

Les patients épuisants se mettent-ils en danger ?

Éric Galam

Université Paris Diderot, Département de médecine générale

egalam@hotmail.com

• **Mots clés**

prise de décision ; biais cognitif ; erreur diagnostique.

[*decision making; cognitive biases; diagnostic errors*]

DOI: 10.1684/med.2016.32

Évident, mon cher Watson

Chaque soignant pressent avec plus ou moins d'acuité qu'être confronté à un patient difficile est fatigant et qu'on aimerait bien qu'il aille voir ailleurs. Pourtant, allez savoir pourquoi, certains s'accrochent à nous. À croire qu'ils estiment qu'avec ce médecin là, ils sont en sécurité. Et il nous faut bien accepter de les soigner, tout en évitant de leur faire subir les conséquences de notre irritation et tout en en préservant les patients suivants.

Bien sûr, certains de ces patients seront vécus comme tels par les uns et pas par les autres. Pire, certains de ceux qui me gâchent ma journée sont considérés comme charmants par mes internes... ou le contraire.

Est-ce à dire que tout dépend du soignant, ou plutôt du patient, ou encore de la relation entre eux ? Heureusement, ça n'arrive pas si souvent et comme nous l'apprend Michael Balint [1], les patients et les médecins se « choisissent » à tel point que nos patientèles nous ressemblent un peu.

Patient ou situation difficile ?

Certaines situations sont cliniquement difficiles et la personnalité du patient n'y est pour rien. Dans d'autres cas, il s'agit bien de problèmes liés au patient mais son comportement dépend de sa maladie. Notre ressenti n'est finalement qu'un symptôme des troubles du patient à qui nous « pardonnons » volontiers de nous prendre du temps ou de nous confronter à des problèmes complexes.

Qu'en est-il de ceux ou celles dont nous avons l'impression qu'ils nous épuisent de manière illégitime ? On les qualifie d'épuisants, frustrants ou détestables... ou encore « *heartsink* » (ceux qui font couler le cœur à pic). Ils sont stressants pour nous et nous donnent parfois envie d'arrêter le métier. Mais sont-ils dangereux pour eux-mêmes ? En d'autres termes, augmentent-ils, par leur comportement leur risque d'être mal traités par nous, ne serait-ce qu'en altérant notre capacité diagnostique ? Chacun pouvait le supposer mais on n'en avait pas la preuve [2-5].

Les patients difficiles

Deux études effectuées par la même équipe néerlandaise et parues récemment dans le BMJ apportent quelques éléments de réponse. L'une des études [6] a été proposée à 63 internes de médecine générale en fin de formation tandis que l'autre [7] s'adressait à des internes de spécialité en début ou milieu de cursus. Dans les 2 cas étaient proposées à tous les participants plusieurs situations dont la moitié étaient considérées comme neutres du point de vue du comportement du patient et l'autre, avec les mêmes éléments d'anamnèse, de symptomatologie fonctionnelle, clinique et paraclinique, présentaient un patient au comportement difficile. Il ignorait les recommandations, était exigeant, agressif, mettait en cause la compétence du médecin, le menaçait ou l'accusait de discrimination.

Deux modes diagnostiques

Les différents tableaux cliniques étaient présentés sous forme de texte à lire. Il s'agissait pour chaque étude de 6 ou 8 des situations suivantes : pneumonie, embolie pulmonaire, méningite, hyperthyroïdie, appendicite, pancréatite alcoolique, maladie inflammatoire intestinale, hépatite virale aiguë, maladie cœliaque, maladie d'Addison, cirrhose hépatique, dissection aortique. La moitié des cas étaient considérés comme simples et les autres complexes. Les comportements des patients de chaque médecin étaient pour moitié standards et pour moitié difficiles.

Il était demandé aux médecins d'écrire le plus rapidement possible le diagnostic probable, puis, dans un second temps, d'analyser les cas en listant les éléments en faveur et ceux en défaveur du diagnostic choisi et, enfin, de proposer une alternative s'ils changeaient d'avis. Il leur était également demandé de se remémorer, après coup, les éléments cliniques et comportementaux de la situation. Cette approche a le mérite d'explorer les 2 modes de fonctionnement du soignant bien décrits par Kahneman [8]. Le premier niveau de diagnostic est très rapide, intuitif, presque automatique, par reconnaissance des formes. Le 2^e est analytique, rationnel, plus lent et plus systématique et repère les éléments cliniques pertinents présents ou à rechercher.

Certes il s'agit ici de vignettes cliniques déclaratives mais leur caractère artificiel ne peut qu'atténuer les résultats qui sont probablement plus importants dans la vraie vie.

C'est (un peu) prouvé !

Les résultats ont confirmé que la capacité diagnostique était meilleure dans les cas simples et qu'elle s'améliorait lors de l'analyse décalée. La probabilité moyenne de bon diagnostic était significativement plus faible pour les patients difficiles. Les médecins avaient 42 % de chance de plus de poser un diagnostic erroné chez un patient difficile dans un cas complexe, et 6 % de plus dans un cas simple. Une réflexion plus approfondie améliorait toujours le diagnostic mais n'atténuait pas l'impact du comportement perturbateur du patient. Après avoir posé leur diagnostic, les médecins devaient, en effet, se rappeler les éléments cliniques et comportementaux liés à leur patient. La justesse du diagnostic était plus basse de 20 % pour les patients difficiles. Les médecins se rappelaient moins d'éléments cliniques (30 % vs. 32,5 %) et plus d'éléments de comportement (25 % vs. 18 %) pour ces patients.

La saturation cognitive

À partir de ces 2 étapes de la décision médicale, les auteurs émettent plusieurs hypothèses pour analyser le fonctionnement cognitif du médecin dans ces situations :

- 1) la fermeture prématurée de la réflexion qui consiste à se limiter à la première impression intuitive sans l'analyser secondairement ;

- 2) les pensées intrusives issues de la réaction émotionnelle négative et qui altèrent le raisonnement analytique ;

- 3) et enfin la saturation des ressources cognitives par la nécessité de gestion de l'émotion suscitée par le patient difficile.

C'est cette dernière hypothèse qui semble la plus probable aux auteurs, à partir des résultats de l'enquête dans la mesure où le temps mis pour affirmer le diagnostic n'est ni ralenti ni accéléré face au patient difficile. C'est aussi pourquoi le médecin se souvient après coup de plus d'éléments de comportements et de moins d'éléments cliniques.

Un « scoop »... à travailler

Au fond, cette étude nous rappelle que patients comme médecins sont des êtres humains. C'est évident mais, fascinés par la perfection et l'intellect, on aurait pu avoir tendance à l'oublier. Comme si tous les patients présentaient bien proprement leur maladie à des médecins qui l'analysaient hors de tout sentiment. Le scoop, c'est qu'ils sont engagés dans le même bateau. Et si le soignant est en souffrance, le patient peut aussi être en danger relatif.

Les émotions du médecin sont à maîtriser surtout si elles sont négatives. Elles dépendent aussi de celles du patient qui, dans tous les cas, font partie de la situation clinique. Dans l'éditorial [9] au titre explicite associant « patients et erreurs non désirés », est soulignée la nécessité d'être conscient de ces risques et celle de les reconnaître. Les auteurs insistent sur l'importance de la formation, mais aussi celle de la vigilance par la réflexivité, du travail d'équipe et des moyens de sécuriser les pratiques notamment par l'utilisation de check-list permettant d'évoquer les diagnostics différentiels. Ils soulignent l'intérêt de l'appropriation de stratégies métacognitives aidant à repérer les biais décisionnels : reconnaître son propre sentiment de malaise, imaginer le patient comme non fatigué, demander l'aide d'un confrère en lui faisant part de son propre malaise vis-à-vis de ce patient en particulier. Et les auteurs rappellent ici la nécessité d'avoir l'humilité de demander pour l'un et la capacité de compréhension nécessaire de la demande du collègue pour l'autre. D'autant que la médecine ne se limite pas à un diagnostic et s'inscrit aussi dans des échanges.

Le plus souvent, les médecins sont persuadés qu'ils savent gérer ce type de situation et ce n'est pas faux sauf dans certains cas intenses ou répétitifs. L'aptitude relationnelle se travaille aussi et elle commence, pour le médecin, par la prise de conscience que l'émotion existe et qu'il faut savoir la respecter tout en la maîtrisant. Tout un programme.

~ **Liens d'intérêts** : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 1996.
2. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ* 1988 ; 297 : 528-30.
3. Rosendal M, Fink P, Bro F, et al. Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification I primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2005 ; 23 : 3-10.
4. Mathers NJ, Gask L. Surviving the « heartsink » experience. *Fam Pract* 1995 ; 12 : 176-83.
5. Bouchacourt C. *Les patients «Heartsink» : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale.* (Thèse d'exercice, Médecine). Université Paris Diderot, 2014.
6. Schmidt HG, van Gog T, Ce Schuit S, et al. Do patients' disruptive behaviours influence the accuracy of a doctor's diagnosis? A randomised experiment. *BMJ Qual Saf* 2016. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004109
7. Mamede S, Gog TV, Schuit SCE, et al. Why patients' disruptive behaviours impair diagnostic reasoning: a randomised experiment. *BMJ Qual Saf*. 2016 ; bmjqs – 2015-005065. doi : 10.1136/bmjqs-2015-005065.
8. Kahneman D. *Système 1/Système 2 : Les deux vitesses de la pensée.* Paris : Flammarion, 2012.
9. Redelmeier DA, Etmells EE. Unwanted patients and unwanted diagnostic errors. *BMJ Qual Saf* 2016. doi: 10.1136/bmjqs-2015-005150



Médecine

- Nouveau style... nouvelle rédaction en chef à trois voix, nouvelle maquette
- Même ton, mêmes aspirations... médecine factuelle, centrée sur le patient

Où que vous soyez, sur tous vos supports numériques, accédez à votre revue militante et indépendante de médecine générale sur ...

www.revue-medecine.com