

LES CONSULTATIONS RÉPÉTÉES

Marie-Anne Puel, Françoise Auger, Jean-Daniel Gradeler et Philippe Jaury.

Les consultations répétées

Rôles respectifs des patients et des médecins

Lequel d'entre nous ne pense pas très fort « Encore elle ! » – ou « Encore lui ! » – en lisant sur le carnet de rendez-vous la liste des consultants du jour, quitte à se gâcher la moitié de la journée. Les Anglo-Saxons les appellent *frequent attenders* (FA). Cette minorité de patients nous prend un temps considérable et nous met en échec, nous exposant à un risque important de *burn out*. Pourquoi et comment y remédier ?

Marie-Anne Puel, médecin généraliste, maître de stage, enseignante à l'université Paris-Diderot-Paris 7, ex-vice-présidente de la Fédération internationale Balint.
Philippe Jaury, PA-PG, UFR Paris 5-Descartes.

Les *frequent attenders* : qui sont-ils ?

Quelles que soient les définitions, variables d'une étude à l'autre, les conclusions sont les mêmes : les FA sont des femmes pour les deux tiers, des déprimés pour 40 %, des solitaires, des personnes de plus de 40 ans et des malades chroniques pour les trois quarts. Très souvent, ils ont des symptômes médicalement inexplicables (SMI). On les qualifie aussi de *heart-sink patients* (que l'on peut traduire poliment ou par euphémisme par « malades difficiles »).

Une étude anglaise parue dans le *BJGP* en 1988 a analysé 470 000 consultations, 44 000 patients vus dans 4 cabinets en 4 mois : une minorité d'entre eux (3 %) consultent très souvent (15 % des consultations). En 2001, une étude parue dans *Family Practice* a été menée chez 62 patients venus plus de 25 fois en 2 ans. Trois items ont été qualitativement étudiés : la complexité biomédicale, la complexité psychosociale et le degré de discordance entre le patient et le médecin. Huit groupes de malades ont été individualisés et une grille d'aide à la « gestion » a été élaborée. Le 8^e groupe était celui des *heart-sink*,

c'est-à-dire les patients qui ont des problèmes complexes, à la fois biomédicaux, psycho-sociaux et relationnels avec le médecin. D'après la plupart des études, nous en aurions chacun huit dans notre patientèle !

Les FA qui ont des symptômes médicalement inexplicables utilisent beaucoup plus les soignants, y compris les spécialistes, en nombre et en coût. Ce n'est pas tant parce qu'ils coûtent plus cher qu'on s'intéresse à eux ; ils ne sont pas mieux soignés pour autant, alors qu'ils épuisent les médecins.

Selon une étude qualitative anglaise, il existe deux types de FA : ceux qui consultent régulièrement et ceux qui consultent « en salve » ; on voit ces derniers très souvent pendant 15 jours, puis tout à coup ils disparaissent pour revenir plus tard après une « éclipse ».

Pourquoi consultent-ils ? Deux facteurs prédominent : la multiplicité des motifs et la passivité des 2 protagonistes (ni le médecin ni le malade ne cherchent à comprendre la situation).

Une étude hollandaise, qui montre l'intérêt de l'aide d'infirmières formées à la prise en charge de ces patients (traitement par résolution des problèmes), rappelle que 30 à 70 % des patients ont des troubles ou désordres psycho-

logiques ou émotionnels et que seuls 2 % sont adressés en soins secondaires. **Pourquoi nous intéressent-ils ?** Parce que, même s'ils ne sont pas très nombreux, ils « occupent » beaucoup de place dans notre charge de travail, mais plus encore : c'est nous qu'ils veulent voir et ils nous mettent en échec.

Une étude écossaise (parue dans le *Scottish Medical Journal* en 2005), sur le suivi des consultants à répétition, a montré que les médecins sont aussi « passifs » que les patients. Ni les patients à qui l'on programme d'autres rendez-vous, ni les médecins consultés ne s'inscrivent dans une continuité des soins. Chacun accepte cette multiplication des consultations sans une once de projet thérapeutique.

Une responsabilité partagée

Pourquoi sommes-nous médecins ? Pour 3 raisons principales. La première est que nous aimons la démarche intellectuelle, le processus mental de résolution d'un problème. La deuxième est que nous aimons résoudre, clore, finir ; nous avons le sens de la finitude. La troisième est que nous aimons aider les gens. Les FA mettent en échec notre plaisir intellectuel puisque nous n'arrivons pas à résoudre leurs problèmes. Ils mettent en péril notre sens de la finitude en revenant sans cesse, et enfin notre « altruisme » en refusant d'aller mieux.

À lire sur ce sujet une étude canadienne parue dans une revue Suisse en 2007 : « *Le patient sans diagnostic : un autre qui dérange.* »

Mais deux études étonnantes sont particulièrement utiles pour comprendre que le problème n'appartient pas qu'au malade. Nous sommes partie prenante dans cette affaire et il est possible d'y remédier. Rassurant !

« **Somatisation : une coresponsabilité du médecin et du malade** » tel est le titre de l'article paru dans le *Lancet* en 2006, résumant la première étude.

Bensing est parti de l'idée préconçue, bien connue et adoptée par tous, que les patients souffrant de SMI sont une charge pour le médecin, car ils « *résistent aux explications psychologiques et reviennent sans cesse avec des questionnements biomédicaux* ». Il écrit : « *Jusqu'ici les études se sont focalisées sur les caractéristiques des patients, mais la possibilité que les médecins jouent un rôle dans le processus de somatisation a été largement ignorée.* » Il met alors sur pied une étude avec le groupe universitaire de Liverpool : il s'agit de contredire l'idée reçue selon laquelle la prescription de traitements symptomatiques inappropriés est liée à la croyance des patients dans leur maladie physique, d'où leur insistance à recevoir une « solution » biomédicale et leur déni de tout besoin d'aide psychologique. Au contraire, le médecin est souvent directement responsable du haut niveau d'interventions médicales dans ce groupe de patients. Ainsi, 420 consultations de malades aux SMI ont été enregistrées, montrant que les interventions médicales sont proposées davantage par les médecins que par les patients.

De plus, les patients donnant des indices psychologiques pour expliquer leurs symptômes ne sont pas entendus par les médecins. La raison du nombre important d'interventions physiques repose davantage sur les réponses des médecins que sur les exigences du patient : l'explication de la somatisation vient plutôt de la relation médecin-malade que de la psychopathologie du patient.

La deuxième étude, extrêmement révélatrice, est celle de TC O'Dowd publiée dans le *BMJ* en 1988. Il est l'auteur du néologisme *heart-sink (HS) patient* (mot à mot : patient qui vous chavire le cœur, qui vous démoralise). Son article s'intitule : « *Cinq ans de HS patients en médecine générale* ». Ces patients difficiles, sont aussi ceux qui consultent très souvent. Les médecins du cabinet de O'Dowd avaient décidé de parler des malades *heart-sink* au moment de leurs déjeuners en commun. Ces « déjeuners-débats » ont duré 6 mois. Par manque de temps, l'expérience s'est arrêtée. À partir de ce moment-là, on pouvait distinguer deux groupes de patients : ceux dont on avait parlé et les autres. Dans ces deux groupes, le nombre de consultations a baissé.

Les auteurs pensent à un effet Hawthorne : c'est-à-dire que la mise en place d'un procédé d'étude, quel qu'il soit, induit déjà un changement. Mais au bout de 5 ans, il n'y avait plus que 19 HS au lieu de 28 et ce sont les malades HS du groupe d'intervention (c'est-à-dire les malades dont avaient parlé les médecins) qui avaient le plus diminué en nombre. En résumé, on pourrait dire : il suffit d'en parler !

Ces deux études suffisent à justifier, s'il en était besoin, la formation en groupe *Balint* qui nous conduit, d'une part, à nous remettre en question et à situer les problèmes non pas chez le malade, mais dans la relation qu'on a avec lui et, d'autre part, à comprendre que le seul fait d'en parler modifie le rapport qu'on a avec lui.

Quelles solutions ?

Une étude danoise, publiée dans un journal de santé publique, porte sur les consultants à répétition de 132 cabinets et 270 généralistes. Elle montre l'intérêt d'une « consultation type », surtout pour les consultants à répétition qui souffrent de symptômes médicalement inexpliqués. Les Suisses publient des recommandations d'attitudes relationnelles et d'approches thérapeutiques à l'hôpital ; elles intègrent les besoins de

la médecine de ville et la complètent au lieu de s'y opposer. Le site *Family practice management* classe les malades en 8 catégories et nous apprend à les gérer, avec beaucoup d'humour. Les Danois étudient qualitativement une formation spécifique qui rend les médecins plus à l'aise face aux « somatiseurs », eux aussi grands pourvoyeurs de consultants à répétition. Enfin, une étude hollandaise montre l'intérêt de la formation des infirmières à la méthode appelée « traitement par résolution des problèmes » au moment où en France sont évoqués les premiers jalons de ce qui pourrait être un travail d'équipe infirmières/médecins.

Autrement dit, plusieurs solutions s'offrent aux médecins, dont certaines sont à portée de mains. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

- Bélanger E, Dominice Dao M. Le patient sans diagnostic : un Autre qui dérange. Association pour la recherche interculturelle 2007; n°45.
- Bensing JM, Verhaak PF. Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient. *Lancet* 2006; 367:452-4.
- Foster A, Jordan K, Croft P. Is frequent attendance in primary care disease-specific? *Fam Pract* 2006; 23:444-52.
- Gillette RD. Caring for frequent –Visit Patients. *Family Practice Management* 2003. American Academy of Family Physicians. www.aafp.org
- Jiwa M. Frequent attenders in general practice: an attempt to reduce attendance. *Fam Pract* 2000; 17:248-51.
- Luthy C, Cedraschi C, de Tonnac N, Archinard M, Allaz AF. Symptômes médicalement inexpliqués en médecine interne : recommandations pour la prise en charge hospitalière. *Med Hyg* 2003; 61:918-22.
- Neal RD, Heywood PL, Morley S, Clayden AD, Dowell AC. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract* 1998;48:895-8.
- Neal RD, Heywood PL, Morley S. Frequent attenders' consulting patterns with general practitioners. *Br J Gen Pract* 2000;50:972-6.
- O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ* 1988;297:528-30.
- 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* 2005;22:419-27.
- Schreuders B, van Oppen P, van Marwijk HW, Smit JH, Stalman WA. Frequent attenders in general practice: problem solving treatment provided by nurses. *BMC Fam Pract* 2005;12:42.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant cet article.