

SELON QUELS CRITERES EVALUER LA QUALITE DE LA RELATION MEDECIN MALADE ?

Moreau A. Selon quels critères de qualité évaluer la relation médecin malade ? Rev Prat Med Gen 1999 ; 477 : 1835-1838.

Tout médecin dans sa pratique se trouve impliqué dans une relation avec ses patients. On lui apprend au cours de ses longues études à repérer des symptômes et à les collecter dans des maladies objectivement répertoriées. Il propose à son patient des thérapeutiques dont l'efficacité s'accroît avec les progrès d'une science qu'on imagine toute puissante. Très souvent (et surtout en médecine générale) le malade n'entre pas dans ce modèle bio-médical : il vient exprimer des symptômes que l'on rattachera le plus souvent à un "mal-être" subjectif dans un contexte psychosocial plus large . Il ne doit plus faire appel uniquement à une compétence scientifique et technique (savoir et savoir-faire) mais aussi à une compétence humaine et relationnelle (savoir-être). Il peut y avoir une distorsion entre la qualité scientifique du médecin qui peut être "bonne" et la "mauvaise" qualité de sa relation qui peut rendre son patient insatisfait, infidèle, non observant, non confiant...(1)

Peut-on (ou doit-on) évaluer la qualité de la relation médecin malade et à partir de quels critères ?

Beaucoup de médecins pensent que la relation est une affaire personnelle et subjective ; elle fait appel au vécu et au ressenti des deux protagonistes qui vont largement contribuer à la réussite ou l'échec de la relation . D'autre part au delà d'un contenu qui serait censé définir une "bonne" relation médecin malade, la réussite de cette relation dépend en grande partie des capacités "naturelles" de communication du médecin (et aussi du patient) qui semblent bien difficiles à évaluer en termes quantitatifs et objectifs ; la relation médecin malade est une "rencontre sous influences" de deux psychologies (2) qui a bien été analysée par M Balint (3) et qui implique la personnalité de chaque médecin et de chaque patient. Pourtant au delà de toutes ces limites et réticences , chaque médecin sent plus ou moins implicitement et empiriquement qu'il existe des critères de qualité qui conditionnent une relation satisfaisante avec son patient et permettent de répondre aux attentes des uns et des autres. Peu d'études en France abordent la question à la différence des pays Anglo-saxons qui ont tenté de repérer ces critères. Le but de ce travail est de contribuer à promouvoir une telle démarche en France. Nous verrons dans un premier temps, à partir d'une revue de la littérature, ce qui fait qu'une consultation est satisfaisante, quelles sont les attentes des patients et des médecins et quels sont les critères d'évaluation utilisés dans des échelles d'évaluation déjà élaborées. Cette revue de littérature est une approche non exhaustive, fruit d'un travail de lecture limité à quelques revues mais pouvant déjà amorcer la discussion .

1) Une relation médecin malade satisfaisante au cours des consultations ?

- Une étude suédoise (4) a tenté de répondre à cette question. Elle a comparé deux types de consultations vécues positivement ou négativement par 12 médecins généralistes et 46

patients. Les consultations ont été filmées en vidéo et la mesure de l'indice de satisfaction s'est faite après chaque consultation et après vision de la vidéo. Les critères d'évaluation tenaient compte de l'expression du motif de la consultation (Est ce que le patient exprime clairement le motif et est ce que le médecin lui permet par son interrogatoire l'expression de son problème) et du "modèle" d'un bon déroulement de consultation proposé par Pendelton. La consultation était jugée positive (avec différence significative sur un plan statistique) dans quatre situations : quand on abordait, dans les motifs de consultation, les idées du patient sur sa maladie et ses soucis, quand le médecin fournissait des explications compréhensibles par le patient et surtout quand il l'impliquait dans la résolution du problème. Il n'y avait pas de différences dans la durée de consultation qui était en moyenne de 25 à 30 min. Par contre on prenait plus de temps dans les consultations jugées positives pour parler des croyances et des soucis du patient, pour l'informer et l'impliquer dans la résolution du problème.

- Une étude nord américaine (5) a tenté une approche similaire en utilisant un recueil audio de consultations de soins primaires (127 médecins et 537 patients) et un questionnaire de satisfaction à la sortie de chaque consultation. Celles-ci ont été classées en 5 types de communication:

- .A strictement biomédical : 32%
- .B biomédical avec un peu de psychosocial : 33%
- .C Equilibre entre biomédical et psychosocial : 20%
- .D Psychosocial strict : 8%
- .E Consultation informative stricte : 8%

Les patients étaient les plus satisfaits quand il y avait un abord de type D alors que les médecins étaient très satisfaits du type E. A représentait le type de communication le moins satisfaisant pour le médecin comme pour le patient.

- Une étude anglaise (6) a comparé 2 styles de communication: directif versus non directif. Il en ressortait que les patients étaient plus satisfaits d'un style directif avec explications et diagnostic précis.

2) Les attentes des patients :

Quelles sont les attentes des patients quand ils vont consulter leurs médecins?

-Plusieurs études françaises ont étudié cette question:

. La première (7) a essayé d'appréhender le ressenti du patient à sa sortie de la consultation: celui-ci sortait le plus souvent rassuré (62,3 %), décontracté (25,5 %), en se sentant mieux (14,8%) et même en voie de guérison (7,4%) ou guéri (2,7%). Le patient cherchait dans son médecin un conseiller (60%) , un confident (32,4%) avant même un technicien (24%) ou un ami (17%) (les patients pouvaient donner plusieurs réponses). On pouvait en déduire que les patients avaient surtout besoin d'être rassurés, conseillés et écoutés.

. Une deuxième étude (8) montrait qu'il n'y avait pas toujours de concordance entre les attentes des patients et ce que le médecin pensait de l'attente de ces mêmes patients, en particulier pour le motif de consultation, la prescription médicamenteuse, le conseil, l'écoute, la connaissance des difficultés financières ou sexuelles, le recours au spécialiste ou à l'hôpital.

. Il semble aussi qu'il faille prendre en compte les événements de vie dans chaque consultation. Une étude française (9) montrait qu'ils pouvaient représenter un motif fréquent de consultation soit 11% des actes en médecine générale : c'était une demande plus fréquente des femmes, à un âge compris entre 40 et 50 ans, chez des cadres moyens ou supérieurs, dans des grandes agglomérations, en situations instables (divorce, séparation, veuvage...). Ces demandes étaient mieux perçues par les médecins femmes ou plus âgés.

-Une étude américaine (10) a insisté sur ce qui n'a pas été réalisé par le médecin et qui était jugé nécessaire par le patient (comme la discussion sur la suite à donner à la consultation, un avis sur le pronostic, la prescription d'examen d'urine et de sang, dont le dosage du cholestérol) ou vécu négativement (comme l'absence d'interrogatoire sur les antécédents familiaux, la non discussion sur le pronostic et le recours au spécialiste).

-Les dernières minutes de la consultation sont à prendre en compte dans la relation. Une étude américaine (11) a analysé cette partie importante de la consultation; elle durait en moyenne 1 min 30 mais était plus longue si le médecin posait des questions ouvertes, exprimait émotion et humour et si le patient manifestait sympathie ou détresse. En général le médecin parlait du plan de soins, du suivi et donnait informations et conseils sur le traitement; il vérifiait peu le degré de compréhension du patient et exprimait peu d'inquiétude ou d'empathie vis à vis du patient. Il semble qu'il y ait eu moins d'apparition de problèmes nouveaux quand le médecin dirigeait explicitement la consultation, donnait plus d'information sur le traitement et permettait l'expression d'affects positifs ou négatifs.

3) Echelles d'évaluation de la qualité de la relation médecin malade

-A partir d'une liste de 41 items sélectionnés à partir de différentes échelles d'évaluation de la qualité de la relation médecin malade utilisés et déjà validés dans différentes universités nord-américaines, 28 entretiens filmés ont été analysés par 4 enseignants et des résidents québécois (12): les auteurs ont quantifiés les items retrouvés dans ces entretiens et n'ont retenus que ceux qui étaient présents dans 70% d'entre eux. Ce travail leur a permis de faire ressortir une grille de 21 items :

.Accueil:

1-Accueil verbal

2-Etablir un contact visuel avec le patient si première visite

3-Dire le nom du patient si première visite

4-Se présenter si première visite

5-S'adresser verbalement à un accompagnant et lui demander verbalement son degré de parenté.

. Entretien:

6- Demander les raisons de la consultation(sauf si visite de suite: rappeler les raisons et demander si il y a de nouveaux problèmes)

7- Etablir un contact visuel pendant les explications du patient.

8- Interroger sur les problèmes actuels.

9- Eviter les répétitions

10- Utiliser un vocabulaire adapté à la compréhension du patient.

11- Regarder le patient quand il exprime des émotions.

12- Indiquer l'endroit où le patient peut se déshabiller.

13- indiquer le moment de se déshabiller.

.Conclusion de la consultation:

- 14- Dire les conclusions de l' examen clinique
- 15- Avec un vocabulaire adapté
- 16- Expliquer le traitement
- 17- Demander si le patient a d'autres questions.
- 18- Y répondre éventuellement
- 19- Expliquer les raisons d'éventuels examens complémentaires.
- 20- Dire au patient quand revenir.
- 21- dire au revoir.

-Autres critères de qualité:

. Pour certains auteurs (13) sept critères sont essentiels:

1. Respecter les valeurs du patient qui doit être considéré comme unique.
2. Informer et éduquer le patient sur sa maladie.
3. Favoriser le confort physique .
4. Favoriser le soulagement des anxiétés .
5. Vérifier la bonne coordination des différents intervenants auprès du patient.
6. Favoriser de bonnes conditions de suivi.
7. Impliquer l'entourage proche.

. Par ailleurs, certains encouragent l'élaboration par leurs patients de rapports sur leurs soins; une enquête auprès de 343 médecins (14) a montré que le jugement des patients sur la qualité des soins permettait de changer leur attitude (94%) , d'être un "feed back" relationnel (90%) , de développer un programme éducatif (81%) et d'évaluer le travail des étudiants et des équipes hospitalières (72%) cette enquête ayant eu lieu à l'hôpital. Par contre les médecins n'étaient pas d'accord dans l'utilisation de ces rapports pour les sélectionner ou influencer leurs rémunérations.

-L'apport de la conférence de consensus de Toronto sur la relation médecin malade (1991)

Elle insiste sur plusieurs points (15) :

- .Ne pas interrompre le patient qui expose le motif de consultation (durée: 2min30).
- .Favoriser l'expression des idées du patient sur sa maladie et l'expression de ses attentes.
- .Favoriser l'écoute active, la reformulation fréquente, les questions ouvertes, la clarification des problèmes, la négociation.
- .Se méfier des questions trop fermées, des conseils et des propos rassurants prématurés.
- .Intérêt de la formation : groupe Balint , jeux de rôles, enregistrement audio et vidéo, jeux de patients standards (acteurs).

4) Synthèse

Nous pouvons reprendre les critères de bonne qualité de la relation médecin malade les plus souvent cités dans les études citées précédemment et sélectionner la liste suivante :

- Etablir un accueil verbal (en prononçant le nom du patient et en se présentant s' il s'agit d'une première fois).
- Etablir un contact visuel, regarder en face.
- Demander les motifs de consultation (questionnement ouvert).

- Connaître les idées, croyances, représentations que le malade se fait de ses problèmes et de sa maladie (en respectant ses valeurs).
- Permettre d'exprimer soucis et émotions.
- Permettre d'exprimer les attentes (Ecoute active).
- Interroger sur les événements de vie.
- Diriger la consultation en expliquant ce que l'on fait.
- Dire les conclusions de l'examen clinique avec un vocabulaire adapté à la compréhension du patient.
- Réaliser une compréhension commune et une clarification du problème avec le patient (utilisation de la reformulation).
- Parler du suivi , d'éventuels recours (coordination) ou prescriptions.
- Donner un avis sur le pronostic.
- Informer sur le traitement.
- Négocier plutôt qu'imposer.
- Exprimer de l'empathie.
- Utiliser l'humour.
- Conseiller (avec modération en s'adaptant au patient et en évitant le "y'a qu'à").
- Rassurer (pas de manière systématique et prématurée).
- Soulager (moralement et physiquement).
- Demander si le patient a d'autres questions pour éviter " les questions de dernières minutes"
- Impliquer le patient (et éventuellement la famille) dans la résolution du problème.
- Conclure la consultation (et dire au revoir ...?).

Cette liste "théorique" nécessiterait d'être validé en France et probablement enrichi par l'expérience des praticiens de terrain.

Il faudrait aussi définir les critères qui semblent principaux et facilement mesurable, à dissocier de critères plus secondaires. On pourrait aussi les rassembler par grandes fonctions ou thèmes généraux (par ex: favoriser la confiance , la compréhension, prendre une décision, responsabiliser le patient... Enfin, on pourrait nuancer tout ceci en intégrant la gestion du temps (on n'a pas forcément le temps d'être au " top " de la relation pour chaque consultation) et ce qu'on pourrait appeler le " service minimum relationnel " (une consultation pour une angine ne comprend pas forcément tous ces critères): il ne faudrait pas tomber dans un travail dogmatique de "modélisation "et "d'idéalisation " de la relation.

Conclusion :

L'objectif principal de cet article était de permettre une approche consensuelle sur les critères de qualité de la relation médecin malade permettant au médecin généraliste de remplir sa fonction de médecine globale, de la synthèse (16), d'accompagnement (17), de soins relationnels (18), de psychothérapie de soutien (19) et de l'écoute(3). Mais parler de critères de qualité et d'évaluation de la relation médecin malade nécessite un travail de validation tant auprès des médecins généralistes que des patients. Cette recherche ne fait que s'amorcer en France dans ce domaine de la relation ; il faut poursuivre des travaux dans ce sens si on veut enseigner la relation médecin malade aux étudiants et améliorer la pratique du médecin généraliste.

Résumé :

Sur quels critères peut - on évaluer la qualité de la relation médecin malade en médecine générale ? Un certain nombre d'études (surtout nord américaines et anglo-saxonnes, mais

aussi plus récemment françaises) ont tenté de répondre à cette question. Une synthèse de toutes ces études permet d'aboutir à une grille de critères de qualité de la relation médecin malade qui devra faire l'objet d'un travail de validation tant auprès des médecins généraliste que des patients.

Summary :

On what criterions can we assess the quality of doctor-patient relationship in general practice ? Some studies (mostly north american and north european, but also more recently french) tried to answer this question. A synthesis of all these studies allow to obtain a check-list of these quality criterions. This check-list must be assess by general practitioners and patients to be valid in France.

Références bibliographiques:

- 1) Llorca G. Communication Médicale 1ère édition Paris : Ellipses 1994 p159.
- 2) De Butler J et al. L'effet médecin... coté patient. Exercer 1992; 18: 24-27
- 3) Balint M. Le médecin, son malade et la maladie 2ème édition Paris : Petite bibliothèque Payot 1973 p 422.
- 4) Arborelius E, Bremberg S. What can doctors do to achieve a successful consultation? Family Practice 1992; 1:61-66
- 5) Roter D et al. Communication Patterns of Primary Care Physicians . JAMA 1997; 277,4: 350-356.
- 6) Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. Br Med J 1990;301: 968-970.
- 7) Senand R et al. Esquisse par des patients de leur médecin généraliste. Revue du praticien-médecine générale 1995; 318: 65-70.
- 8) Doumenc M et al. Que perçoit le médecin de l'attente de son patient? Revue du praticien-médecine générale 1993; 219: 55-64.
- 9) Senand R . Prise en charge des événements de vie en médecine générale. Revue du praticien-médecin générale 1997; 382/383: 35-41.
- 10) Kravitz RL et al. Internal médecine patients' expectations for care during office visits. J Gen Intern Med 1994; 9: 75-81.
- 11) White J et al. "Oh, by the way...": the closing moments of the médical visite. J Gen Intern Med 1994; 9: 24-28.
- 12) Lehmann F et al. Physician-patient interaction: a reliable and valid check-list of quality. Can Fam Physician 1990; 36: 1711-1715.

- 13) Delbanco T. Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. *Annals of Internal Medicine* 1992; 116,5: 414-418.
- 14) Covinsky K E et al. Physicians' attitudes toward using patient report to assess quality of care. *Acad Med* 1996; 71 : 1353-1356.
- 15) Conférence de consensus de Toronto 1991. Cité par *Prescrire* 1992; 12, 124:631.
- 16) Rouy J L. Synthèse et communication en médecine générale. *Revue d'éducation médicale* 1986 ; IX, 5 : 25-30.
- 17) Lefèvre P. L'accompagnement en médecine générale. *Revue du praticien médecine générale* 1996 ; 336 : 35-42.
- 18) Rodary F. Médecine et soins relationnels : quelle réalité ? *Revue du praticien médecine générale* 1997 ; 399 : 36-42.
- 19) Gourmet E. Place et utilisation des psychothérapie dans la prise en charge du sujet du sujet dépressif en médecine générale. Thèse de médecine 1998 Lyon.