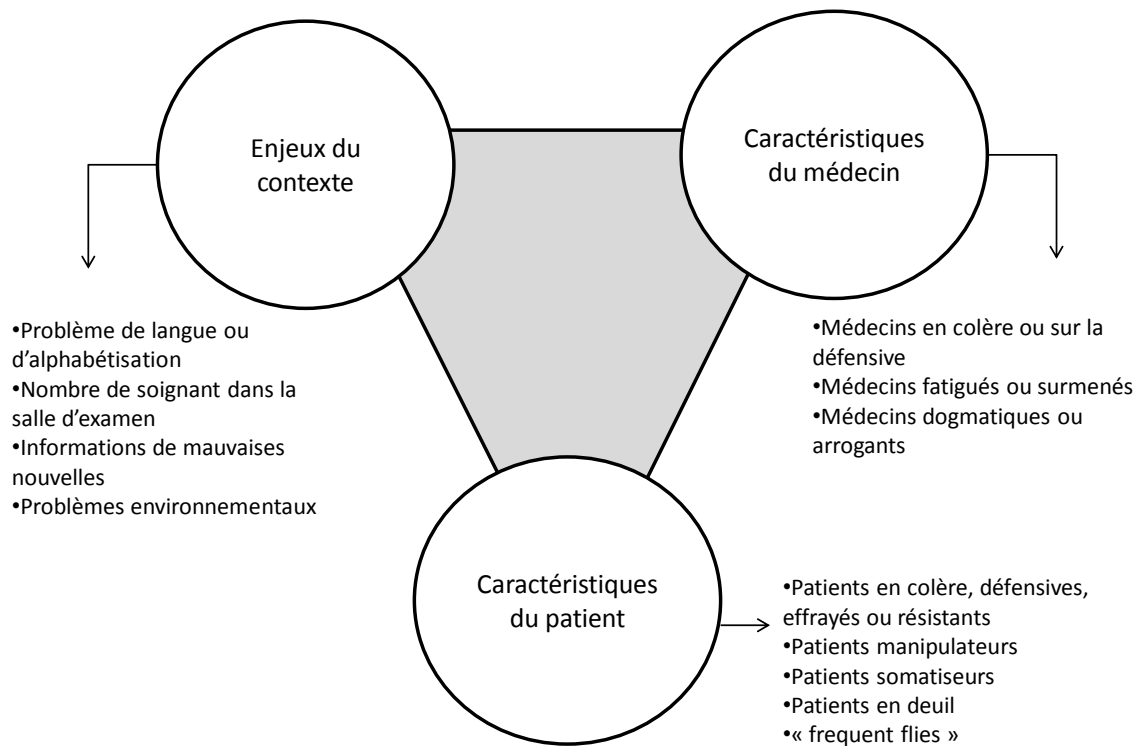
Les consultations avec les *FA* peuvent différer des consultations classiques selon une ou plusieurs dimensions parmi les suivantes :

- Complexité biomédicale
- Complexité psychosociale
- Degré de dissonance entre le patient et le médecin (28)

Difficult patient (DP)

Environ 15% des rencontres sont jugées difficiles par le médecin (29). Selon une étude américaine de 2005, les patients engendrant ce type de rencontre auraient plus fréquemment des troubles dépressifs ou anxieux et présenteraient des troubles somatiques plus nombreux et plus sévères (30,31). Cependant, tous les problèmes ne viennent pas du patient seul. Les médecins et le contexte de la rencontre peuvent également avoir leurs parts de responsabilité dans cette interaction faussée (32). Cette relation triangulaire est schématisée par la *figure 3* (33).

Figure 3 : Les composants de la rencontre difficile d'après Adams (version française)



Les *Heartsink patients*

La notion de *Heartsink patient* est marquée par plusieurs travaux majeurs :

- Groves en 1978
- Rotter en 1982
- Ellis en 1986
- O'Dowd en 1988
- Gerrard et Riddell en 1988
- Colquhoun en 1989
- Stigler en 2001

Comme le disait le docteur C.G. Jung en 1939 : « *But if the doctor wishes to help a human being, he must be able to accept him as he is. And he can do this in reality only when he has already seen and accepted himself as he is.* »¹

Description historique du concept de *Heartsink patients*

En 1978, M. Groves, psychiatre, parlait de « *hateful patient* » (patient détestable), mais il s'agissait bien du même groupe de personnes qui pouvaient compromettre les compétences des médecins (34,35). Il les classait en quatre stéréotypes :

- *dependent clingers*
- *entitled demanders*
- *manipulative help rejectors*
- *self destructive deniers* (20)(35) (Tableau 1).

¹ Littéralement : Mais si le médecin souhaite aider un être humain, il doit être en mesure de l'accepter tel qu'il est. Et il ne peut le faire, en réalité, que s'il s'est accepté lui-même.

Pour chacun de ces comportements, il analysait les causes de leurs troubles et proposait des pistes d'amélioration de la prise en charge médicale. Par exemple, pour réussir à mieux prendre en charge les *dependant clingers*, il suggérait de poser d'emblée des limites à leurs attentes ; pour les *manipulative help rejectors*, de partager leur pessimisme pour ne pas rompre le lien avec eux (35). Il concluait que, lorsqu'un patient génère chez son médecin des sentiments que ce dernier désavoue ou nie, il y a risque d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques (35). Quand la vision idéalisée du parfait docteur rentre en collision avec la réalité des soins, cela peut engendrer plusieurs sentiments chez le médecin, dont l'impuissance (35).

La théorie de l'apprentissage social de Rotter (1982) fait émerger le concept de locus de contrôle. Les individus diffèrent dans leurs appréciations et leurs croyances sur ce qui détermine leur réussite dans une activité particulière ou plus généralement sur ce qui influence le cours de leur vie. Les personnes croyant que leur performance ou leur sort dépend surtout d'elles-mêmes ont un locus de contrôle dit interne ; celles qui croient qu'ils sont avant tout déterminés par des facteurs extérieurs hors de leur influence ont un locus de contrôle dit externe. Il s'agit d'un trait de personnalité relativement stable dans le temps. Dans le cadre de la santé, un patient ayant un locus de contrôle interne aura tendance à croire que ce qui lui arrive est de son fait. Il sera alors très en colère, lorsqu'il tombera malade. Alors qu'à l'inverse, un patient ayant un locus de contrôle externe sera assez fataliste et pensera que c'est un fait dû au hasard, sur lequel il n'a aucun pouvoir. Cette théorie permettrait d'expliquer en partie les réactions des individus face à leur santé (36). Il a été mis en évidence que les patients ayant un locus de contrôle externe présentent une moins bonne adhérence aux traitements (37,38).

L'idée d'insatisfaction chronique « *chronic unhappiness* » naît en 1986 avec le Dr Ellis, médecin généraliste en Afrique du Sud (39,40). Il s'agirait d'une condition de vie de certains patients, mais également de certains médecins, qui influencerait fortement les relations avec les autres et pourrait donc être à l'origine d'une relation médecin-patient difficile. Cette insatisfaction chronique n'est pas quelque chose de traitable au sens curatif ou thérapeutique habituel. Comprendre ce phénomène devrait permettre aux médecins d'accepter leurs propres réactions humaines envers certains patients et d'accroître leurs compréhensions pour mieux répondre aux besoins de ces patients. Les philosophes abordent ce sujet comme une névrose existentielle d'absurdité chronique, d'apathie et d'errance. La théorie de l'impuissance causerait une mauvaise estime de soi et une absence de perspective d'espoir. Dans un contexte de consultation médicale, cette tristesse s'exprime à travers des plaintes physiques ou mentales avec un registre de symptômes propres. En premier lieu, on retrouve : une forme de douleur, de fatigue, de faiblesse ou de perte de vitalité ; suivie d'une multitude de symptômes mineurs. Les médecins doivent comprendre que leur rôle est d'être le témoin des souffrances des patients et donc de permettre à leur tristesse d'exister. Pour ces patients, Ellis suggère le nom « dysphorie », pour décrire « la sensation qui se manifeste dans le creux de l'estomac, le matin, à la vue de leurs noms sur la liste de rendez-vous de la journée » (34).

Le terme *Heart Sink patient* apparaît pour la première fois en 1988, avec l'étude du Dr O'Dowd (34). Cette expression peut être traduite littéralement par patient faisant chavirer le cœur (*heart* : cœur, *to sink* : couler, *to make your heart sink* : démoraliser, donner le cafard). Bien que les *Heartsink patients* aient souvent des problèmes médicaux graves, ils restent un groupe disparate d'individus dont le seul point commun est la détresse dans laquelle ils plongent leurs médecins (34). Il s'agit de patients ayant un comportement jugé

« exaspérant » ou « pénible » par leurs médecins, car ils les mettent en difficulté sur le plan émotionnel, intellectuel ou scientifique (34). Le Dr O'Dowd préférait ce terme de *Heartsink* à celui de dysphorie employé par Ellis, car il désigne plus clairement les émotions des médecins et pas le patient lui-même. Pour O'Dowd, les médecins ont besoin d'aide dans la prise en charge des *Heartsink patients* parce qu'ils font partie intégrante du problème (34).

Dans leur article de 1988, Gerrard et Riddell classent les *Heartsink patients* en dix catégories (41) : *black holes; family complexity; punitive behaviour; personal links to the doctor's character; differences in culture and belief; disadvantage, poverty and deprivation; medical complexity; medical connections; wicked, manipulative and playing games; secrets* (Tableau 2). La plupart des *Heartsink patients* appartiennent à plusieurs catégories.

Tableau 1 : Classification des Hateful patients selon Groves

Stéréotypes	Définitions
<i>Dependent clingers</i>	Patients ayant des besoins illimités et donc consultant fréquemment, avec une faible estime de soi et une faible capacité à prendre des décisions. Ils voient le médecin comme une « mère » avec des ressources infinies. Ces patients provoquent, chez leurs médecins, des sentiments de défaite et une aversion.
<i>Entitled demanders</i>	Patients très exigeants qui utilisent l'intimidation et le dénigrement pour obtenir ce qu'ils souhaitent. Ils tentent de créer, chez leurs médecins, des sentiments de culpabilité. Leurs attitudes hostiles ou supérieures cachent un haut degré de dépendance et une peur de l'abandon.
<i>Manipulative help rejectors</i>	Patients, en général, pessimistes ou dépressifs. Ils sont en demande de soins mais rejettent l'aide car « rien ne peut les sauver », si un symptôme s'améliore, un autre apparaît immédiatement. Leur non-compliance est mise sur le dos de l'apparition d'effets secondaires qui, chez eux, sont toujours présents.
<i>Self destructive deniers</i>	Patients qui, malgré les informations fournies par le médecin, sont non compliant, soit par négligence soit par refus. Ils provoquent des sentiments d'aversion, de peur, de culpabilité.

Tableau 2 : Classification des Heartsink patients selon Gerrard et Riddell

Stéréotypes	Définitions
<i>Black holes</i>	Patients qui adoptent une attitude d'opposition à toute tentative d'aide du médecin et réitèrent indéfiniment les demandes d'aide.
<i>Family complexity</i>	Patients présentant des problèmes qu'il est impossible de démêler de ceux de leur famille.
<i>Punitive behaviour</i>	Patients cherchant sans cesse une erreur médicale.
<i>Personal links to the doctor's character</i>	Le médecin partage les espoirs et les craintes du patient, ce qui peut favoriser une relation de dépendance.
<i>Differences in culture and belief</i>	Les croyances du médecin et du patient sont totalement opposées, jusqu'à pouvoir se sentir antagonistes.
<i>Disadvantage, poverty and deprivation</i>	Patients ayant des problèmes sociaux ou environnementaux sur lesquels le médecin ne peut pas agir et qui empêchent la prise en charge de problèmes de santé.
<i>Medical complexity</i>	Il est facile de se sentir déqualifié par un patient souffrant d'une ou plusieurs maladies compliquées ou obscures, parfois le patient en sait plus que le médecin.
<i>Medical connections</i>	Infirmiers ou médecins qui sont les patients, nous sommes conscients de vouloir dispenser des soins particuliers tout en ayant peur de faire des erreurs.
<i>Wicked, manipulative and playing games</i>	Patients manipulateurs, voulant monter les médecins les uns contre les autres.
<i>Secrets</i>	Eléments, secrets jamais évoqués étant au cœur de leur vie ou de leurs problèmes.

En 1989, le Dr Colquhoun, un médecin généraliste australien, a classé en cinq catégories les *Heartsink patients* et est arrivé à la classification suivante (42) : *The never get betters, Not one but two, The medicosocially deprived, The wicked manipulators, The sad*. Selon lui, les médecins doivent être conscients du contre-transfert engendré par ces patients, pour éviter au maximum le risque d'erreurs de prise en charge, de rater des diagnostics ou de mal les orienter (42,43).

D'autres praticiens comme le Dr M. Stigler, en 2001, partent de l'hypothèse qu'un nombre considérable de patients, jugés « difficiles » par leurs médecins, souffrent d'un trouble de la personnalité grave (44). Selon lui, les *Heartsink patients* pourraient présenter des troubles de la personnalité détaillés ci-après, se basant sur la classification DSM IV :

- Cluster B : borderline, narcissique, histrionique, antisocial
- Cluster C : dépendante
- Cluster A : paranoïaque
- Relation perverse
- Dépression type caractérologique

Selon le Dr Stigler, ces patients sont responsables. Il est donc important de les responsabiliser, de ne surtout pas les infantiliser ou de les rendre dépendants du médecin (44). Du fait d'une attitude paternalisante des médecins et de celle des patients à se placer en victime, il est possible de vite entrer dans une relation médecin-patient toxique. Dans ce cas, un cercle vicieux peut s'instaurer et l'aidant censé venir en aide à la victime peut se transformer en victime d'un persécuteur.

Que l'on parle de dysphorie, de *chronic unhappiness*, de *Hateful patient* ou de *Heartsink patient*, ces patients semblent mettre en difficulté les médecins qui les suivent. Même si les

médecins sont conscients du contre-transfert négatif provoqué par ces patients, il est important de chercher une façon de dépasser ces réactions pour pouvoir mieux les prendre en charge.

Caractéristiques des *Heartsink patients*

Différentes études se sont attachées à rechercher des caractéristiques cliniques communes aux *Heartsink patients*. Il s'agirait plus fréquemment de femmes, de plus de 50 ans, ayant des pathologies psychologiques ou psychosomatiques et consultant fréquemment (20).

En 1994, le Dr Hahn a développé un outil, le « *Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire* » (DDPRQ-10) permettant de détecter et de mesurer les difficultés dans la relation médecin-patient en soins primaires, telles qu'elles sont perçues par le médecin. Il démontre que les patients jugés difficiles ont certains traits de caractères similaires : troubles psychologiques, symptômes multiples (plus de cinq), douleurs chroniques, demandes insatisfaites, et sont de plus grands consommateurs du système de santé (30). Cette relation médecin-patient difficile est associée à un taux deux à trois fois plus élevé d'investigation ou d'exploration (45), à une moins bonne prise en charge et à une source accrue d'erreurs médicales (46). Une traduction française de cet outil a fait l'objet d'une thèse en médecine (47)(Annexe 1).

Ces patients feraient moins facilement confiance à leur médecin et seraient globalement moins satisfaits (31,45).

La prise en charge des patients difficiles

Dans l'étude de Butler et Evans, cinq approches communes sont proposées pour prendre en charge les *Heartsink patients* (45) :

- Le médecin doit améliorer sa prise de conscience de soi et de ses compétences de consultation.
- L'utilisation de groupe Balint ou d'autres techniques qui aident à concentrer le médecin sur ce que le patient essaye de dire (les motifs cachés, les non-dits).
- Mettre en place une stratégie claire et compréhensive de prise en charge. Réfréner son désir naturel de guérir, aider ou résoudre des problèmes. Pour ces patients, il faut changer ses espérances et ses buts. Il faut comprendre clairement ce qui se passe en consultation, reconnaître les préoccupations du patient, les améliorations progressives.
- Améliorer les conditions de travail des médecins.
- Établir des systèmes qui promeuvent la discussion en équipe.

Le problème venant principalement d'une difficulté de communication entre le médecin et son patient, certains proposent des stratégies pour dénouer le dialogue (45) :

- Élargir le contexte de vie du patient (la réalité socio-économique du patient est souvent négligée), cela permet d'élargir le champ des causes possibles pour son mal.
- S'intéresser aux modèles explicatifs du patient, resituer les symptômes dans une trajectoire de vie et trouver un sens à un mal sont autant de façons de détourner le problème de l'échec de l'absence de diagnostic.
- Améliorer la sensibilité interculturelle des médecins, selon modèle Bennett (1986), qui décrit différentes phases, allant de l'éthnocentrisme à l'ethnorelativisme (déli, défense, minimisation, acceptation, adaptation comportementale et cognitive, intégration).

D'autres proposent, pour limiter les comportements abusifs, des attitudes personnelles que le médecin généraliste doit observer dans sa pratique courante et dans sa communication, comme tenir un cahier des conflits, en discuter entre confrères, fixer un rendez-vous avec les patients difficiles pour aborder la mauvaise relation et dire précisément ce que l'on attend d'eux, si la situation est trop délicate, proposer d'aller voir un autre confrère et enfin rejoindre un groupe Balint sur le thème de la relation professionnelle (46).

Selon le Dr Haas, la gestion des patients difficiles serait facilitée par la mise en pratique de certaines recommandations telles que : l'introduction d'un traitement pharmacologique psychiatrique pour les patients dysphoriques ou anxieux, la recherche d'un soutien auprès de collègues médecins, la participation à un groupe Balint, la modification du temps de soins pour offrir plus de temps aux patients difficiles et parvenir à fixer des limites claires avec tous les patients (21).

Le Dr Edgoose, en 2006, conclut que pour réussir à travailler avec succès avec les patients difficiles, le médecin doit avoir développé trois compétences : la collaboration, l'usage approprié du pouvoir et l'empathie (31).

La méthode Delphi

Choix de la méthode

Les méthodes qualitatives ont longtemps été victimes d'une image négative et qualifiées « d'insuffisamment scientifiques ». Elles relèvent pourtant d'une même démarche scientifique que les études quantitatives, avec l'élaboration d'une hypothèse, d'une question et d'une méthodologie adaptée pour y répondre (48). La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, et donc difficiles à mesurer.

Dans ce domaine, et lorsque l'information publiée est insuffisante, seule une synthèse qualitative peut être envisagée pour la recherche d'un consensus. Il en existe plusieurs :

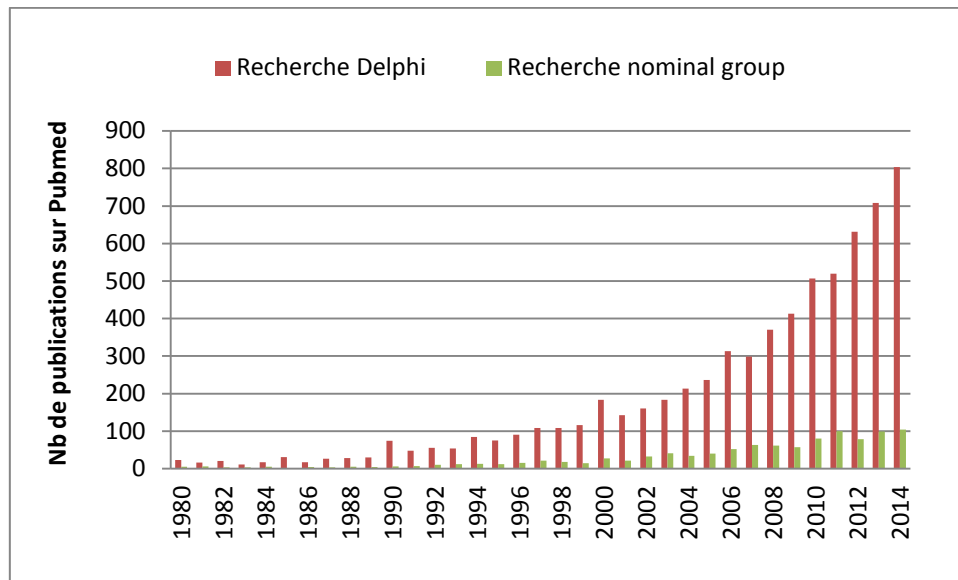
- Méthode Delphi
- Technique du Groupe nominal
- Méthode RAND/UCLA
- Conférence de consensus
- Entretiens individuels
- Entretiens de groupe ou focus group

Seules les méthodes Delphi, le groupe nominal et la méthode RAND/UCLA permettent de produire des estimations quantitatives à partir de cette approche qualitative (49).

La méthode Delphi offre les avantages d'une mise en commun de réflexions et d'un échange d'opinions, sans l'influence excessive que l'on rencontre parfois dans les face-à-face conventionnels, qui sont généralement dominés par ceux qui parlent le plus fort ou ont le plus de prestige (48).

Au cours des dernières décennies, la science porte un intérêt croissant pour cette méthodologie, comme peut le montrer la *figure 4*.

Figure 4 : Recherche Pubmed publications Delphi et group nominal à partir des titres ou résumés



Description de la méthode Delphi

L'origine du nom Delphi remonte à l'Antiquité grecque, évoquant le mode d'interprétation et de prévision de l'oracle de Delphes (50). La méthode est née aux États-Unis, à Santa Monica en Californie, dans les années 1950, et est issue des travaux de Helmer pour la Rand Corporation à des fins de prévision technologique, principalement dans le domaine militaire (estimation des cibles nucléaires potentielles aux États-Unis) (49). Il s'agit d'un outil d'aide à la prévision d'événements. Elle est utilisée initialement dans le domaine du marketing, mais les champs d'exploitation de cette méthode se sont élargis à la science et, en particulier, à la médecine depuis la fin des années 1970, en tant qu'outil dans les études qualitatives pour la recherche d'un consensus. Un des contextes d'utilisation fréquents est celui de la définition

d'indications de procédures médicales, notamment dans le cadre de recommandations de bonne pratique (49).

Elle part du principe que l'intelligence du groupe est supérieure à la somme des intelligences individuelles et que les prévisions réalisées par un groupe d'experts structuré sont généralement plus fiables que celles faites par des groupes non structurés ou d'individus isolés (51).

Cette méthode a été déclinée en trois versions différentes :

- Delphi politique : utilisée pour générer les divergences les plus fortes à propos des solutions potentielles à une question politique majeure,
- Delphi conventionnel (papier crayon),
- Conférence Delphi (ou Delphi en face à face ou encore Delphi collectif) : offre plus de place à la discussion et aux débats (52).

Concrètement, il s'agit d'une procédure itérative et interactive comportant deux à quatre tours, utilisant une série de questionnaires structurés auto-administrés postaux/par mail, anonymes et confidentiels, entre l'organisateur de l'étude et les experts. Les experts ne communiquent jamais directement entre eux. Généralement, le premier questionnaire permet d'identifier une large série d'alternatives, le (ou les) suivant(s) cherchant à établir un consensus. Chaque expert, en fonction des informations séquentielles identifiées à chaque étape du Delphi, peut soit maintenir son jugement, soit le modifier et ainsi de suite. La procédure est habituellement interrompue lorsqu'une convergence d'opinions est atteinte (consensus), en cas de stabilité des réponses entre deux tours, voire en cas de diminution du nombre de retours (48).

La validité de cette méthode repose sur trois principes de base :

- L'anonymat des experts : ces derniers ne doivent pas s'influencer mutuellement dans leurs réponses. Leur identification doit donc tenir compte de ce critère. Ainsi des personnes travaillant ensemble ou qui sont susceptibles de se rencontrer ou de se contacter en parlant de l'enquête ne peuvent pas être éligibles.
- La rétroaction de l'information : il s'agit de présenter aux experts, à chacune des étapes du Delphi, les résultats du groupe afin de leur permettre de se situer par rapport à l'opinion générale. Sur la base des traitements statistiques, les experts révisent ou non leur première évaluation. Ce principe est celui qui permet l'identification des convergences d'opinions des différents experts.
- L'appréciation quantitative des réponses : la mise en place d'une échelle est nécessaire pour permettre des réponses statistiques des experts. C'est uniquement sur cette base que les experts peuvent réviser leurs opinions (échelle Likert sur 5 ou 7 points) (53).

La méthode Delphi vise à contourner différents défis sociopsychologiques associés aux processus de travail en commission, comme :

- Une personnalité dominante ou une individualité forte qui s'approprie le processus : effet « *leader opinion* ».
- Le fait que les personnes ne soient pas disposées à prendre position sur un sujet tant que tous les faits ne sont pas connus ou tant qu'elles ignorent la direction que prendra la majorité.
- La possibilité qu'il y ai des conflits d'intérêts.

- La difficulté à contredire publiquement des individus qui occupent des postes plus élevés (52).

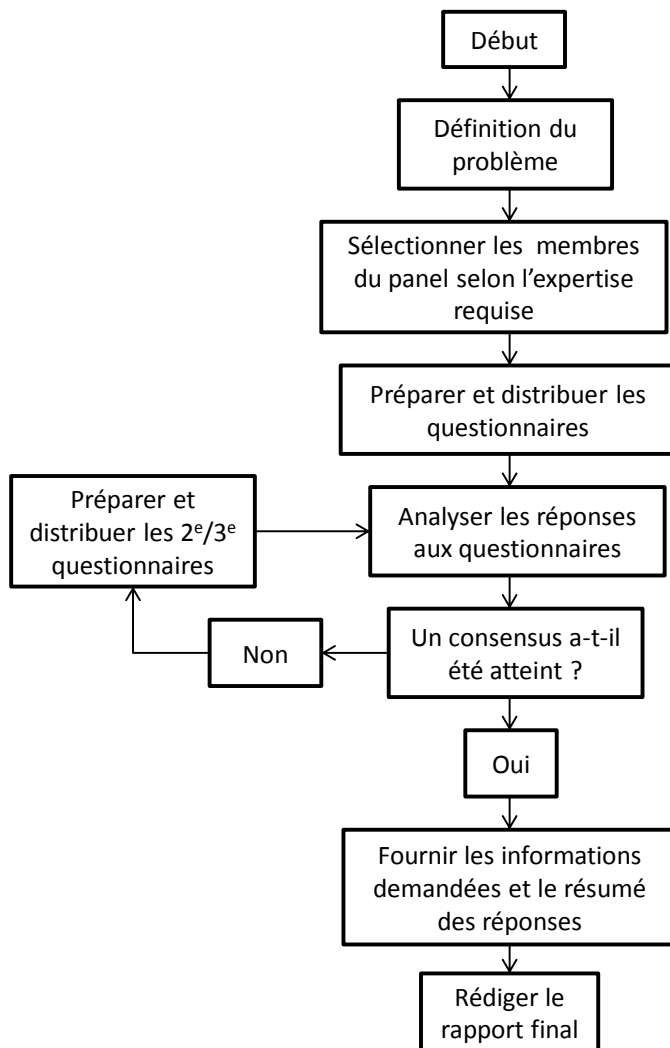
Les limites éventuelles sont un possible biais de sélection (lié au processus de recrutement ou à une participation insuffisante de certains membres du groupe) et l'absence de débat entre les participants (48). De plus, la valeur d'une enquête Delphi dépend beaucoup du choix judicieux des experts et des questions initiales (54).

L'échantillonnage des participants permet idéalement de constituer un groupe d'experts « représentatifs » des connaissances et des perceptions actuelles, relativement impartiaux mais intéressés et impliqués dans la problématique abordée. La sélection des participants doit permettre la diversification des données, c'est-à-dire capter les divers points de vue ou représentations du phénomène à l'étude.

La méthode Delphi se déroule en trois étapes (*Figure 4*) :

- Formulation du problème et élaboration du questionnaire
- Choix des experts
- Interrogation des experts
 - 1^{er} tour : il est ouvert et exploratoire. Le questionnaire initial est élaboré à partir d'une revue de la littérature ou de l'opinion des organisateurs. Les experts répondent aux questions posées,
 - 2^e tour : les experts ont la possibilité de modifier leurs réponses après avoir vu une synthèse des réponses des autres experts,
 - Éventuel 3^e tour : les experts ont à nouveau la possibilité de modifier leurs réponses, après avoir vu une nouvelle synthèse des réponses des autres experts.

Figure 5 : Description de la méthode Delphi



Étude sur la prise en charge des *Heartsink patients*,
recommandations en centre de santé

Introduction

Le terme *Heartsink patient* est un terme anglophone introduit en 1988 par le Dr O'Dowd pour désigner les patients jugés « pénibles » ou « exaspérants » par leur médecin généraliste (34). Il s'agit d'une population de patients très hétérogène d'environ 8 à 15 patients par médecin généraliste (55). Cela ne représente qu'une petite proportion de la patientèle, mais le retentissement sur le ressenti de la qualité du travail des médecins est considérable. Ces *Heartsink patients* prennent en général beaucoup de temps, d'énergie et engendrent des sentiments négatifs, d'irritation ou de frustration (20). Les *Heartsink patients* représentent un dilemme moral pour les médecins, ils reconnaissent la souffrance de ces patients tout en luttant contre les sentiments négatifs qu'ils peuvent susciter (56).

La relation médecin-patient a évolué au cours des dernières décennies, passant d'un modèle de « paternalisme bienveillant » à un modèle de « prise de décision partagée » (4). La prise en charge des *Heartsink patients* est souvent greffée par des problèmes de communication entre les deux parties, aboutissant à une *Heartsink relationship*. Il n'existe que des éléments de réponse indirects ou traités partiellement dans les travaux sur la prise en charge des *Heartsink patients*, voire pas de données scientifiques du tout quant à cette prise en charge en centre de santé. Cependant, certaines pistes de prise en charge ont été proposées, telles que : l'organisation de réunions de discussion d'équipe, les groupes Balint, les formations d'aide à la gestion des patients difficiles (45). Une grande partie du soin repose sur la relation médecin-patient et celle-ci dépend, entre autres, de la qualité de communication développée (verbale ou non verbale) (4) et des compétences d'empathie du médecin à un moment donné (13).

Une prise de position à un temps donné par un groupe d'experts dans ce domaine paraît nécessaire. Ainsi, nous avons voulu amener à une réflexion pour améliorer ces relations médecin-patient parfois difficiles, dans l'idée d'améliorer leur prise en charge. L'objectif de cette étude est de proposer une prise en charge consensualisée des *Heartsink patients* en centre de santé.

Matériels et méthodes

Type de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative utilisant la méthode Delphi conventionnelle par envoi de courriers électroniques de novembre 2014 à avril 2015.

Population de l'étude

Pour la réalisation d'une étude Delphi, il faut un minimum de 15 participants. En prévision d'un taux de réponse de 10%, l'invitation à la participation de l'étude a été envoyée à 136 centres de santé (*Annexe 2 et 3*). Il a été décidé de recruter un seul médecin par centre de santé, ou par structure (s'il existait plusieurs structures différentes au sein d'une même ville), pour éviter la communication entre les participants.

La population était constituée de médecins généralistes exerçant en centre de santé en France métropolitaine. Le recrutement des participants s'est fait via la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS). Un courriel invitant les centres de santé à répondre au premier questionnaire a été envoyé à l'ensemble des adhérents, soit à 136 centres médicaux et polyvalents sur l'ensemble du territoire national. Les adhérents avaient le choix soit de répondre directement au questionnaire, en tant que médecin généraliste-directeur, soit de désigner un médecin de leur centre, reconnu expert dans la gestion des *Heartsink patients*.

La définition des *Heartsink patients* utilisée pour cette étude s'est basée sur la définition d'Ellis : « *Patients who cause a knot in the stomach when their name appears on the list of*

*patients with an appointment that day*²» et sur la définition d'O'Dowd : « *Patients who produce distress or discomfort in those who see them* ³»

Recueil et analyse des données

Le premier questionnaire était composé de 27 questions (*Annexe 4*). Les questions ont été validées par le comité scientifique de l'étude, à partir des données de la littérature et de l'expérience professionnelle des membres de ce comité.

La première partie du questionnaire avait pour but de récolter les données sociodémographiques des participants :

- Âge
- Sexe
- Nombre de *Heartsink patients* par médecin
- Nombre d'années d'exercice en centre de santé
- Expérience de l'exercice libéral
- Lieu d'exercice
- Mode de rémunération
- Composition pluriprofessionnelle du lieu d'exercice
- Formation sur la prise en charge des *Heartsink patients*

La deuxième partie était composée de neuf questions autour de la prise en charge des *Heartsink patients*, en utilisant une échelle de jugement Likert (tout à fait d'accord, plutôt d'accord, neutre, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord).

² Littéralement : « patients qui causent un nœud dans l'estomac, lorsque le médecin voit leurs noms sur la liste de consultation du jour ».

³ Littéralement : « patients qui produisent une détresse ou un inconfort chez ceux qui les voient ».

Une dernière question, en texte libre, permettait aux experts de soumettre des propositions sur la prise en charge des *Heartsink patients*.

Un consensus positif était reconnu si la médiane des réponses était supérieure ou égale à 4 et qu'il n'y avait pas de désaccord. Un consensus négatif était reconnu si la médiane des réponses était inférieure ou égale à 2 et qu'il n'y avait pas de désaccord. Pour une proposition donnée, le désaccord était défini comme une distribution comportant simultanément au moins 30% de réponses comprises entre 1 et 2 et 30% de réponses comprises entre 4 et 5. Une médiane à 3 était considérée comme une réponse équivoque, donc n'ayant pas atteint de consensus, ainsi la proposition était réévaluée au tour suivant (49).

Pour la numérisation des données, la règle suivante a été utilisée :

- Tout à fait d'accord = 5
- Plutôt d'accord = 4
- Neutre = 3
- Plutôt pas d'accord = 2
- Pas du tout d'accord = 1

Deux questions ont été formulées sans utiliser l'échelle de Likert, la numérisation des données a alors suivi la règle suivante :

- Oui = 3
- Sans opinion = 2
- Non = 1

Résultats

Trois relances ont été nécessaires pour recruter 20 médecins experts, représentant un taux de réponse de 15%. Cette étude Delphi a comporté deux tours.

Caractéristiques de la population

Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont résumées dans le *Tableau 3*. La population d'experts se composait à 70% de femmes, avec une moyenne d'âge à 45,7 ans. Les trois quarts étaient rémunérés sur un mode salarial. Un quart des médecins avaient participé à une formation spécifique sur les *Heartsink patients* durant leurs études médicales ou dans le cadre de la formation médicale continue. La majorité des experts avait entre un et cinq *Heartsink patients* dans leur patientèle (45%) et 15% avaient plus de dix *Heartsink patients*.

Les trois principales difficultés rencontrées étaient : les plaintes multiples, la durée de consultation longue et les mises en échec systématique des propositions thérapeutiques. Une majorité des experts reconnaissaient avoir une prise en charge altérée par un contre-transfert négatif (55%). Les stratégies de prise en charge des *Heartsink patients* développées par les experts étaient multiples : orientation vers des médecins spécialistes ou d'autres professionnels de santé, durée de consultation plus grande et pose d'un cadre de consultation (durée limitée, un ou deux motifs de consultation à la fois...) (*Tableau 4*).

Les médecins interrogés venaient de quatorze centres de santé différents, quatre centres étaient composés de deux ou trois structures et ont donc eu deux ou trois médecins participants. La majorité des structures avaient un psychologue et/ou un psychiatre (80%).

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins généralistes formant le panel d'experts (N=20)

Caractéristiques des experts	n (%)
Sexe	
Hommes	6 (30)
Femmes	14 (70)
Âge	
Moyenne (années)	45,7
Min-Max	30-66
Nombre d'années d'expérience en CDS	
Moyenne (années)	14,7
Min-Max	1-38
Expérience activité libérale	
Oui	17 (85)
Non	3 (15)
Enseignement <i>Heartsink patients</i>	
Études médicales	1 (5)
Formation médicale continue	4 (20)
Mode de rémunération	
Salaire horaire	15 (75)
Autre	5 (25)
Nombre de <i>Heartsink patient</i>/médecin	
Entre 1-5	9 (45)
Entre 5-10	8 (40)
>10	3 (15)

CDS : centre de santé, FPT : fonction publique territoriale, PH : praticien hospitalier

Tableau 4 : Description de la prise en charge des Heartsink patients par les experts

Prise en charge des <i>Heartsink patients</i>	n (%)
Principales difficultés rencontrées avec les <i>Heartsink patients</i>	
Plaintes multiples	19 (95)
Durée de consultation longue	16 (80)
Mise en échec systématique de la prise en charge	15 (75)
Demandes abusives : certificats, examens, arrêts de travail non justifiés...	11 (55)
Refus de soins	9 (45)
Nombre de consultations jugé trop important	7 (35)
Retard en consultation	6 (30)
Motifs de consultation répétés	6 (30)
Autres	4 (20)
Relation entretenue avec les <i>Heartsink patients</i>	
Ma prise en charge est altérée par un contre-transfert négatif	11 (55)
J'essaye de responsabiliser le patient	9 (45)
J'ai une attitude contenante et rassurante	9 (45)
J'ai une attitude plutôt paternelle	3 (15)
Je fais exactement comme pour un autre patient	2 (10)
Autres	6 (30)
Stratégies de consultation établies	
Orientation vers médecins spécialistes ou autres professionnels de santé	11 (55)
Durée de consultation plus grande	10 (50)
Pose d'emblée d'un cadre de consultation (durée limitée, 1-2 motifs de consultation à la fois)	9 (45)
Disponibilité plus importante (consultations, téléphone, visites)	6 (30)
Entretiens avec l'entourage	4 (20)
Écourter la consultation	3 (15)
Autres	7 (35)

Résultats du premier tour

Synthèse

Le premier questionnaire a été envoyé par courriel le 17/11/2014 et les réponses ont été recueillies jusqu'au 24/02/2015.

Le premier tour a permis de trouver un consensus favorable pour six propositions. Les résultats sont présentés dans le *Tableau 5*. À la suite de ce premier tour, un deuxième questionnaire a été élaboré avec neuf anciennes questions et quatre nouvelles questions. Une analyse du texte libre a été effectuée permettant une meilleure compréhension des réponses et la formulation de nouvelles questions. Cette analyse est présentée ci-après pour chaque question de ce premier tour.

Les propositions acceptées au premier tour ont été les suivantes :

- L'exercice pluridisciplinaire en centre de santé apporte un plus dans la prise en charge des *Heartsink patients* (Proposition 1). Un consensus a été obtenu avec une médiane à 5/5 et un taux de réponse entre 4 et 5 à 90%.
- L'organisation d'une consultation entière dédiée à l'élaboration d'un projet de soins améliore la prise en charge des *Heartsink patients* (Proposition 4). Un consensus a été obtenu avec une médiane à 4/5 et avec 65% de réponses entre 4 et 5.
- L'organisation de staff pluridisciplinaire sur les dossiers difficiles (groupe d'analyses et d'échanges sur les pratiques) au sein d'un Centre de santé aide à une meilleure prise en charge des *Heartsink patients* (Proposition 5). Un consensus a été atteint avec une médiane à 4/5 et 85% de réponses entre 4 et 5. Seuls 10% des médecins ont émis une opinion négative.

- L'organisation de groupes Balint au sein du Centre de santé aide à une meilleure prise en charge des *Heartsink patients* (Proposition 6). Un consensus a été atteint avec une médiane à 4/5 et un taux de réponses entre 4 et 5 à 55%. Malgré le consensus obtenu, grâce aux commentaires des experts, une nouvelle question a émergé pour le deuxième questionnaire, proposant aux experts l'organisation de groupes Balint à l'extérieur du centre de santé (Proposition 6 bis).
- L'expérience professionnelle acquise au cours du temps permet une meilleure gestion des *Heartsink patients* (Proposition 7). Un consensus a été atteint avec une médiane à 3/3 et un taux de réponses entre 4 et 5 à 90%.
- Un dossier médical partagé améliore la prise en charge des *Heartsink patients* (Proposition 8). Un consensus a été atteint avec une médiane à 5/5 et un taux de réponses entre 4 et 5 à 90%.

Les propositions n'ayant pas atteint de consensus au premier tour sont les suivantes :

- Une prise en charge par d'autres médecins spécialisés est toujours nécessaire (Proposition 3). La proposition n'a pas atteint de consensus sur un avis défavorable avec une médiane à 3,45% de réponses entre 1 et 2 et 15% entre 4 et 5.
- Proposition systématique, aux *Heartsink patients*, d'une consultation avec un psychologue (Proposition 2). Sur cette question, les experts n'ont pas été en désaccord, mais le consensus n'a pas été atteint, la médiane était à 3/5 avec 50% de réponses équivoques (3/5), 30% entre 4 et 5 et 20% entre 1 et 2. Cette question a donc été reformulée pour le deuxième tour, en demandant aux experts s'ils pensaient que la mise en place d'un suivi par un psychologue était bénéfique pour le patient (Proposition 2 bis). La moyenne des réponses des médecins exerçant en

centre de santé dans lesquels un psychologue ou un psychiatre exerce était de 3,26/5 avec une médiane à 3/5. Celle des médecins exerçant en centre de santé où il n'y a pas de psychologue ni de psychiatre était de 2,6/5 et la médiane était à 3/5.

Les experts ont été en désaccord sur une seule proposition :

- Participation à une formation dédiée à la prise en charge des *Heartsink patients* (Proposition 9). Cette question a récolté 30% de réponses négatives et 55% de réponses positives, ainsi les experts étaient en désaccord. La médiane est à 2/3. La question a donc été reformulée pour le deuxième tour, en proposant aux médecins une formation sur la communication avec les patients en général et non centrée sur les *Heartsink patient* (Proposition 9 bis).

Au vu des propositions faites par les experts, une nouvelle proposition a émergé sur les bénéfices apportés par les médecines alternatives (Proposition 10).

Tableau 5 : Résultats du 1^{er} tour

Propositions	Score moyen (total n=5)	Score médian (total n=5)	Score entre 1 et 2 (%)	Score entre 4 et 5 (%)	Accord	Consensus
Exercice pluridisciplinaire (P1)	4,5	5	0%	90%	oui	oui
Consultation avec psychologue (P2)	3,1	3	20%	30%	oui	non
Consultation avec spécialiste (P3)	2,7	3	45%	15%	oui	non
Consultation projet de soins (P4)	3,8	4	10%	65%	oui	oui
Staff pluridisciplinaire (P5)	4,3	4	10%	85%	oui	oui
Groupes Balint (P6)	3,5	4	15%	55%	oui	oui
Dossier médical partagé (P8)	4,5	5	5%	90%	oui	oui

Propositions	Score moyen (total n=3)	Score médian (total n=3)	score à 1 (%)	Score à 3 (%)	Accord	Consensus
Expérience professionnelle (P7)	2,9	3	0%	90%	oui	oui
Formation Heartsink patients (P9)	2,3	2	30%	55%	non	non

P : proposition

Analyse qualitative des propositions acceptées au premier tour

Chaque citation ou verbatim est un commentaire exprimé par un expert, qu'il soit approuvé ou pas par les autres participants. Les citations ont été choisies car elles étaient représentatives des idées récurrentes émanant des discussions.

Concernant l'exercice pluridisciplinaire, la principale idée émergente des commentaires faits par les experts était l'importance de l'échange en direct avec les confrères sur les situations vécues, ces échanges semblaient apporter un réel bénéfice quant à leurs satisfactions au travail et leur permettaient de prendre du recul sur certaines situations. Il est apparu que le fait de travailler en groupe permettrait de proposer des prises en charges variées en conservant le même cadre de consultation. Le centre de santé permettrait d'avoir certains avantages quant à l'organisation du travail (*Tableau 6*). Un temps de discussion pluridisciplinaire paraissait être une voie de prise en charge majeure pour les *Heartsink patients*. Cela permettait une réflexion plus riche. Si le patient était réticent à rencontrer d'autres spécialistes, cela permettrait d'avoir les avis d'experts attendus. Certaines limites apparaissaient à la mise en pratique de tels staffs, tels que le temps ou les moyens financiers. Dans le cadre des *Heartsink patients*, un expert était plutôt contre l'idée d'un staff pluridisciplinaire, car selon lui le problème résiderait dans l'interface faussée entre le médecin et son patient (*Tableau 7*). Concernant les groupes Balint, une limite à son utilisation au sein d'un centre de santé a été évoquée du fait qu'il ne pouvait être envisagé que de façon anonyme et donc extérieur à une institution. A également été évoqué le manque de temps, pour les praticiens, de participer à ce genre de réunion. Un expert a proposé une alternative aux groupes Balint : la supervision d'équipe par un psychiatre (*Tableau 8*).

Trois autres points ont pu être analysés de manière qualitative. Premièrement, l'élaboration d'un projet de soins était un temps de consultation indispensable, nécessitant pour certains médecins plusieurs consultations. Deux limites ont été exprimées à la réalisation de cette consultation : le temps et l'adhésion du patient (*Tableau 9*). Deuxièmement, l'expérience professionnelle permettrait, selon les experts, d'acquérir une meilleure connaissance de soi, d'améliorer sa communication et sa compréhension des patients, ainsi qu'une meilleure gestion de son temps. Il a également été évoqué l'importance de l'apprentissage de savoir dire « non » (*Tableau 10*). Troisièmement, l'utilisation du dossier médical partagé permettrait d'identifier rapidement les problèmes récurrents. Mais cela pourrait induire un biais : les médecins novices du patient pourraient avoir d'emblée des préjugés négatifs (*Tableau 11*).

Tableau 6 : Commentaires sur l'influence de l'exercice pluridisciplinaire dans la gestion des Heartsink patients (Proposition 1)

Numéro de la citation	Thèmes	Verbatim
Citation 1	Échanges avec confrères	« F 38 ans : C'est surtout l'échange avec mes collègues généralistes qui apporte un plus. »
Citation 2	Aide à prendre du recul	« F 33 ans : Échange avec les pairs qui aide à prendre du recul et à replacer la relation médecin-patient sur le plan d'objectifs objectifs et à ne pas se laisser déborder. » « F 52 ans : Soutien mutuel [...] projets communs, cohésion d'équipe. »
Citation 3	Proposition de varier la prise en charge	« H 66 ans : Permet de dire aux patients qu'il existe d'autres praticiens susceptibles de répondre mieux à leurs attentes. » « F 36 ans : Adresser à un confrère pour consulter quelqu'un d'autre et voir s'il se sent plus à l'aise. »
Citation 4	Équipe pluriprofessionnelle	« F 51 ans : Avoir des consultations avancées d'une autre structure (ex-psychiatre du CMP-Pass psy) permet de faciliter le passage de l'un à l'autre. Avoir une médiatrice santé à qui on peut passer le relais sur les aspects non médicaux. » « F 53 ans : Les infirmières sur site connaissent en général bien le patient et peuvent nous donner un éclairage autre du patient. »
Citation 5	Organisation de la structure	« F 53 ans : Possibilité de consultation en urgence, sollicitation des praticiens hospitaliers dans le cadre des conventions ville hôpital. » « F 61 ans : Organisation temps collectifs pour élaboration d'une culture commune. »

F : Femme, H : Homme

Tableau 7 : Commentaires sur l'organisation de staff pluridisciplinaire sur les dossiers difficiles au sein d'un centre de santé dans la gestion des Heartsink patients (Proposition 5)

Numéro de la citation	Thèmes	Verbatim
Citation 6	Ouvertures extérieures	« F 38 ans : Situations où on a particulièrement besoin de regards extérieurs. » « F 33 ans : Aide [...] à se débarrasser du contre-transfert. »
Citation 7	Avoir avis de spécialistes	« F 33 ans : Avis de spécialistes que le patient ne veut pas consulter. »
Citation 8	Problème de temps/moyens	« F 36 ans : Encore faut-il avoir les moyens de mettre ceci en place. » « F 52 ans : Pas le temps en pratique. »
Citation 9	Interface médecin-patient faussée	« F 63 ans : Le problème des patients difficiles est qu'il y a souvent inversion des rôles. Le médecin devenant le patient et le patient le prescripteur. C'est l'interface médecin-patient qui est faussée. »

F : Femme, H : Homme

Tableau 8 : Commentaires sur l'organisation de groupes Balint au sein du centre de santé pour la prise en charge des Heartsink patients (Proposition 6)

Numéro de la citation	Thèmes	Verbatim
Citation 10	Extérieur à structure	« F 61 ans : Je pense qu'un groupe Balint nécessite une neutralité des autres membres du groupe. Dans une équipe qui travaille ensemble au quotidien, des tensions, des rivalités sont inévitables et parasitent l'élaboration psychique collective. »
Citation 11	Problème de temps	« F 61 ans : Mais que cela soit sur le temps de travail »
Citation 12	Alternative supervision d'équipe	« F 39 ans : Aussi auprès de notre psychiatre qui fait avec nous de l'analyse des pratiques. » « F 61 ans : Ou alors il faut un psy institutionnel, mais ce n'est plus un groupe Balint, c'est une supervision. »

F : Femme, H : Homme

Tableau 9 : Commentaires sur l'organisation d'une consultation entière dédiée à l'élaboration d'un projet de soins dans la gestion des Heartsink patients (Proposition 4)

Numéro de la citation	Thèmes	Verbatim
Citation 13	Temps de consultation nécessaire	« F 36 ans : Permettre de formuler leur demande et de répondre aux questions : qu'est-ce que je peux faire pour vous ? et qu'attendez-vous de mes soins ? »
Citation 14	Au fur et à mesure	« F 61 ans : Ce type de patient est difficile à mobiliser sur une consultation, même longue. Il faut avancer progressivement, prendre le temps de se connaître. Cela permet aussi de faire bouger nos lignes comme les siennes. C'est ce qu'on appelle la dialectique, je crois. »
Citation 15	Problème de temps	« F 52 ans : Mais envisager une consultation entière me semble difficile à cause d'un manque de temps. »
Citation 16	Problème d'adhésion du patient	« H 37 ans : Le patient n'adhère pas nécessairement à cette vision. »

F : Femme, H : Homme

Tableau 10 : Commentaires sur l'expérience professionnelle acquise au cours du temps dans la gestion des Heartsink patients (Proposition 7)

Numéro de la citation	Thèmes	Verbatim
Citation 17	Meilleure connaissance de soi	« F 36 ans : On connaît notre distance dans la relation médecin-patient et du coup, on sait se protéger. »
Citation 18	Plus grande tolérance	« F 57 ans : Acceptation que le patient ne tient pas vraiment à aller mieux. » « H 36 ans : On apprend qu'on ne peut pas prendre en charge le patient « contre son gré » »
Citation 19	Meilleure communication	« F 38 ans : Mon expérience professionnelle m'a permis d'améliorer mon savoir-être, ma communication médecin-patient dont la communication avec ces patients. »
Citation 20	Meilleure compréhension des patients	« F 51 ans : Permet de mieux appréhender ce qui se joue dans la relation entre le médecin et le patient, d'avoir le recul nécessaire par rapport à des échecs répétés. » « H 66 ans : On comprend mieux l'angoisse qui est le plus souvent derrière cette attitude des patients. »
Citation 21	Meilleure gestion du temps	« F 39 ans : Plus de facilité à guider et éviter les débordements lors d'une consultation et à décider la fin d'une consultation. »

F : Femme, H : Homme

Tableau 11 : Commentaires sur l'utilisation d'un dossier médical partagé dans la prise en charge des Heartsink patients (Proposition 8)

Numéro de la citation	Thèmes	Verbatim
Citation 22	Bénéfique à l'ensemble des patients	« F 38 ans : Le dossier médical partagé améliore la prise en charge de TOUS les patients. » « F 52 ans : Essayer d'avoir un projet commun pour un patient. »
Citation 23	Identification rapide de problèmes récurrents	« H 36 ans : (Bénéfique) surtout quand plusieurs médecins sont consultés pour des plaintes récurrentes de même nature. » « F 63 ans : Permet aux autres médecins d'appréhender certaines difficultés qu'ils peuvent rencontrer auprès de nos patients. »
Citation 24	Risque de préjugés	« F 36 ans : Risque d'affecter la perception du patient d'un autre praticien avec lequel ça pourrait bien se passer. »

F : Femme, H : Homme

Analyse qualitative des propositions n'ayant pas atteint le consensus

Globalement, les experts s'accordaient à dire qu'un suivi par un spécialiste n'était à évaluer qu'au cas par cas, et pas à titre systématique. La recherche du ou des motifs réels de la demande et des bénéfices secondaires est apparue comme essentielle. Ce recours est parfois utilisé par les médecins pour se rassurer sur leur bonne pratique. Un médecin a souligné que la prise en charge de ces patients était une spécificité de la médecine générale (*Tableau 12*).

Concernant le suivi par un psychologue, les médecins ont été gênés par la formulation de la question qui proposait un suivi systématique par un psychologue. Selon eux, il s'agirait d'un suivi à proposer au cas par cas. Les experts ont identifié plusieurs freins empêchant d'adresser un patient en consultation chez un psychologue : le manque de correspondants disponibles et le problème du coût d'une thérapie. Les médecins ont également rapporté une représentation négative des patients du suivi par un psychothérapeute, ne facilitant pas cette proposition thérapeutique (*Tableau 13*).

Tableau 12 : Commentaires sur la nécessité d'une prise en charge par d'autres médecins spécialisés (Proposition 3)

Numéro de la citation	Thèmes	Verbatim
Citation 25	Non systématique	« F 61 ans : S'il s'agit de psychiatres cela peut prendre du temps, pour les autres c'est selon les pathologies mises en avant. » « H 66 ans : Cela dépend de la pathologie. »
Citation 26	Motif(s) réels(s) de la demande, bénéfice secondaire	« F 38 ans : Souvent tendance à adresser ce type de patient à un ou des spécialistes car il nous met en échec, donc on a tendance à le renvoyer vers le spécialiste pour s'en débarrasser, mais cela ne fait souvent qu'entretenir ou aggraver les choses. » « F 39 ans : Attention aussi à la multiplication des bilans due à la multiplication des intervenants pouvant maintenir le patient dans la croyance d'une pathologie organique. »
Citation 27	Permet de rassurer le médecin	« F 39 ans : Permet de me rassurer moi médecin [...] et de porter à plusieurs le poids d'un patient lourd. »
Citation 28	Spécialité de la médecine générale	« F 38 ans : Les spécialistes sont encore moins à même que nous ou moins formés que nous pour prendre en charge ce type de patients. »

F : Femme, H : Homme

Tableau 13 : Commentaires sur le suivi par un psychologue des Heartsink patients (Proposition 2)

Numéro de la citation	Thèmes	Verbatim
Citation 29	Non systématique	« F 51 ans : Cela dépend cependant de la situation, le timing au cours de la prise en charge est aussi à adapter individuellement. »
Citation 30	Problème d'accès/coût	« F 38 ans : L'accès à une consultation avec un psychologue reste compliqué : peu de correspondants psychologues, problème du coût [de la consultation]. »
Citation 31	Mauvaise perception	« F 33 ans : La proposition consultation psychologue est souvent mal vécue par eux [les patients], j'ai l'impression que c'est une façon détournée de les éloigner de ma consultation. » « F 63 ans : Envoyer le patient d'emblée vers un psychologue risque d'être mal perçu, de le braquer et donc d'obtenir le contraire de ce que l'on souhaite. »

F : Femme, H : Homme

Résultats du deuxième tour

Synthèse

Dix-neuf médecins ont répondu au deuxième tour, soit un taux de participation de 95% par rapport au premier tour. Le deuxième questionnaire a été envoyé le 15/03/2015 et les réponses ont été recueillies jusqu'au 11/04/2015. Une relance a été effectuée.

Il était composé de treize questions. Les questions du premier tour étaient présentées avec un résumé des réponses du groupe et de la réponse du participant, permettant aux participants de réviser ou pas leurs jugements en fonction des résultats du premier tour. Deux questions, qui n'avaient pas atteint de consensus, ont été reformulées. Deux nouvelles questions ont été ajoutées au vu des commentaires des experts lors du premier tour. La synthèse du deuxième tour correspond au *Tableau 14* et la synthèse des deux tours Delphi est présentée dans le *Tableau 15*.

Les révisions de jugement pour les questions acceptées lors du premier tour n'ont pas apporté de modification majeure. Une question du premier tour a été rejetée. Trois questions ont été acceptées et une question n'a pas atteint de consensus. L'analyse du texte libre est également présentée ci-après.

Les propositions supplémentaires acceptées au deuxième tour ont été les suivantes :

- Lorsqu'un suivi psychologique est mis en place, cela est bénéfique à la prise en charge des *Heartsink patients* (Proposition 2 bis). Un consensus a été atteint avec une médiane à 4/5 et un taux de réponses entre 4 et 5 à 68%.

- Une formation sur la communication avec les patients est utile aux médecins pour mieux prendre en charge les *Heartsink patients* (Proposition 9 bis). Un consensus a été atteint avec une médiane à 4/5 et un taux de réponses entre 4 et 5 à 84%.
- L'ouverture vers des thérapies alternatives permet d'améliorer la prise en charge des *Heartsink patients* (Proposition 10). Un consensus a été atteint avec une médiane à 4/5 et un taux de réponses entre 4 et 5 à 69%.

Une proposition n'a pas atteint de consensus :

- L'organisation de groupes Balint à l'extérieur du centre de santé aide à une meilleure prise en charge des *Heartsink patients* (Proposition 6 bis). La médiane était à 3/5, le taux de réponses entre 4 et 5 à 42% et 47% de réponse à 3/5. Huit experts n'ont pas révisé leur avis (42%), cinq experts ont revu leur jugement à la hausse (26%) et six à la baisse (32%).

Une seule proposition a été rejetée :

- « Une prise en charge par d'autres médecins spécialisés est toujours nécessaire » (Proposition 3). La révision des jugements du deuxième tour n'a pas apporté de modifications aux résultats. Une majorité non absolue est opposée à cette proposition (47%). En tenant compte des commentaires libres, cette proposition a donc été rejetée.

Tableau 14 : Résultats du deuxième tour

Propositions	Score moyen (total n=5)	Score médian (total n=5)	Score entre 1 et 2 (%)	Score entre 4 et 5 (%)	Accord	Consensus
Exercice pluridisciplinaire (P1)	4,6	5	0%	95%	oui	oui
Consultation avec psychologue (P2)	3,1	3	21%	32%	oui	non
Suivi psychologique (P2 bis)	3,9	4	0%	68%	oui	oui
Consultation avec spécialiste (P3)	2,6	3	47%	16%	oui	oui
Consultation projet de soins (P4)	3,8	4	11%	69%	oui	oui
Staff pluridisciplinaire (P5)	4,5	5	5%	95%	oui	oui
Groupes Balint (P6)	3,4	4	16%	53%	oui	oui
Groupes Balint extérieur (P6 bis)	3,4	3	11%	42%	oui	non
Dossier médical partagé (P8)	4,6	5	5%	95%	oui	Oui
Formation communication (P9 bis)	4,3	4	0%	84%	oui	Oui
Thérapies alternatives (P10)	3,7	4	11%	69%	oui	Oui

Propositions	Score moyen (total n=3)	Score médian (total n=3)	score à 1 (%)	Score à 3 (%)	Accord	Consensus
Expérience professionnelle (P7)	2,9	3	0%	95%	oui	Oui
Formation <i>Heartsink patients</i> (P9)	2,2	2	32%	53%	non	Non

P : proposition

Tableau 15 : Résultats totaux de la méthode Delphi

Propositions	1 ^{er} Tour		2 ^e Tour		Résultats
	Médiane	% réponses 4-5	Médiane	% réponses 4-5	
Exercice pluridisciplinaire (P1)	5	90%	5	95%	Acceptée 1 ^{er} tour
Consultation avec psychologue (P2)	3	30%	3	32%	
Suivi psychologique (P2 bis)			4	68%	Acceptée 2 ^e tour
Consultation avec spécialiste (P3)	3	15%	3	16%	Rejetée 2 ^e tour
Projet de soins (P4)	4	65%	4	69%	Acceptée 1 ^{er} tour
Staff pluridisciplinaire (P5)	4	85%	5	95%	Acceptée 1 ^{er} tour
Groupes Balint (P6)	4	55%	4	53%	Acceptée 1 ^{er} tour
Groupes Balint extérieur (P6 bis)			3	42%	pas de consensus
Expérience professionnelle (P7)	3 sur 3	90%	3	95%	Acceptée 1 ^{er} tour
Dossier médical partagé (P8)	5	90%	5	95%	Acceptée 1 ^{er} tour
Formation <i>Heartsink patients</i> (P9)	3 sur 3	55%	3	53%	
Formation communication (P9 bis)			4	84%	Acceptée 2 ^e tour
Thérapies alternatives (P10)			4	69%	Acceptée 2 ^e tour

Analyse qualitative des propositions acceptées au deuxième tour

Un suivi psychologique a été estimé pertinent dans la prise en charge des *Heartsink patients*. Par contre, il n'y a pas eu de consensus sur le bénéfice potentiel d'un tel suivi. La possibilité d'échange entre le médecin et le psychologue est apparue comme essentielle dans la mise en place de ce suivi (*Tableau 16*).

Concernant les thérapies alternatives, il a été souligné l'importance d'une réflexion médicale préalable à leurs utilisations et de les envisager qu'en relais de la médecine conventionnelle (*Tableau 17*).

Analyse qualitative de la proposition n'ayant pas atteint le consensus

Concernant les groupes Balint à l'extérieur du centre de santé, il existait une division de l'opinion des experts. Certains trouvaient des avantages à faire le groupe Balint au sein de la structure, d'autres moins. Certains même ne voyaient pas d'influence du lieu où se déroulerait le groupe de parole. Quelques experts ne se sentaient pas assez connaisseurs de la méthode pour se positionner (*Tableau 18*).

Tableau 16 : Commentaires sur le bénéfice sur la prise en charge des Heartsink patients d'un suivi psychologique déjà mis en place (Proposition 2 bis)

Numéro de la citation	Thèmes	Verbatim
Citation 1	Bénéfique si médecin ou patient à l'initiative	« F 38 ans : Si c'est le patient qui est demandeur de cette prise en charge et est donc " moteur " [...] cela peut être bénéfique. » « H 66 ans : Lorsque je suis à son initiative, j'oriente le patient vers des psychologues dont je connais la façon de travailler. »
Citation 2	Dépend de la prise en charge	« F 52 ans : Cela dépend de chaque patient, il y a eu des bénéfiques mais pas toujours. »
Citation 3	Échanges médecin/psychologue	« F 38 ans : On pourra, si le patient est d'accord, échanger avec le psychologue, ce qui peut bien sûr aider à prendre en charge ce type de patient. »

F : Femme, H : Homme

Tableau 17 : Commentaires sur les thérapies alternatives dans la prise en charge des Heartsink patients (Proposition 10)

Numéro de la citation	Thèmes	Verbatim
Citation 4	Si réflexion médicale antérieure	« H 66 ans : Sur les thérapies alternatives [...], je crois que tant qu'il y a préalablement un vrai examen médical, on peut y recourir. Leur danger est de les utiliser en première intention sans vraie réflexion médicale. »
Citation 5	En relais de la médecine conventionnelle	« F 37 ans : Dans les cas fréquents dans lesquels le mal-êtré prend une part importante chez un patient auquel on sent que l'on n'apporte plus rien. »

F : Femme, H : Homme

Tableau 18 : Commentaires sur l'organisation de groupes Balint à l'extérieur du centre de santé (Proposition 6 bis)

Numéro de la citation	Thèmes	Verbatim
Citation 6	Avantages Balint au sein du centre	« F 37 ans : Pourquoi pas, mais les groupes au sein du centre permettraient de renforcer la cohésion de l'équipe et la prise en charge conjointe des patients. »
Citation 7	Avantages Balint à l'extérieur	« H 66 ans : Lorsque les patients sont connus par plusieurs professionnels du centre, le groupe Balint risque d'être pollué et de tourner à l'étude de cas. D'où l'intérêt de le faire à l'extérieur et avec des professionnels d'autres centres ou isolés. »
Citation 8	Pas d'influence du lieu	« F 36 ans : [groupe Balint à l'extérieur des centres de santé] Oui, car ça pourrait juste faciliter la faisabilité, en termes de moyens. » « F 33 ans : Ce qui compte en Balint n'est pas l'institution... l'avantage de Balint à l'extérieur est que l'on est sûr que le patient n'est pas connu des autres professionnels, cela est aussi une limite. »
Citation 9	Méconnaissance	« F 40 ans : Je connais mal ce type d'approche pour m'en saisir. »

F : Femme, H : Homme

Discussion

La méthode Delphi a permis d'obtenir les six recommandations générales suivantes pour la prise en charge des *Heartsink patients* en centre de santé :

- Favoriser un exercice pluri-disciplinaire et en particulier l'organisation de staffs pluri-disciplinaires sur les dossiers difficiles (groupe d'analyses et d'échanges sur les pratiques ou groupes Balint).
- Utiliser un dossier médical partagé.
- Se former à la communication avec les patients.
- Organiser une consultation entière dédiée à l'élaboration d'un projet de soins.
- Utiliser des thérapies alternatives.
- Mettre en place un suivi psychologique.

Certaines de ces recommandations ont déjà pu être évaluées.

Une étude espagnole de 2008, dirigée par le Dr Bellón, suggérait que la participation des médecins à une formation dédiée à une meilleure communication avec les *FA* et la mise en place de discussions d'équipe, diminuaient le nombre de consultations par an des *FA* (13 vs 19 consultations/année), reflétant une prise en charge plus efficiente de la part des médecins (57). En 1995, une autre étude a pu mettre en évidence une association entre certaines caractéristiques des médecins et leur nombre de *Heartsink patients*. Selon cette étude, 60% des *Heartsink patients* seraient liés à quatre critères dépendant du médecin : une perception élevée de la charge de travail, une mauvaise satisfaction au travail, un manque de formation dans le domaine de la communication et du conseil et un manque de qualification postdoctorale (18). La participation à des formations médicales ayant pour but

d'améliorer la communication médecin-patient semblait attractive pour les médecins. L'objectif final serait la création d'une alliance thérapeutique basée sur la confiance et la coopération entre le médecin et le patient (13).

Dans la littérature, il a été mis en évidence qu'adresser les patients à des conseillers ou à des psychologues est une ressource intéressante, entre autres, pour des problèmes d'addictions ou de conflits conjugaux (58). Dans le cadre des pathologies chroniques, une étude s'est intéressée aux patients atteints de sclérose en plaque et a pu démontrer que le suivi psychologique permettait de diminuer les symptômes de la dépression ou de l'anxiété et d'améliorer l'amour-propre de ces patients (59). De même, une autre étude de 1992 a montré que le suivi psychologique des patients atteints d'un cancer améliorait, au moins à court terme, les mesures psychologiques du stress : le sentiment d'impuissance, la préoccupation anxieuse, le fatalisme et l'anxiété (60). Chez les patients ayant des troubles somatoformes, une thérapie cognitivo-comportementale individuelle ou en groupe apportait de meilleurs résultats qu'un suivi habituel par un médecin généraliste (61). Dans notre étude, la proposition d'adresser les *Heartsink patients* à des psychologues ou des médecins spécialistes a permis d'ouvrir un débat riche et intéressant. L'importance d'adapter une telle recommandation à la situation du patient est apparue primordiale. Il serait nécessaire de prescrire au cas par cas un suivi par un psychologue ou de demander un avis médical (à autres spécialistes ou à un confrère médecin généraliste). La possibilité d'un bénéfice d'une prise en charge par plusieurs praticiens semblerait facilitée par l'unicité de lieu d'un centre de santé. Ce, d'autant plus que le centre de santé bénéficie d'un dossier médical partagé.

En effet, l'utilisation d'un dossier médical partagé est une question d'actualité. Cet outil n'a pas été évalué dans la prise en charge des *Heartsink patients*. Par contre, dans une étude

américaine récente, il a été retrouvé une amélioration significative de l'observance aux traitements antirétroviraux chez des patients ayant un suivi avec l'utilisation d'un dossier médical partagé (62). D'autre part, une étude danoise réalisée auprès de 220 médecins généralistes proposait l'introduction d'une consultation dédiée à la discussion du projet de soins actuel et futur des FA. Elle a conclu que cela avait un effet positif sur la santé des patients et diminuait leur fréquence de consultation (63). Actuellement la plupart experts interrogés discutent du projet de soins avec le patient au fil des consultations.

Selon le Dr Corney, la méthode Balint serait très utile aux médecins car elle les amènerait à analyser leurs sentiments dans les relations difficiles (64). Une étude interventionnelle danoise de 2005 a retrouvé chez 43 médecins généralistes une amélioration de leur attitude face aux patients présentant des troubles somatoformes, après la participation à des groupes type Balint. Les paramètres modifiés, de façon significative, chez les médecins, étaient ceux du plaisir pris au travail, de l'anxiété et du sentiment de prise en charge facilitée des patients somatiseurs (65). D'après une étude finlandaise, les médecins généralistes seraient plus demandeurs de supervision clinique type Balint que les médecins d'autres spécialités (42% vs 29%) (66). Dans notre étude, la proposition de participer à des groupes Balint a été acceptée mais un nombre non négligeable d'experts s'est positionné contre. Cette méthode est cependant reconnue dans la littérature comme améliorant la gestion des relations difficiles (21,46,64,65,67). Le groupe de discussion Balint resterait un choix personnel plutôt attractif pour les médecins généralistes (46). Certains suggèrent que dans les relations conflictuelles, le groupe Balint offrirait plus d'interrogations que de réponses, déconseillant son utilisation pour ces situations (58). Différents freins ont pu être identifiés par les experts : le manque de moyens, le manque de temps, la nécessité de la neutralité des autres participants ou du lieu de rencontre. La conclusion différente des experts par rapport

à la littérature pourrait être expliquée par le fait qu'il existerait en centre de santé d'autres possibilités d'échanger avec ses confrères. Certains sont organisés comme la supervision d'équipe ou l'analyse des pratiques avec un psychologue ou un psychiatre, et d'autres sont plus informels comme les échanges directs entre deux consultations ou ceux « autour de la machine à café ».

Plus que *Heartsink patients*, c'est la notion de *Heartsink relationship*, voire même de *Heartsink medicine* qui est discutée dans la littérature (19,55,68,69). Dans ces relations difficiles, le phénomène de contre-transfert est souvent important (5,19). Le conflit peut naître du fait que les attentes de chaque partie sont différentes. Les médecins tirent satisfaction de leur métier à différents niveaux. Pour certains, il s'agit de l'intérêt de la démarche intellectuelle face à un cas, pour d'autre le sens de la finitude ou bien encore le désir d'aider les gens (45). Comme l'expliquent Butler et Evans, qui ont une approche plus philosophique, le phénomène *Heartsink* réside dans la relation médecin-patient où le terme *Heartsink* provient du sentiment d'impuissance que les médecins ont face à ces patients. Selon les auteurs, ces patients ayant de problèmes psychologiques, sociaux et d'ordre spirituels, cherchent leur salut dans le champ biomédical (45). Il s'agit donc d'un conflit entre les fondements philosophiques des médecins et des attentes concrètes des patients sur l'amélioration de leurs symptômes (45). En pratique, la prise en compte et l'acceptation de la souffrance du patient (quelles que soient l'origine ou la représentation de cette souffrance) permettrait d'améliorer sa prise en charge. Quelles que soient les motivations à être médecin, les comportements médicaux ne sont pas toujours centrés sur l'empathie, parfois les médecins peuvent être stressés, avoir des problèmes personnels, être déprimés, voire en « *burn-out* » et dans ce cas, être moins réceptifs aux problèmes d'autrui (17,18). D'ailleurs, une étude a permis de montrer une association entre des caractéristiques liées au

médecin et la proportion de *Heartsink patients* dans leur patientèle. Les médecins jeunes, inexpérimentés, ayant un niveau de stress élevé, une tendance au perfectionnisme, un fort désir d'être aimé, une mauvaise satisfaction au travail et peu de qualification postdoctorale auraient plus de *Heartsink patients* (18,31,69). Pour des raisons qui leur échappent, les médecins peuvent développer une empathie plus importante avec certains patients ou, à l'inverse, être rejetants avec d'autres. Le fait d'être intolérant à un type de comportement ou à un groupe de patients fait aussi partie de leur vécu personnel.

De même, en comparaison avec la population générale, les *Heartsink patients* sont généralement plus vieux et la proportion de femmes est plus importante. Ils ont une utilisation plus fréquente du système de soins avec des pathologies chroniques plus nombreuses. Un plus grand nombre de troubles somatoformes, psychologiques ou de troubles de la personnalité y est représenté (5,21,55,70). Certaines de ces caractéristiques sont communes à la population fréquentant les centres de santé. L'étude Épidaure de 2009 avait pour but de comparer les caractéristiques sociodémographiques des patients consultant en centre de santé par rapport à l'ensemble de la population consultant en médecine générale (71). Il en ressort que ces patients ont plus souvent des pathologies lourdes et évoluées. Le taux de précarité, mesuré par le score Epices, y est plus élevé, 60% vs 40%. La précarité est corrélée à un recours à la médecine générale plus élevé, surtout pour les individus présentant un score Epices très élevé. Les patients recourant aux centres de santé sont plus fréquemment des femmes (59% vs 55%), en moyenne légèrement plus jeunes (45 ans vs 48 ans), avec un niveau d'éducation moins élevé (21% ont atteint un niveau d'études au moins égal à Bac + 2 vs 24%). Enfin 46% déclarent un état de santé moyen à très mauvais contre 29% en population générale (71). Ce constat justifie l'intérêt d'une étude sur la prise en charge des *Heartsink patients* en centre de santé.

L'étude présente plusieurs limites. Premièrement, l'utilisation de la méthode Delphi en induisait certaines, dont le biais de sélection lié au processus de recrutement et l'absence de débat entre les participants (48,72). Deuxièmement, le taux de participation à l'étude était relativement faible (15%). Cependant, en comparant avec le taux de réponse globale aux courriels envoyés par la FNCS, celui-ci était tout à fait correct, la moyenne se situant aux alentours de 10%. Troisièmement, l'étude s'était limitée à la gestion des *Heartsink patients* en centre de santé et non en population de médecine générale globale. L'étude s'est donc orientée sur un type d'exercice particulier et n'est peut-être pas transposable à d'autres types d'exercice : hospitalier ou libéral. Le fait d'avoir choisi de se limiter à l'exercice en centre de santé peut également être une force de l'étude. Il s'agit d'un parti pris assumé. Les centres de santé sont des structures de soins primaires multiprofessionnelles, pratiquant le tiers payant et ayant, donc, un accès au soin facilité pour les classes socio-économiques plus défavorisées (73). La patientèle de ces centres de santé comprend des *Heartsink patients*. Nous étions partis de l'hypothèse qu'il existerait des ressources propres aux centres de santé permettant une prise en charge facilitée des *Heartsink patients*, comme par exemple : un accès facilité aux spécialistes, aux paramédicaux ; une accessibilité facilitée pour les patients du fait du tiers payant et une plus grande disponibilité des médecins du fait de leur salariat. Une autre force de l'étude était l'utilisation de la méthodologie Delphi. Elle offre les avantages d'une mise en commun de réflexions et d'un échange d'opinions, sans les travers des échanges en groupe (48). Le coût de la méthode est limité. Il n'existe pas de limitation géographique, l'anonymat des experts est conservé. La méthode Delphi apporte la quasi certitude d'obtenir un consensus à l'issue des questionnaires successifs. L'information recueillie était riche et pertinente, l'opinion des déviants était, en termes prospectifs, plus pertinente que celle « rentrant dans le rang » (74).

Conclusion

Tous les médecins généralistes ont déjà eu l'expérience d'une relation médecin-patient difficile, voire conflictuelle. Ces relations laissent un goût amer avec le risque d'une prise en charge non adaptée pour les patients et un sentiment de travail non accompli pour le médecin.

Les caractéristiques des patients liées à ces situations difficiles sont plus souvent retrouvées auprès de la population fréquentant les centres de santé. De plus, ces structures offrent la possibilité d'un travail en groupe et le développement de projets de soins en commun.

L'utilisation d'une méthode Delphi a permis de formuler six recommandations pour la prise en charge des *Heartsink patients* en centre de santé. La mise en place de certaines de ces recommandations semble facilitée par l'exercice en centre de santé, comme le travail en groupe pluri-professionnel (staffs pluridisciplinaires ou groupes Balint). En dehors des réunions formelles, le travail quotidien en équipe permet d'apporter un soutien et offre la possibilité de faire avancer des situations *a priori* en échec, grâce aux regards extérieurs. Ces structures disposent de dossiers médicaux partagés facilitant la compréhension et la gestion de certaines situations. Un travail personnel des médecins reste nécessaire dans leur formation à la communication avec les patients et dans l'organisation de leurs consultations.

Pour clore sur une touche plus optimiste, certains auteurs se sont intéressés à étudier le type de patient opposé aux *Heartsink patients*, qu'ils ont désignés comme les *Heartlift patients*, ceux dont les caractéristiques rendent l'exercice de la médecine agréable. De façon générale, il en ressort que les médecins généralistes tirent satisfaction de leurs connaissances profondes de leurs patients et d'avoir la capacité de répondre de manière globale à leurs problèmes. Les patients jugés « *Heartlift* » sont pour certains ceux qui sont

aimables au sens large du terme, ceux qui représentent un défi pour leur pratique ou encore ceux dont la relation médecin-patient a évolué favorablement au cours du temps (75). Finalement, ces *Heartsink patients* que les médecins généralistes redoutent le plus pourraient devenir parmi les plus appréciés et de même, les relations conflictuelles pourraient être les plus enrichissantes si la prise en charge s'améliorait (31).

Annexes

Annexe 1 : DDPHQ-10 VF (Difficult Doctor-Patient Relationship

Questionnaire-10 Version française)

	Pas du tout					Beaucoup
1. À quel point vous réjouissez-vous à l'idée que ce patient revienne vous voir en consultation ?*	1	2	3	4	5	6
2. À quel point trouvez-vous ce patient frustrant ?	1	2	3	4	5	6
3. À quel point ce patient est-il manipulateur ?	1	2	3	4	5	6
4. Dans quelle mesure êtes-vous frustré par l'aspect « vague » des plaintes de ce patient ?	1	2	3	4	5	6
5. À quel point ce patient a-t-il un comportement autodestructeur ?	1	2	3	4	5	6
6. Vous surprenez-vous à espérer secrètement que ce patient ne reviendra pas ?	1	2	3	4	5	6
7. À quel point vous sentiez-vous à l'aise lorsque vous étiez avec ce patient ?*	1	2	3	4	5	6
8. À quel point la prise en charge de ce patient est-elle chronophage ?	1	2	3	4	5	6
9. À quel point vous sentez-vous enthousiaste à l'idée de prendre en charge ce patient ?*	1	2	3	4	5	6
10. À quel point est-il difficile de communiquer avec ce patient ?	1	2	3	4	5	6

Échelle : 10-60 (après correction des valeurs des items marqués par un astérisque) Score ≥ 30 :

relation difficile

Annexe 2 : Courriel pour le recrutement des médecins

Bonjour,

Dans le cadre d'une étude sur la prise en charge des « *Heartsink patients* » (patients exaspérants ou difficiles), je cherche à recruter un médecin généraliste par centre de santé (s'il existe plusieurs structures distinctes au sein du centre, le recrutement peut-être élargi à un médecin généraliste par structure). Ce médecin sera considéré comme expert, c'est-à-dire qu'il devra avoir rencontré à plusieurs reprises ce type de patient. La participation de ce médecin expert consistera à répondre à un questionnaire semi-dirigé par mail. En fonction des réponses, deux autres mails seront envoyés et permettront de définir un consensus de prise en charge de ces patients parmi tous les médecins experts recrutés, à partir de la méthode Delphi. Les réponses resteront évidemment anonymes. À partir de la réception du mail, le médecin nommé aura quinze jours pour répondre à ce premier questionnaire.

Je suis actuellement médecin généraliste au centre municipal de santé de Nanterre et ce travail rentre dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

La prise en charge de ces patients est difficile et il existe peu de littérature sur ce sujet. Nous espérons que ce travail aidera le plus grand nombre et comptons sur votre participation et votre enthousiasme.

Je vous ai invité à remplir le formulaire **Comment proposer une prise en charge consensualisée des *Heartsink patients* dans un centre de santé?** Pour le remplir, allez à : https://docs.google.com/forms/d/1Ubhpfh5Gzpqahp5TYxVzArQKnaeuKOA69zVgOpR4Q/vjwform?c=0&w=1&usp=mail_form_link (Si le lien n'est pas actif, faites un copier/coller et reportez-le directement dans la barre d'adresse.)

Annexe 3 : Résumé de la thèse jointe au mail

Vous ne connaissez peut-être pas le terme *Heartsink patient*, mais vous le comprenez probablement de façon intuitive. Cela signifie littéralement « patient faisant chavirer le cœur » (*heart* : cœur, *to sink* : couler, *to make your heart sink* : démoraliser, donner le cafard).

Le terme *Heartsink patients* apparaît en 1988 avec l'étude du Dr O'Dowd. Il s'agit des patients jugés « exaspérants » ou « pénibles » par leur médecin généraliste car ils les mettent en difficulté sur le plan émotionnel, intellectuel ou scientifique. Cela représente un ensemble de personnes très hétérogène qu'il n'est pas possible de classer dans une catégorie symptomatique, psychiatrique ou sociale. De plus, la relation médecin-patient est souvent en cause, alors qu'un patient *Heartsink* pour un médecin donné n'en sera peut-être pas un pour l'un de ses confrères, c'est pour cela qu'actuellement on parle plutôt de « heartsink relationship ».

En moyenne, les médecins généralistes estiment avoir 8 à 15 *Heartsink patients* dans leur patientèle, ce qui est peu, mais cette minorité prend en général beaucoup de temps, d'énergie et engendre des sentiments négatifs, d'irritation ou de frustration tant pour le médecin qui se sent désemparé et impuissant que pour le patient qui se sent incompris ou mal pris en charge.

Cette relation peut entraîner pour le médecin un risque de surmenage et de dépassement de ses limites et un inconfort pour le patient. Il n'existe pas de recommandations pour la prise en charge de ces patients, notamment trouver un moyen pour rendre plus harmonieuse cette relation médecin-patient. Les centres de santé sont des structures de soins primaires multiprofessionnels ayant un accès au soin facilité pour les classes socio-

économiques plus défavorisées. Les patients y consultant ont souvent des pathologies lourdes et évoluées. La patientèle de ces centres de santé comprend des *Heartsink patients*.

La méthode Delphi est issue des travaux de la Rand Corporation et est née aux États-Unis dans les années 1950. Elle est utilisée initialement dans le domaine du marketing. Il s'agit d'un outil d'aide à la prévision d'événements. Les champs d'exploitation de cette méthode se sont élargis notamment à la science et en particulier à la médecine, en tant qu'outil dans les études qualitatives pour la recherche d'un consensus. C'est un processus de communication permettant de résoudre un problème, il s'agit de dégager un consensus sur des sujets précis, grâce à l'interrogation d'experts.

Cette méthode est basée sur une série de questionnaires postaux/par mail, anonymes et confidentiels, entre l'organisateur de l'étude et des informateurs clés qui ne communiquent jamais directement entre eux. Généralement, le premier questionnaire permet d'identifier une large série d'alternatives, le (ou les) suivant(s) cherchant à établir un consensus.

Annexe 4 : Premier questionnaire

Comment proposer une prise en charge consensuée des *Heartsink patients* dans un centre de santé ?

Le terme de « *Heartsink patient* », qui signifie littéralement « patient faisant chavirer le cœur », regroupe un ensemble très hétérogène de personnes. Il s'agit de patients jugés « exaspérants » ou « pénibles » par leurs médecins généralistes car ils les mettent en difficulté sur le plan émotionnel, intellectuel ou scientifique.

Trouvons ensemble une façon d'optimiser les relations, parfois houleuses, que nous entretenons avec certains de nos patients. Cela nous permettra de prendre du recul sur notre pratique et, je l'espère, d'améliorer les ressentis des deux parties.

L'utilisation de la méthode Delphi permettra d'obtenir un consensus de prise en charge de ces patients et de donner des pistes pour l'élaboration de recommandations. À la suite de ce questionnaire et selon la convergence d'opinions qui aura émergé, un 2^e voire un 3^e questionnaire vous sera envoyé dans un mois.

Merci pour le temps que vous prenez à répondre à mes questions et surtout n'hésitez pas, vos commentaires sont les bienvenus.

Le questionnaire contient un total de 27 questions et ne vous prendra que 10 minutes.

Julie Charles

Partie 1 : Étude descriptive

1/ Avez-vous (ou avez-vous déjà eu) des *Heartsink patients* dans votre patientèle ?

- Oui
- Non

2/ Combien estimez-vous avoir de *Heartsink patients* ?

- Aucun
- 1
- entre 1-5
- entre 5-10
- >10

3/ Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec ces patients ?

- Plaintes multiples
- Retard en consultation
- Mise en échec systématique de la prise en charge
- Durée de consultation longue
- Nombre de consultations jugé trop important
- Demandes abusives : certifications, examens, arrêts de travail non justifiés...
- Refus de soins
- Motifs de consultation répétés
- Autre

4/ Comment décririez-vous la relation que vous entretenez avec ces patients ?

- J'ai une attitude plutôt paternelle
- J'essaie de responsabiliser le patient
- Je fais exactement comme pour un autre patient
- Ma prise en charge est altérée par un contre-transfert négatif
- J'ai une attitude contenante et rassurante
- Autre

5/ Quelles stratégies de prise en charge avez-vous établies ?

- Durée de consultation plus grande
- Disponibilité plus importante (consultation, téléphone, visites)
- Écourter la consultation
- Faire en sorte qu'il ne revienne pas
- Poser d'emblée un cadre de consultation (durée limitée, 1-2 motifs de consultation à la fois)
- Entretiens avec entourage
- Orientation vers médecins spécialistes ou autres professionnels de santé
- Autre

Partie 2 Étude Delphi

6/ L'exercice pluridisciplinaire en centre de santé apporte-t-il un plus dans la prise en charge des *Heartsink patients* ? Échanges facilités avec les spécialistes, les professionnels paramédicaux, les psychologues, le service social...

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

7/ Faut-il systématiquement proposer aux *Heartsink patients* une consultation avec un psychologue ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

8/ Une prise en charge par d'autres médecins spécialistes est-elle toujours nécessaire ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

9/ Faut-il organiser, avec ces patients, une consultation entière dédiée à l'élaboration d'un projet de soins ? Consultation où le patient et le médecin discuteraient ensemble de leurs attentes et pourraient définir des objectifs communs de prise en charge.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

10/ L'organisation de staff pluridisciplinaire sur les dossiers difficiles (groupe d'analyse et d'échange sur les pratiques) au sein d'un centre de santé aiderait-elle à une meilleure prise en charge des *Heartsink patients* ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

11/ L'organisation de groupes Balint au sein du centre de santé aiderait-elle à une meilleure prise en charge des *Heartsink patients* ? Le groupe Balint est une méthode de « formation-recherche » qui propose à des soignants volontaires de prendre le temps nécessaire pour faire, par la parole, le « récit » de leur pratique professionnelle afin de mieux saisir les différentes composantes, conscientes ou inconscientes, des expériences vécues dans le contexte du travail.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

12/ L'expérience professionnelle acquise au cours du temps permet-elle une meilleure gestion des *Heartsink patients* ?

- Oui
- Non
- Sans opinion

13/ Un dossier médical partagé améliore-t-il la prise en charge des *Heartsink patients* ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

14/ Ressentez-vous le besoin d'avoir une formation dédiée à la prise en charge des *Heartsink patients* ?

- Oui
- Non
- Sans opinion

Si oui, sous quelle forme ?

- Cours magistral
- Étude de cas pratique
- Jeu de rôle
- Autre

15/ Dans votre formation initiale, avez-vous reçu un enseignement dédié à la prise en charge des patients difficiles ?

- Oui
- Non
- Ne sait plus

Si oui, sous quelle forme ?

Cours magistral
Étude de cas pratique
Jeu de rôle
Autre

16/ Dans votre pratique, avez-vous participé à une formation dédiée à la prise en charge des patients difficiles ?

Oui
Non
Ne sait plus

Si oui, sous quelle forme ?

Cours magistral
Étude de cas pratique
Jeu de rôle
Autre

17/ Autres propositions pour une meilleure gestion des *Heartsink patients* en centre de Santé ?

Partie 3 : Données personnelles

Les données seront anonymisées. Ces questions permettent de définir la population interrogée et de vous recontacter pour les tours suivants.

18/ Vous êtes :

Un homme
Une femme

19/ Quel âge avez-vous ?

20/ En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

21/ Depuis combien d'années travaillez-vous en centre de santé ?

22/ Avez-vous une expérience de l'activité libérale ?

Oui
Non

23/ Dans quel centre de santé travaillez-vous ?

24/ Combien êtes-vous de médecins généralistes (équivalent temps plein) dans votre centre de santé ?

25/ Quels professionnels médico-sociaux travaillent dans votre centre de santé ?

Médecins spécialistes

Psychiatre

Psychologue

Infirmière

Kinésithérapeute

Dentiste

Assistante sociale

Médicateur santé

Autre

26/ Quel est votre mode de rémunération ?

En pourcentage d'honoraire

Salaire horaire

Mixte

Autre

27/ Quel est votre mail ?

Fin du questionnaire

Merci pour votre participation.

Selon la convergence d'opinion qui aura émergé, un 2^e voire un 3^e questionnaire vous sera envoyé dans un mois.

Bibliographie

1. La communication dans la médecine au quotidien - Un guide pratique. *Académie Suisse des Sciences Médicales*, 2013.
2. Kaba R, Sooriakumaran P. The Evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg Lond Engl*. feb 2007;5(1):57-65.
3. Tate DP. Soigner (aussi) sa communication: La relation médecin-patient. De Boeck Supérieur; 2005, 238 p.
4. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB., Doctor-patient communication: a review of the literature, *Soc Sci Med* 1982, apr 1995,40(7):903-18.
5. Smith S., Dealing with the difficult patient, *Postgrad Med J*, nov 1995,71(841):653-7.
6. Burt J, Abel G, Elmore N, Campbell J, Roland M, Benson J, et al., Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview, *BMJ Open*. 2014,4(3):e004339.
7. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J., A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings, *JAMA*, 23 août 2000,284(8):1021-7.
8. Warnecke E., The art of communication, *Aust Fam Physician*, mars 2014,43(3):156-8.
9. Larson EB, Yao X., Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship, *JAMA*, mars 2005,293(9):1100-6.
10. Schultz K, Delva D, Kerr J., Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship, *Can Fam Physician*, feb 2012,58(2):178-85.
11. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A., Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review, *Br J Gen Pract*, jan 2013,63(606):76-84.
12. Vannotti M., L'empathie dans la relation médecin-patient, *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*, oct 2002,29(2):213-37.
13. Norfolk T, Birdi K, Walsh D., The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model, *Med Educ*, juill 2007,41(7):690-7.
14. Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, van Spaendonck KP, van Weel C., Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study, *BMC Fam Pract*, 2009,10:68.
15. Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden T van der, Leblanc A, Lockyer J, Légaré F, et al., Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: a dyadic analysis of doctor-patient communication, *Soc Sci Med* 1982, mars 2010,70(5):763-8.
16. Dao MD, Bélanger E. Le patient sans diagnostic : un Autre qui dérange ? *Assoc Pour Rech Intercult*, déc 2007,(45):20-9.
17. Illingworth RS., Why irritated? *Arch Dis Child*, may 1988,63(5):567-8.

18. Mathers N, Jones N, Hannay D., Heartsink patients: a study of their general practitioners, *Br J Gen Pract*, jun 1995,45(395):293-6.
19. Moscrop A., « Heartsink » patients in general practice: a defining paper, its impact, and psychodynamic potential, *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*, may 2011,61(586):346-8.
20. Mas Garriga X, Cruz Doménech JM, Fañanás Lanau N, Allué Buil A, Zamora Casas I, Viñas Vidal R., [Difficult patients in primary care: a quantitative and qualitative study], *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*, mars 2003,31(4):214-9; discussion 220-1.
21. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON., Management of the difficult patient, *Am Fam Physician*, nov 2005,72(10):2063-8.
22. Luthy, Cedraschi., Symptômes médicalement inexpliqués en médecine interne : recommandations pour la prise en charge hospitalière, *Med Hyg*, 2003,61:918-22.
23. Katon WJ, Walker EA., Medically unexplained symptoms in primary care, *J Clin Psychiatry*, 1998,59 Suppl 20:15-21.
24. Rosendal M, Fink P, Bro F, Olesen F., Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification in primary health care, *Scand J Prim Health Care*, mars 2005,23(1):3-10.
25. Koch H, van Bokhoven MA, ter Riet G., Demographic characteristics and quality of life of patients with unexplained complaints: a descriptive study in general practice, *Qual Life Reserarch*, 2007,(16):1483-9.
26. Gill D, Sharpe M., Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome, *J Psychosom Res*, aug 1999,47(2):115-30.
27. Neal RD, Heywood PL, Morley S., Frequent attenders' consulting patterns with general practitioners, *Br J Gen Pract J R Coll*, dec 2000,50(461):972-6.
28. Smucker DR, Zink T, Susman JL, Crabtree BF., A framework for understanding visits by frequent attenders in family practice, *J Fam Pract*, oct 2001,50(10):847-52.
29. Jackson JL, Kroenke K., Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes, *Arch Intern Med*, may 1999,159(10):1069-75.
30. 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*, jun 2011,26(6):588-94.
31. Edgoose J., Rethinking the difficult patient encounter, *Fam Pract Manag*, aug 2012,19(4):17-20.
32. Hull SK, Broquet K., How to manage difficult patient encounters, *Fam Pract Manag*, jun 2007,14(6):30-4.
33. Adams J, Murray R., The general approach to the difficult patient, *Emerg Med Clin North Am*, nov 1998,16(4):689-700, v.
34. O'Dowd TC., Five years of heartsink patients in general practice, *BMJ*, aug 1988,297(6647):528-30.

35. Groves JE., Taking care of the hateful patient, *N Engl J Med*, apr 1978,298(16):883-7.
36. Brincks AM, Feaster DJ, Burns MJ, Mitrani VB., The Influence of Health Locus of Control on the Patient-Provider Relationship, *Psychol Health Med*, dec 2010,15(6):720-8.
37. De Las Cuevas C, Peñate W., Explaining pharmacophobia and pharmacophilia in psychiatric patients: relationship with treatment adherence, *Hum Psychopharmacol*, 25 mai 2015
38. Cook JA, Razzano LA, Swarbrick MA, Jonikas JA, Yost C, Burke L, et al., Health risks and changes in self-efficacy following community health screening of adults with serious mental illnesses, *PLoS One*, 2015,10(4)
39. Ellis CG., Chronic unhappiness. Investigating the phenomenon in family practice, *Can Fam Physician Médecin*, apr 1996,42:645-51.
40. Ellis CG., Making dysphoria a happy experience, *Br Med J Clin Res Ed*, aug 1986,293(6542):317-8.
41. Gerrard TJ, Riddell JD., Difficult patients: black holes and secrets, *BMJ*, aug 1988,297(6647):530-2.
42. Colquhoun, Heartsink-yet another challenge, *Aust Fam Physician*, may 1989,18(5):559, 561.
43. Colquhoun JP., Heartsink revisited, *Aust Fam Physician*, oct 1995,24(10):1964-5.
44. Stigler M., Le « patient difficile » en crise et sa compétence à se responsabiliser, *Prim Care*, 2001,351-7.
45. Butler CC, Evans M., The « heartsink » patient revisited. The Welsh Philosophy And General Practice discussion Group, *Br J Gen Pract*, mar 1999,49(440):230-3.
46. Amalberti R., Neuf conseils pour suivre un patient difficile, *Concours Méd*, 2012,134(5):381-3.
47. Brevet J., Le « Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire » (DDPRQ) : traduction et validation de la version française, Versailles Saint Quentin-en-Yvelines, 2012.
48. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al., Introduction à la recherche qualitative, *Exercer*, 2008,84(19):142-5.
49. Letrilliart L, Vanmeerbeek M., A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exerc Rev Fr Médecine Générale*, 2011,99:170-7.
50. Cuhls K., Delphi method, *Fraunhofer Inst Syst Innov Res*, 2001,93-113.
51. Linstone HA, Turoff M., *The Delphi Method Techniques and Applications*, 2002.
52. Slocum N., *Méthodes participatives, Un guide pour l'utilisateur*, Fondation Roi Baudouin, 2006.
53. Bejar Y., Publication d'informations sur le capital immatériel et attentes des investisseurs: une étude exploratoire par la méthode Delphi, *Comptab-Contrô-Audit*, 2009,15(2):165-92.
54. Celestin LP., L'enquête Delphi : oracle ou leurre ? Une évaluation critique, *Ann Psychiatr*, 2001,16(4):246-56.

55. Hahn SR., Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship, *Ann Intern Med*, may 2001,134(9 Pt 2):897-904.
56. Stone L., Blame, shame and hopelessness: medically unexplained symptoms and the « heartsink » experience, *Aust Fam Physician*, apr 2014,43(4):191-5.
57. Bellón JÁ, Rodríguez-Bayón A, de Dios Luna J, Torres-González F., Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial, *Br J Gen Pract*, may 2008,58(550):324-30.
58. MacDonald P., Counselling in general practice, *Br J Gen Pract*, sept 1994,426-7.
59. Huntley A, Ernst E., Complementary and alternative therapies for treating multiple sclerosis symptoms: a systematic review, *Complement Ther Med*, jun 2000,8(2):97-105.
60. Greer S, Moorey S, Baruch JD, Watson M, Robertson BM, Mason A, et al., Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial, *BMJ*, mar 1992,304(6828):675-80.
61. Moreno S, Gili M, Magallón R, Bauzá N, Roca M, Del Hoyo YL, et al., Effectiveness of group versus individual cognitive-behavioral therapy in patients with abridged somatization disorder: a randomized controlled trial, *Psychosom Med*, aug 2013,75(6):600-8.
62. Saberi P, Catz SL, Leyden WA, Stewart C, Ralston JD, Horberg MA, et al., Antiretroviral Therapy Adherence and Use of an Electronic Shared Medical Record Among People Living with HIV, *AIDS Behav*, jan 2015.
63. Vedsted P, Christensen MB, Sørensen HT, Fink P, Olesen F., Special status consultation for frequent attenders. Who are the candidates? *J Public Health Med*, mar 2002,24(1):53-7.
64. Corney RH, Strathdee G, Higgs R, King M, Williams P, Sharp D, et al., Managing the difficult patient: practical suggestions from a study day, *J R Coll Gen Pract*, aug 1988,38(313):349-52.
65. Rosendal M, Bro F, Sokolowski I, Fink P, Toft T, Olesen F., A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatisation: effects on GPs' attitudes, *Fam Pract*, aug 2005,22(4):419-27.
66. Torppa MA, Toivola K, Ruskoaho J, Pitkälä KH., Clinical supervision among family physicians: prevalence, needs, and attitudes, *J Prim Care Community Health*, oct 2013,4(4):275-80.
67. Abeni MS, Magni M, Conte M, Mangiacavalli S, Pochintesta L, Vicenzi G, et al., Psychological care of caregivers, nurses and physicians: a study of a new approach, *Cancer Med*, feb 2014,3(1):101-10.
68. Coales U., Dealing with Heartsink patients, *BMJ Careers*, 13 nov 2004.
69. 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.
70. John C, Schwenk TL, Roi LD, Cohen M., Medical care and demographic characteristics of « difficult » patients, *J Fam Pract*, jun 1987,24(6):607-10.

71. Afrite A, Bourgueil Y, Dufournet M, Mousquès J., Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? IRDES, mai 2011,(165):1-8.
72. Keeney S, Hasson F, McKenna HP., A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing, *Int J Nurs Stud*, apr 2001,38(2):195-200.
73. Georges P, Waquet C., Synthèse : Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain, Inspection générale des affaires sociales, 2013.
74. la méthode d'enquête Delphi [Internet]. Dropbox. [cité 9 mars 2015]. Disponible sur: https://www.dropbox.com/sh/lvj4rww3s3tyr9x/AADUXH34uOajMHi5alfXfjkGa/5.Bibliographie/Articles%20m%C3%A9thode/4_4_delphi.pdf?dl=0
75. O'Riordan M, Skelton J, de la Croix A., Heartlift patients ? An interview-based study of GP trainers and the impact of « patients they like », *Fam Pract*, 2008,(25):349-54.

Abstract

Title: How to propose a consensual management of Heartsink patients in health care centers?

Introduction: In 1988, O’Dowd introduced the term of “Heartsink patient” which refers to the patients with a behavior considered “exasperating” or “painful” by their doctors, putting them in difficulty, at an emotional, an intellectual or a scientific level and eliciting deep distress. The management of these patients is complex. The main objective of this study is to provide a consensual management of the Heartsink patients in health care centers.

Method: Qualitative study using the conventional Delphi method with general practitioners working in health care centers.

Results: From November 2014 to April 2015, twenty general practitioners participated in the study. Mean age was 46 years old and 70% of them were women. The first round achieved a favorable consensus on the importance of multidisciplinary exercise, the shared medical record, the work’s experience, the multidisciplinary staffs, the participation in Balint groups and a specific consultation of the development of an individual health program. In the second round, a favorable consensus was reached on the participation in training on communication with patients, the use of alternative therapies and the psychological counseling. Only one proposition was rejected: the systematic use of specialists.

Conclusion: Six recommendations can be established for the management of Heartsink patients. The implementation of some of these recommendations seems facilitated by practicing in health care center (organizational advantages, team exchanges, multidisciplinary staff meetings, and supervision meetings). Additional researches would be necessary to assess the differences between the different form of medical exercise (clinic, liberal, hospital). Further, interventional studies, based on the recommendations of this study, could assess their impacts on the management of these Heartsink patients.

Keywords: Heartsink patient – Health care center – Delphi – Physician-patient relationship.

Résumé

Introduction : En 1988, O’Dowd introduit le terme de *Heartsink patients* désignant les patients ayant un comportement jugé «exaspérant» ou «pénible» par leurs médecins, les mettant en difficulté sur le plan émotionnel, intellectuel ou scientifique et les plongeant dans une profonde détresse. La prise en charge de ces patients est complexe. L’objectif principal de l’étude est de proposer une prise en charge consensuée des *Heartsink patients* en centre de santé.

Matériel et méthode : Étude qualitative utilisant la méthode Delphi conventionnelle auprès de médecins généralistes travaillant en centre de santé.

Résultats : Entre novembre 2014 et avril 2015, vingt médecins généralistes ont participé à l’étude, d’une moyenne d’âge de 46 ans et composé à 70% de femmes. Le premier tour a permis d’atteindre un consensus favorable sur l’intérêt de l’exercice pluridisciplinaire, le dossier médical partagé, l’expérience professionnelle, les staffs pluridisciplinaires, la participation à des groupes Balint et une consultation dédiée à l’élaboration d’un projet de soins. Au deuxième tour, un consensus favorable a été atteint sur la participation à des formations sur la communication avec les patients, l’utilisation de thérapies alternatives et le suivi psychologique. La seule proposition rejetée a été le recours systématique à des médecins d’autres spécialités.

Conclusion : Six recommandations ont été formulées pour la prise en charge des *Heartsink patients*. La mise en place de certaines de ces recommandations semble facilitée par l’exercice en centre de santé (avantages organisationnels, échanges en équipe, staffs pluridisciplinaires, réunions de supervision). Des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour évaluer les différences liées au mode d’exercice (centre de santé, libéraux, hôpital). De plus, des études interventionnelles, à partir des recommandations émanant de cette étude, permettraient d’évaluer leurs impacts sur la prise en charge de ces *Heartsink patients*.

Mots clés : *Heartsink patient* - Centre de santé - Delphi – Relation médecin-patient.