



Comment améliorer la participation des personnes âgées en consultation de médecine générale ?

**G. HUBERT
D. DOUMONT**

A la demande et en collaboration
avec le centre académique
de médecine générale (CAMG).

**Octobre 2009
Réf. : 09- 55**

Série de dossiers techniques



Table des matières

1. Introduction	2
2. Méthodologie	5
3. La participation : historique et définitions	6
4. Les patients âgés souhaitent-ils participer à la consultation ?.....	7
5. Les facteurs influençant la participation des patients.....	7
5.1. Au niveau organisationnel.....	7
5.2. Facteurs influençant la participation de manière positive.....	8
5.3. Facteurs influençant la participation de manière négative.....	9
6. Moyens disponibles pour améliorer la participation des patients âgés	11
6.1. Interventions visant le patient	12
6.2. Formations à destination du médecin.....	14
7. Comment évaluer la participation et les facteurs qui l'influencent ?.....	17
7.1. Mesure sur base d'enregistrements vidéo.....	17
7.2. Mesure sur base de questionnaires	18
7.2.1. Mesure des résultats de la formation.....	18
7.2.2. Mesure de la participation.....	19
7.2.3. Mesure des compétences du patient.....	19
7.2.4. Mesure de la satisfaction de la consultation.....	19
8. Recommandations	21
9. Conclusions	23
10. Bibliographie.....	25

« Comment améliorer la participation des personnes âgées en consultation de médecine générale ? »

Le CAMG, dont un des domaines de prédilection, - via la chaire de médecine générale - est la gériatrie, a introduit auprès du Ministère de la Communauté française de Belgique une proposition de recherche dans le domaine de la promotion de la santé : « nos aînés et leurs investissements dans la gestion quotidienne de leur santé ». L'unité RESO en collaboration avec le CAMG réalise un dossier technique afin notamment d'éclairer et mieux comprendre les facteurs qui influencent la participation des personnes âgées en consultation de médecine générale et les moyens/actions mis en oeuvre pour améliorer cette participation.

1. Introduction

Une attention toute particulière est accordée à la participation des patients âgés en consultation de médecine générale. En effet, quelque soit leur âge, les patients ont beaucoup à gagner à s'impliquer dans la gestion de leur propre santé. Leur participation active à la consultation est associée à de meilleurs résultats au niveau de leur état général, une meilleure qualité de la communication, une meilleure prise de conscience des problématiques rencontrées. Différents types d'interventions ont déjà été étudiés : la grande majorité d'entre elles portent sur le patient, certaines sur le médecin et d'autres sur le médecin et le patient simultanément. Très peu d'études s'intéressent aux personnes âgées.

Il est dès lors envisagé de réaliser, auprès de médecins généralistes volontaires, une intervention qui aurait pour but de les aider à favoriser la participation de leurs patients âgés dans le cadre d'une consultation de médecine générale.

Nous assistons actuellement à une (r)-évolution du type de relation patient-médecin. En effet, nous sommes passés d'un **modèle dominant de communication** de type « **paternaliste** » vers un modèle « **pluraliste** » avec partage de prises de décision et « **empowerment individuel** ». Cette transition est le résultat de différentes tendances au sein de la société, une évolution des principes éthiques et une prise de conscience que le type de communication peut affecter à la fois les résultats cliniques et les résultats non cliniques.

De nos jours, la consultation doit relever de nombreux challenges (phénomène de médicalisation, pression pour favoriser et augmenter la santé, ...). Pour Taylor (2009), la consultation doit être centrée à la fois sur l'accessibilité, la communication, la compréhension et la délivrance de prestations de soins.

L'auteur tente de définir ce que l'on entend précisément par participation du patient et approche centrée du patient. Il tente également de comprendre comment articuler ces

¹ L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, D. Doumont, G. Hubert, M-F. Libion, J. Pélicand et S. Roussel.

différents concepts dans le cadre précis d'une consultation. Une communication efficace est cruciale pour le succès de cette interaction.

Du point de vue du médecin, le recueil des antécédents médicaux (history taking) est probablement la partie la plus significative. Des études citées par Taylor (Hampton JR et al, 1975) ont montré que cette partie de la consultation à elle seule permet au praticien, dans 75 % des cas, de poser un diagnostic. L'examen clinique permettra d'établir un diagnostic dans 10 % des cas et enfin des investigations complémentaires seront nécessaires pour 10 autres pourcents.

Du côté des patients, leur capacité d'adaptation est largement dépendante du type de communication adoptée par les médecins.

Auparavant, les interactions observées entre patients et médecins étaient de type paternaliste et directif, centrées sur le professionnel, sans doute en corrélation avec le rôle perçu.

Pour l'auteur, l'explication la plus convaincante au fait que la participation du patient en consultation soit bénéfique est le nombre d'études réalisées à ce sujet et prouvant son efficacité.

- Les problèmes de communication surviennent le plus fréquemment lorsque l'on ne tient pas compte, voire peu, de l'agenda des patients (Tate T., 2003).
- L'implication des patients dans la prise de décision peut influencer une quantité de résultats cliniques (tension artérielle, glycémie, ...) (Greenfield S. et al, 1988).
- De nombreux travaux démontrent également que l'implication des patients en consultation favorise l'adhérence aux prescriptions et traitements (Marinker M., 1997).
- Les patients sont plus satisfaits de leur consultation lorsque leurs idées et préoccupations sont prises en considération (Little P. et al. 2001) et ceci d'autant plus dans le cas précis de consultations concernant des problèmes psycho-sociaux (Winefield H. et al. 1995 ; Launer J., 1999).

Taylor (2009) signale toutefois que ce n'est pas toujours le cas pour tous les patients. En effet, dans une étude citée par l'auteur et qui concerne des patients atteints de cancer, à peu près un tiers des patients souhaitent se soumettre à leur médecin en ce qui concerne les prises de décisions thérapeutiques (Degner L. et al. 1997). Certains patients, en médecine générale, préfèrent un style plus directif, surtout ceux qui présentent des plaintes physiques ou qui viennent pour une demande de prescriptions (Savage R. et al. 1990). L'approche centrée sur le patient est moins appréciée par les patients plus âgés qui souvent privilégient et apprécient plus le style paternaliste (Jones G., 2003 & Coulter A., 1999). Tenant compte du fait que les personnes âgées et les personnes atteintes de pathologies sévères constituent une lourde charge en terme de morbidité, il s'agit là d'une observation significative. Stewart M., (2001), cité par l'auteur, va plus loin en précisant que la communication véritablement centrée sur le patient devrait passer par la reconnaissance du style préféré du patient et l'adaptation suffisante pour réagir en conséquence.

Deux freins ont toutefois été identifiés à ce type d'approche centrée sur le patient. D'une part, le mouvement « d'evidence-based medicine » qui est parfois reconnu (mais critiqué par certains) comme étant un obstacle majeur à la communication centrée sur le patient (perspective bio-médicale qui se focalise sur la maladie plus que sur l'individu) (Strauss S. et al., 2004 ; Heath I., (1999)). D'autre part, il existe certaines discordances dans le langage, les attentes et la culture entre les médecins et les patients. Tucket et al., (1985) observaient peu de dialogue et de partage d'idées, parce que « les médecins ne connaissaient pas les détails de ce que les patients pensaient »... Ces observations sont renforcées par une certaine confusion entre les perceptions et les attentes des patients et des médecins traitants, etc (Cronarty,

1996 & Martin, 1991). Une des raisons invoquées est le conflit existant entre l'expérience subjective et indifférenciée du patient et le besoin du médecin d'objectiver, de coder et de structurer l'information. La communication devient donc un exercice de « codification/appelation » plus que de « guérison ».

Selon Thompson (2007), alors que la littérature regorge d'informations concernant les méthodes favorisant la participation et l'implication des patients, peu d'attention est réellement portée au rôle que les patients souhaitent réellement jouer ni même à la signification conceptuelle de l'implication et de la participation. Les résultats d'une enquête réalisée par Thompson auprès d'une quarantaine de patients (Royaume-Uni) montrent que la participation est co-déterminée à la fois par les patients et les professionnels et qu'elle survient seulement dans une relation de dialogue et de partage de décisions. Tout le monde ne souhaite cependant pas s'impliquer dans ce type de relation et le degré d'étendue de l'implication dépendra de plusieurs facteurs :

- le degré de sévérité de la maladie,
- le contexte dans lequel la maladie s'inscrit,
- la variété des caractéristiques personnelles,
- le type de relation entretenue avec les professionnels.

Kaba R. et Sooriakumaran P. (2007) se sont plus intéressés à l'évolution de cette relation médecin-patient qui a beaucoup changé au cours de ces dernières décennies. Ils rappellent le passage de **modèles de type paternaliste** (le patient recherche de l'aide et le médecin prend une décision, il met à profit ses compétences pour choisir les interventions et les traitements les plus adéquats permettant de maintenir, voire d'améliorer la santé du patient et, les informations fournies au patient contribuent à asseoir la décision du praticien) vers des **modèles plus centrés sur le patient** (modèle qui privilégie une plus grande autonomie de la part du patient, un meilleur contrôle, une réduction de la prédominance du médecin et qui favorise la participation mutuelle ; le médecin tente de pénétrer dans le monde du patient afin de percevoir la maladie au travers du regard du patient).

Ces mêmes auteurs rappellent également les travaux de Szasz et Hollander (1956) qui identifiaient 3 modèles :

- Actif/passif
- Guidance/co-opération
- Participation mutuelle

Les deux premiers modèles relèvent du type paternaliste et sont centrés essentiellement sur le médecin, le dernier est axé sur le patient.

D'autres auteurs (Mead & Bower, 2000), cités par Kaba et Sooriakumaran (2007) décrivent 5 dimensions dans l'approche centrée sur le patient :

1° Perspective bio-psycho-sociale : il ne faut pas s'occuper uniquement de la sphère bio-médicale mais il s'agit d'appréhender et se sentir responsable des aspects non-médicaux du patient (Balint, 1964 ; Grol et al., 1990).

2° Le patient comme une personne : l'approche bio-psycho-sociale ne suffit pas à elle seule pour comprendre l'expérience de maladie du patient qui dépend de sa « biographie » particulière. Il faut tenter de comprendre réellement la signification de la maladie auprès du patient (Mead & Bower, 2000). Par exemple, une situation financière insécurisante (refus de voir la maladie et d'interpréter les symptômes comme tel de peur d'être identifié inapte au travail).

Comprendre l'histoire de maladie du patient entraîne l'exploration et la compréhension des symptômes du patient, la prise en compte du cadre élargi de vie dans lequel s'inscrit la maladie (Stewart, 1995).

3° Le partage du pouvoir et des responsabilités : privilégier une relation médecin-patient égalitaire, démocratique.

Byrne & Long (1976) suggèrent qu'une consultation centrée sur le patient nécessite la renaissance des besoins et préférences du patient, en encourageant par exemple le patient à émettre des idées et en proposant une collaboration. Ainsi, ce type d'approche centrée sur le patient favorise une plus grande participation dans la gestion des soins.

4° L'alliance thérapeutique : les « changements » thérapeutiques peuvent être favorisés par des attitudes d'empathie, de congruence et un regard positif (Rogers, 1967). Roth & Fonagy (1996) insistent sur l'importance de plusieurs aspects dans la relation médecin-patient :

- a) la perception du patient quant à la pertinence et la perspicacité des interventions proposées,
- b) l'accord sur les objectifs/buts du traitement,
- c) les composantes cognitives et affectives comme par exemple le cautionnement entre le médecin et le patient et la perception propre du médecin en tant que soignant, attentionné, sensible et sympathique.

5° Le médecin comme une personne : alors que le modèle bio-médical est un modèle « one-person medicine », le modèle centré sur le patient est un modèle incluant deux personnes : le médecin et le patient qui s'influencent mutuellement, à tout moment et ils ne peuvent en aucun cas être considérés séparément.

Enfin, toujours selon Kaba R. et Sooriakumaran P. (2007), un nombre important de variables peut influencer le fait qu'un médecin privilégie une approche centrée sur le patient :

- le contexte professionnel/médical,
- les facteurs liés aux patients,
- les facteurs liés aux médecins,
- le niveau d'influence de la consultation,
- les « shapers » : norme culturelle, facteurs socio-économiques, expérience personnelle, la formation du praticien et son expérience.

2. Méthodologie

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Science direct (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science). Certains sites Internet ont également été consultés.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles retenus. Toutefois, notons que peu d'articles envisagent les conditions d'interaction, de communication et de participation de la personne âgée dans le cadre précis d'une consultation en médecine générale. Des études existent et portent sur le patient en général, d'autres concernent à la fois le médecin et le patient simultanément

Au regard de ces différents critères et remarques, 27 articles ont été recensés dans le cadre de cette revue de littérature. Pour la grande majorité d'entre eux, ils concernent essentiellement les 10 dernières années et sont rédigés en anglais.

Les mots clefs retenus pour la recherche documentaire ont été : « communication », « patient participation », « patient involvement », « general practice », « general practitioner », « physician-patient relation », « physician-patient interaction », « older patient », « elders », « communication skills training ».

3. La participation : historique et définitions

Les définitions de la participation des patients à la consultation sont très variées et les résultats des études peuvent difficilement être comparés, étant donné ces différences de définitions.

Dans la revue de littérature réalisée par Haywood et al. (2006), la participation du patient est opérationnalisée comme « *une interaction ou une série d'interactions entre un patient et le système de soins de santé ou le professionnel de soins de santé dans lequel le patient est actif, en donnant des informations en vue d'aider au diagnostic et à la résolution de problème, en partageant ses préférences et priorités pour le traitement ou sa gestion, en posant des questions et/ou en contribuant à identifier des approches managériales qui rencontrent au mieux ses besoins, préférences et priorités.* »

Chez Zandbelt et al. (2006), la participation du patient est opérationnalisée à travers deux dimensions. Premièrement par *la part relative que prend le patient dans la conversation* (en quantité de temps par rapport au temps de parole du médecin) et deuxièmement par *les comportements actifs de participation* : questions, affirmations, expressions de préoccupations et réponses aux questions. La participation du patient y est vue comme la conséquence d'une approche centrée sur le patient, définie comme une communication « dans laquelle le point de vue du patient est activement sollicité par le soignant ».

Hobma et al. (2006) perçoivent la participation sous l'angle de *la communication entre médecin et patient*, élément essentiel aux soins de santé et qui a un impact important sur la satisfaction du patient et son adhésion au traitement ainsi qu'aux conseils prodigués. La participation du patient est également sous-tendue par une approche centrée sur le patient.

Broers et al. (2005) parlent de participation simplement en termes d'*adhésion à la médication* (patients asthmatiques). Cependant, lorsqu'ils mettent en évidence les objectifs d'une formation, ils insistent sur l'esprit de « collaboration, évocation- et autonomie » nécessaire.

- La **collaboration** est alors présentée comme se référant au **partenariat** (plutôt qu'à une relation expert-récepteur) entre un conseiller et son client. Dans ce cadre-ci, la participation est alors une *collaboration dans la communication*.
- L'**évocation** signifie les arguments pour changer ce qui est recevable (évocateur) pour le client plutôt que quelque chose de déversé par le conseiller.
- L'**autonomie** évoque le respect explicite du conseiller pour la responsabilité et la liberté de choix du client.

4. Les patients âgés souhaitent-ils participer à la consultation ?

Dans l'étude européenne de Bastiaens et al. (2007), la plupart des personnes interrogées souhaitent participer aux prises de décisions concernant les diagnostics, les traitements. Elles sont conscientes d'avoir un rôle important et actif à jouer et attendent de leur médecin généraliste qu'il leur fournisse les informations nécessaires pour qu'elles soient capables de prendre ces décisions. Ceci implique que le médecin généraliste soit capable de mettre en place un processus dynamique pour favoriser/améliorer la participation des patients. Les auteurs confirment les résultats obtenus par d'autres recherches (Vick et al., 1998 ; Pooley et al., 2001 ; Grol et al., 2000 ; Coulter et al., 2005).

Mais cette même étude, [confirmant par là celles de Robinson et al., 2001 ; Levinson et al., 2005 ; Vick et al., 1998 ; Guadagnoli & Ward, 1998] met en évidence que certaines personnes âgées (% non précisé) estiment que la gestion de leur maladie et/ou de leur santé est l'affaire du médecin généraliste (« c'est son boulot ») et de ce fait, elles considèrent qu'elles n'ont pas de rôle à jouer à ce niveau. Par contre, pour d'autres patients (% non précisé), ils sont conscients d'avoir un rôle important et actif à jouer.

5. Les facteurs influençant la participation des patients

5.1. Au niveau organisationnel

Les participants à l'étude de Bastiaens et al. (2007) citent spontanément l'importance de l'organisation globale des soins parmi les éléments qui faciliteraient leur participation. Ils réclament plus de temps de consultation au cabinet de la part du médecin. Pour contrer le manque de temps, ils adoptent certaines stratégies, comme demander plus facilement le passage du médecin à domicile ou réclamer la présence d'une tierce personne qui pourra prendre plus de temps pour expliquer les informations délivrées par le médecin lors de la consultation. Cette étude européenne, tout comme celle effectuée par Belcher et al. aux USA (2006), montre l'importance de « penser » une organisation des soins en fonction de l'âge de la population, confrontée à des pathologies plus lourdes et qui exigent un réel dialogue entre médecins/soignants et patients. Les auteurs relèvent l'insuffisance (en terme de nombre) de médecins généralistes et donc le problème de patientèle trop importante par médecin.

La difficulté d'accès au cabinet médical (ex : cabinet au 1^{er} étage sans ascenseur, les heures d'ouverture de ce dernier, la difficulté liée aux déplacements vers le cabinet, etc.) et la difficulté d'accès au médecin (pas facilement joignable, trop de patientèle et donc trop occupé, ...) sont des freins à la participation du patient. Dans 3 pays (Belgique, Royaume-Uni et Pays-Bas), le rassemblement de médecins généralistes dans un même lieu (par exemple, cabinet commun à plusieurs médecins, maison médicale,...) constitue un frein à la participation des patients. La principale raison évoquée est la non certitude d'avoir toujours le même soignant qui vous accueille et qui vous suit dans la gestion de votre santé.

5.2. Facteurs influençant la participation de manière positive

D'après Epstein (2005), dans les soins de santé primaires, **la relation de partenariat** semble plus importante que la relation de confiance. Certaines habitudes cliniques promeuvent une bonne communication : l'attention, la curiosité, la flexibilité et la présence. Il recommande d'explorer les qualités d'esprit des individus et les systèmes qui prédisposent à une bonne communication.

Une attitude du médecin centrée sur le patient devrait influencer favorablement la participation du patient (Zandbelt et al., 2006). Une approche centrée sur le patient se caractérise par la présence d'attitudes qui facilitent l'expression par le patient de son vécu de la maladie, des traitements et des comportements de santé et par l'absence d'attitudes qui inhibent ce type d'expression chez le patient.

Il montre que la participation du patient est globalement favorisée par certaines attitudes du médecin. Des silences, **des encouragements verbaux et non-verbaux**, une synthèse de la parole du patient, des questions ouvertes et fermées, un reflet de ce qui a été perçu en termes de faits, émotions, processus, et des constats respectueux sont des attitudes favorisantes. Parmi les comportements facilitateurs, on relève les redites (répéter les derniers mots que le patient a prononcé) (Epstein 2005).

Certains comportements facilitateurs sont associés à l'expression par le patient de ses préoccupations mais ne sont pas associés à ses questions ou ses énoncés assertifs. Ceci peut indiquer que les patients expriment leurs questions et opinions assez facilement mais qu'ils ont besoin d'encouragements de la part du médecin pour exprimer leurs préoccupations en ce qui concerne la santé. L'expression de leurs préoccupations n'est pas associée à des questions directes du médecin mais à des **silences du médecin, des encouragements à minima** et des compétences plus complexes de la part du médecin, telles que **le reflet de ce qu'il a perçu en termes de faits et d'émotions**.

Beck et al. (2002) ont listé les **comportements verbaux** du médecin qui ont un lien avec une mesure de résultat positive chez le patient (le plus souvent la satisfaction ou la compliance). Parmi les comportements verbaux favorables, certains concernent plus particulièrement la relation interpersonnelle proprement dite : la cordialité, la courtoisie, l'empathie et de manière plus précise, l'expression d'une appréciation intellectuelle de la situation du patient, le comportement centré sur le patient (encourager le patient à poser des questions), l'auto-dérision du médecin pour faire baisser la tension, les encouragements (une expression de renforcement ou d'appréciation des actions du patient).

La qualité de l'échange des informations influence également de manière positive la satisfaction et/ou la compliance du patient. Le médecin devrait montrer un comportement d'écoute (réponse aux questions et déclarations du patient) et être attentif à fournir des explications; manifester de l'intérêt pour les questions psychosociales et de la vie quotidienne (discuter, conseiller, questionner), laisser du temps au patient pour qu'il puisse raconter son histoire, et prendre du temps pour réaliser des activités d'éducation pour la santé.

Durant l'examen clinique, l'orientation du patient sur la nature et les résultats de l'examen entraîne une majoration de la satisfaction du patient.

Au niveau de la prise de décision (médicale) le médecin aurait avantage à partager les informations médicales, discuter les effets du traitement, et laisser le point de vue du patient dominer la partie des conclusions, tout en orientant le patient.

L'empathie, qui implique un lien socio-émotionnel entre le médecin et le patient, est vitale pour développer et soutenir la relation thérapeutique (Roter 1989, cité par Williams et al., 2007). L'empathie peut augmenter le sentiment « d'être en relation », réduire l'expérience du patient d'aliénation par un tiers ; elle peut être exprimée par voie verbale et non verbale (Sleath 2000, cité par Williams et al., 2007).

Des expressions verbales d'empathie peuvent comprendre les mots d'encouragement, des expressions de compréhension, ou des invitations au patient à raconter son expérience de maladie ou de douleur. Des expressions non verbales d'empathie peuvent comprendre un contact visuel pendant la discussion de sujets difficiles, le fait de se pencher vers le patient ou d'avoir une distance d'interaction plus proche qu'une distance d'interaction formelle (Hall et al., 1995, Roter et al., (1989), cités par Williams et al., 2007)). Un médecin peut fournir plus d'informations à un patient par le ton de sa voix, son attitude corporelle et les expressions de son visage reflétant des marques d'empathie.

5.3. Facteurs influençant la participation de manière négative

Bastiaens et al. (2007) relèvent **chez les patients des freins** à la participation :

- le sentiment de se sentir « inférieur » au médecin (sentiment d'auto-efficacité faible).
- la difficulté d'exprimer ses idées, ses positions ou tout simplement de s'exprimer.
- le faible niveau d'instruction qui risque de provoquer une mauvaise voire une non compréhension des messages, des informations délivrées par le médecin.
- l'anxiété ressentie face à l'annonce d'un diagnostic grave, au fait de devoir subir des examens d'investigation lourds.
- le manque de temps lors des consultations car les personnes âgées sont « conscientes » qu'elles ont besoin de plus de temps pour comprendre et assimiler les informations reçues, formuler des questions que les patients plus jeunes. Des consultations courtes donnent l'impression au patient que le médecin est trop occupé, peu disponible pour l'écouter et répondre à ses demandes et donc, ceci constitue un frein à l'implication des patients dans la gestion de leur santé.

Une étude a été menée par Kidd et al. (2004) et s'intéressait aux divers facteurs qui empêcheraient une participation active dans le cadre de la consultation de médecine générale. Une des barrières identifiées par les auteurs est la **barrière cognitive** de l'inacceptabilité de poser des questions à un médecin. Une seconde est la barrière cognitive de l'oubli des questions à poser et une troisième barrière est la **barrière affective** de l'embarras.

Par son attitude, le médecin peut donc, parfois par inadvertance, mettre une barrière à une transmission effective et efficiente d'informations par leurs patients. Parmi ces barrières, on retrouve le fait **d'interrompre ou de presser les patients**. En moyenne, les médecins interrompent leurs patients après 23 secondes (Marvel 1999, cité par Williams et al., 2007). Les patients âgés se sentent mal à l'aise et incapables d'aborder des questions psychosociales quand ils se sentent pressés pendant la consultation et qu'ils ressentent que leur médecin n'est pas intéressé par ce qu'ils ont à dire (Grenne et Adelman 1996, cité par Williams 2007). Ces deux facteurs (la contrainte de temps et l'impression d'être pressé) sont souvent présentés par

les patients âgés comme une barrière à une communication efficace (Vieder, 2002, cité par Williams et al., 2007).

Parmi les comportements inhibiteurs, on retrouve étonnement le fait de **poser des questions ouvertes**, en particulier en début de consultation. Il semblerait que tout type de question entraîne une obligation de répondre, la réciprocité étant une norme culturelle. Dans le contexte d'adhérence au traitement, le simple fait de poser des questions peut avoir l'effet inattendu de diminuer celle-ci, de même que la satisfaction des soins (Hall (1988) et Rost (1989), cités par Epstein, 2005). De même, le simple fait de fournir davantage d'informations, particulièrement si cela n'est pas demandé, pourrait avoir un effet contraire (Bertakis et al., 1991).

D'autres attitudes inhibent également la participation, comme (Zandbelt et al., 2007) le fait de **changer de sujet ou d'ignorer ce qui est dit**, le fait de donner de l'importance à autre chose que ce qui est discuté, de minimiser, **d'exprimer un avis ou d'orienter prématurément** vers un autre collègue, d'exprimer des critiques, des sarcasmes et faire des interruptions inappropriées.

Beck et al. (2002) ont également relevé certains comportements qui altèrent le processus de communication « patient-soigné » : accueil passif, interactions socio-émotionnelles négatives, comportement formel et non intégratif (antagonisme et rejet passif), fréquence de questions essentiellement de type bio-médical, attitude directrice, présence de signes d'irritation voire de nervosité, etc.

Selon Theunissen et al. (2003), les médecins ne sont pas suffisamment familiarisés à discuter avec les patients de sujets tels que les **représentations ou croyances liées à la maladie**. Ils se sentent en difficulté quand ils doivent dire aux patients que les idées de ceux-ci sont en contradiction avec la connaissance médicale. De ce fait, ils se sentent frustrés de ne pas arriver à atteindre les patients. De son côté, le patient peut interpréter cela comme un manque d'attention de la part du médecin pour leur priorités ou perspectives personnelles.

En conclusion, il semblerait donc selon Bastiaens et al., (2007) que la plupart des participants souhaitent participer aux prises de décisions concernant les diagnostics, les traitements et qu'ils attendent de leur médecin généraliste qu'il leur fournisse les informations nécessaires pour qu'ils soient capables de prendre ces décisions. Ceci implique que le médecin généraliste soit capable de mettre en place un processus dynamique pour favoriser/améliorer la participation des patients. Ils confirment les résultats obtenus par d'autres recherches (Vick et al., 1998 ; Pooley et al., 2001 ; Grol et al., 2000 ; Coulter et al., 2005).

Pour faciliter la participation des patients : **une « bonne » communication** de la part du médecin généraliste est un élément indispensable (donner des informations claires, dans un langage compréhensible par la personne, être aidant pour inviter le patient à s'exprimer, prévoir et consacrer du temps lors d'une consultation avec des personnes âgées, etc).

Ceci implique que le médecin généraliste connaisse réellement « son patient », qu'il s'implique dans une relation de communication aidante dans laquelle le patient se sent libre de négocier les aspects de son traitement, ses comportements de santé. Le médecin doit donc mettre en place une approche « taillée » à l'ensemble des caractéristiques du patient (caractéristiques personnelles, aspirations, demandes, attentes, etc.) Cette **approche individuelle** est d'autant plus indispensable que le désir de s'impliquer dans la prise de

décision est quand même hétérogène parmi la population plus âgée. Une approche individuelle du médecin vis-à-vis de chaque patient est donc plus que nécessaire. Ceci requiert des efforts importants de la part des médecins généralistes. En effet, ils doivent (devraient) être capables d'utiliser des stratégies flexibles en fonction de la personne qui se trouve en face d'eux.

Le médecin doit également être capable d'adapter son comportement **en fonction du moment de la consultation**. En effet, Cegala (2002) a remarqué que l'utilisation par le médecin de certaines compétences spécifiques entraîne des effets différents en fonction du moment où elles sont utilisées pendant la consultation. Il recommande de ne pas embrayer directement sur la première inquiétude exprimée par le patient, de commencer avec des questions ouvertes (en contradiction avec l'avis d'Epstein), d'identifier et d'explicitier l'agenda du patient, et de négocier un agenda réaliste pour la consultation.

Bien que les facteurs influençant la participation en consultation ont été étudiés majoritairement dans des études sur une population de tout âge et non sur la frange plus âgée de celle-ci (sauf l'étude de Bastiaens), il semble qu'en ce qui concerne l'attitude du médecin, on peut considérer que les facteurs d'influence auprès de la population en général puissent être extrapolés pour la population âgée en particulier.

Vieder et al. (2002) ont étudié **les souhaits de la population âgée** (plus de 65 ans) en ce qui concerne l'interaction patient-médecin. En voici les principaux résultats :

- Le médecin est LA source d'information préférée de la majorité des personnes âgées de plus de 65 ans.

- Les traits de caractère les plus recherchés chez un médecin sont : la patience, la confiance, la clarté, l'attention, l'empathie, la compassion et la franchise.

- Les personnes âgées souhaitent instaurer un sentiment de confiance avec leur médecin. Les attitudes et l'apparence personnelle du médecin ont leur importance. Les plaintes principales émises par les personnes âgées sont notamment l'impression d'être « pressées » par leur médecin et de ne pas avoir le temps de leur poser des questions et, dans le cas où le médecin leur accorde le temps de poser ces questions, son langage corporel est en contradiction avec ce qu'il exprime verbalement (manque de contact visuel, il se dirige vers la porte pour conclure la consultation, il hésite à toucher le patient).

- Les patients se plaignent également que le médecin utilise des mots qu'ils ne comprennent pas toujours.

6. Moyens disponibles pour améliorer la participation des patients âgés

Puisqu'il s'agit d'améliorer la participation du patient âgé à la consultation de médecine générale, l'on peut envisager d'agir sur l'un des deux partenaires de la relation : - le médecin ou le patient - ou sur les deux simultanément.

Etonnement, une revue de la littérature constate que la majorité des interventions ciblent plutôt le patient. En effet, Haywood et al. (2006) ont effectué une méta-analyse sur les différents types d'interventions et les stratégies pour améliorer la participation des patients au processus de consultation et leur efficacité. La majorité (139) des 176 interventions décrites ciblent le patient. Une toute petite partie (37) cible le prestataire de soins.

Sur les 137 articles, la majorité cible uniquement le patient (105 études), 35 ciblent le fournisseur de soins et seulement 7 ciblent les deux à la fois.

Haskard et al. (2008) ont étudié les effets **d'une formation en communication du patient** et/ou du médecin sur la participation et la satisfaction. Cette formation du médecin a eu lieu en trois temps durant les premier, deuxième et troisième mois de l'étude. La première évaluation a donc eu lieu directement après la dernière formation. La formation du patient a lieu dans le troisième mois de l'étude, donc également juste avant la première évaluation.

La formation du médecin entraîne une amélioration de la satisfaction du patient en général (peu à trois mois mais beaucoup plus à 6 mois). Elle améliore également après 6 mois la perception par le patient des conseils donnés par le médecin sur les comportements de santé (et ce après une baisse à trois mois). Cette formation améliore la satisfaction du médecin quant à la qualité de son examen clinique. Il y a une amélioration de la communication du médecin (connected and sensitive communication). La formation du patient n'entraîne pas d'effet significatif sur la satisfaction du patient. Le seul effet est une amélioration de la satisfaction du médecin sur la consultation (essentiellement au niveau des données récoltées lors de la consultation). La satisfaction du médecin est moins bonne quand seulement un des deux de la dyade médecin-patient a reçu une formation. Le médecin semble également moins souhaiter un changement dans la relation et semble plus stressé (c'est également le cas si aucun des deux n'a reçu une formation, mais ceci a été mesuré uniquement à trois mois et non pas à 6 : les médecins n'ont donc pas eu le temps de consolider leurs compétences en communication. Ceci n'est pas vrai en ce qui concerne la satisfaction du patient. C'est seulement au sixième mois que l'on observe une amélioration des compétences en communication chez les médecins. L'apprentissage de nouvelles compétences entraîne un déséquilibre dans les premières étapes du changement mais il est ensuite suivi très rapidement par une amélioration de ces compétences. Il y a donc un temps qui est nécessaire pour consolider les compétences avant de constater leur effet sur le terrain.

La formation des deux membres de la dyade semble avoir les effets les plus importants. Si l'on intervient sur une des deux personnes de la dyade, c'est la formation du médecin qui semble la plus efficace.

6.1. Interventions visant le patient

Parmi les interventions ciblant le patient, dans une revue de la littérature publiée en 2008, Kinnersley et al. ont étudié plus particulièrement les **différentes interventions effectuées avant la consultation auprès des patients** ceci afin de les aider à formuler leurs besoins en information (33 études RCT entre 1966 et 2006). On n'observe pas une plus grande efficacité de la consultation ni une amélioration de la satisfaction du patient, mais simplement une augmentation de la longueur de la consultation. Peu d'interventions comprennent un volet de formation du clinicien, et si elle a lieu, cette formation est courte.

L'on constate donc que les interventions portant sur le patient n'améliorent ni la qualité de la consultation, ni la satisfaction du patient. Il est étonnant de constater que la majorité des études s'intéressent au changement de comportement du patient, sans s'intéresser à l'autre partenaire de la relation de soins, à savoir le médecin. Il semble également surprenant de vouloir améliorer la participation du patient sans se demander d'une part si ce changement d'attitude serait apprécié, voire encouragé, par le médecin et d'autre part si celui-ci serait prêt à y répondre.

Il paraît donc nécessaire de s'intéresser plus particulièrement aux compétences du médecin en terme de communication, ceci afin que le patient puisse participer/s'investir pleinement dans une relation de partenariat médecin-patient. Notons également que parmi les études citées ci-dessus, aucune ne concerne la population âgée en particulier.

A titre d'exemple d'interventions visant le patient, relevons l'étude de Kidd et al. (2004). En effet, cette intervention vise **les diverses barrières identifiées** et qui peuvent empêcher une participation active du patient à la consultation de médecine générale (inacceptabilité de poser des questions à un médecin, oubli des questions à poser, embarras de poser certaines questions).

Les mesures portent sur :

- le nombre de questions posées,
- l'auto-efficacité perçue en posant des questions,
- le sentiment de satisfaction lors la consultation,
- le degré de confiance des patients en leurs capacités à poser des questions,
- le contrôle de la maladie.

On n'observe pas de différence significative en terme de nombre de questions posées dans les groupes intervention, mais bien une augmentation du sentiment d'auto-efficacité à poser des questions et une amélioration de la satisfaction à trois mois pour les patients du groupe intervention. Les patients de moins de 45 ans posent plus de questions. Les patients de race blanche posent également davantage de questions. Il existe une interaction entre l'âge et l'origine ethnique. Avec l'âge, seuls les patients de race blanche posent plus de questions. Il n'y a pas de lien avec le sexe.

D'autres interventions qui prennent toutefois plus de temps peuvent être proposées au patient, (Kaplan (1989), cité par Kinnersley et al. (2008)). Pour les patients, il serait utile de proposer un programme de formation d'une durée de deux heures avec présentation de modèles de comportements désirables et des opportunités « d'initier » ces comportements par des exercices de jeux de rôles, avec des discussions entre les participants sur leur propre style de participation et sur les conséquences potentielles d'une participation passive lors d'une consultation. Les participants reçoivent un aide-mémoire avec une liste des comportements désirables et une brochure dans laquelle ils peuvent noter et prioriser leurs motifs de consultation, la liste des médicaments et leurs questions à poser au médecin.

Le but du programme est d'établir des stratégies d'empowerment envers les patients afin de les inciter à adopter un rôle plus actif comme partenaires avec les médecins, ceci en vue d'améliorer leurs soins de santé : fournir des exemples réalistes de comportements de partenariat et des techniques de communication pour améliorer la satisfaction des patients âgés envers les soignants. Les participants s'engagent dans des comportements plus actifs ou assertifs dans leurs soins de santé et reportent une plus grande satisfaction lors de la consultation.

Des interventions de courte intensité et/ou durée, ne semblent donc pas avoir d'impact sur la participation du patient, à l'inverse des formations plus intenses, mais la participation du patient reste dépendante de ce que propose le médecin. En effet, selon De Ridder et al. (2007), **la participation du patient est dépendante de ce que propose le médecin**. Si celui-ci adopte un certain mode de communication, le patient le suivra volontiers. Le fait de parler de ses représentations ou plans d'action rend le patient plus actif dans sa participation.

6.2. Formations à destination du médecin

Plusieurs méthodes de formation ont été testées auprès du médecin généraliste, ceci en vue d'améliorer la communication pendant la consultation, et/ou la participation du patient.

Dans le cadre de consultations de médecine générale pour le suivi de patients asthmatiques, Broers et al. (2005) ont étudié l'influence d'une formation pour le développement de compétences communicationnelles du médecin généraliste (en particulier pour initier les changements de comportements), ceci de manière à améliorer l'adhérence au traitement. Le programme de formation comporte quatre éléments centraux :

- Exprimer de l'empathie.
- Discerner le comportement actuel du patient et ses buts et valeurs plus larges.
- Contourner la résistance, plutôt que de s'y opposer.
- Soutenir la confiance du patient dans la possibilité de changer.

La formation des médecins généralistes à la communication est basée sur la théorie des changements de comportement (**Behavior Change Counselling**), technique dérivée de l'entretien motivationnel. La durée de la formation est de deux fois 4 h 30, elle comprend d'une part des aspects théoriques et d'autre part des aspects plus pratiques, avec des jeux de rôle, des simulations par des acteurs et des travaux de groupes. Bref, des méthodes dites actives.

Cinq phases sont prévues :

- Proposer un agenda pour la consultation : vérifier auprès du patient s'il veut discuter de ce thème et demander de quoi il voudrait parler.
- Explorer les raisons de la non adhérence au traitement.
- L'échange d'informations entre le patient et le médecin, avec le reflet et le résumé du contenu du discours du patient.
- Construire la motivation et la confiance : questionner sur la motivation à changer et la confiance en la capacité de changer.
- Faire un brainstorming sur les solutions possibles et négocier un contrat acceptable à la fois pour le patient et le médecin.

Les facteurs intermédiaires prédictifs d'un changement de comportement sont l'attitude des médecins généralistes sur la communication, sur la compliance et leur confiance sur leurs compétences à discuter de la compliance médicamenteuse, ces facteurs sont mesurés directement après la formation et entre 4 et 10 mois après celle-ci. Il est également demandé aux médecins généralistes si la technique de l'entretien motivationnel est faisable dans leur pratique quotidienne et à quelle fréquence ils l'utilisent. On évalue donc l'impact de la formation auprès de médecin mais pas le niveau de changement de participation du patient à la consultation.

Bonvicini et al. (2009) présentent l'évaluation d'un programme de formation destiné à augmenter la capacité du médecin à **communiquer de manière empathique** avec ses patients. Les résultats ne sont pas analysés du point de vue du patient. En effet, c'est l'empathie du médecin qui est mesurée et non la participation du patient.

La formation comprend 3 ateliers de 6 heures. Le premier se centre sur la communication médecin-patient pour améliorer des résultats de santé : explication d'un large éventail de **techniques de communication connues sous le nom de 4Es** (Engagement, Empathie, Eduquer, Enrôler).

Le second (choix et changements : l'influence du médecin et l'action du patient) se focalise sur les stratégies permettant d'aider le patient à changer ou adopter des comportements de

santé. Il présente des stratégies caractéristiques associées à l'**entretien motivationnel** incluant l'expression de l'empathie.

Le troisième atelier (relations médecin-patient difficiles) s'intéresse aux sources et à la nature des difficultés interpersonnelles entre médecin et patient. Il inclut un training des compétences suivantes liées à la réponse empathique : reconnaître et évaluer les tensions dans les relations, répondre aux problèmes, découvrir la signification et montrer de la compassion.

Moral et al. (2003) s'intéresse à la **formation pendant les études de résidents** des étudiants en médecine générale. Cette formation centrée sur les apprenants est basée sur l'expérience pratique des résidents et sur le retour structuré des données de la formation.

Le contenu de la formation est le suivant : sur des vidéos de consultations, repérer des éléments essentiels de la consultation et faciliter l'intégration progressive des compétences de communication par des jeux de rôle, l'observation de vidéos, des exercices de groupe (basée sur la pratique de nouvelles techniques de communication). Les vidéos de groupe permettent de donner des feedback aux étudiants sur la consultation, par entretiens basés sur les problèmes.

Les auteurs ont réalisé une étude en double aveugle (groupe témoin), par l'observation de consultations avant et après la formation des résidents. Il ressort de cette étude que les facteurs qui influencent les compétences de communication des résidents avec le patient sont : l'environnement d'apprentissage, avoir un professeur entraîné à l'interview clinique, l'âge jeune de l'apprenant, et la durée plus longue de l'entretien.

Les facteurs d'influence identifiés par l'étude sur les effets de la formation en communication chez les résidents sont :

- la période ou le niveau d'étude des résidents : plus la formation a lieu tôt dans le cursus, plus elle sera efficace.
- le degré de motivation des étudiants quant à la communication avec le patient.
- la méthode d'apprentissage : plus elle est courte et intense, plus elle engendre des résultats positifs (on observe le problème posé par des rotations très fréquentes des étudiants entre différents services qui ne permettent pas de suivi régulier et correct pendant une formation plus longue).

L'étude de l'équipe de De Ridder (2007) présente deux formations de médecins généralistes destinées à améliorer les comportements de communication du patient, suite au changement de comportement de communication du médecin, dans le cadre de l'hypertension artérielle en médecine générale. Les formations sont basées sur le **modèle de Leventhal's d'autorégulation de la maladie**. Chaque formation dure deux fois 3 heures. L'une explore les représentations de la maladie, l'autre se focalise sur l'élaboration de plans d'actions.

La formation proposée aux médecins pour les aider à discuter avec les patients de leur représentation de la maladie permettra d'utiliser en consultation un protocole d'entretien semi-structuré pour s'assurer que les questions pertinentes ont bien été abordées pendant la consultation, c'est-à-dire les **représentations de la maladie au niveau cognitif** (que pensez-vous de...), au niveau émotionnel (que ressentez-vous par rapport à cela.....).

L'autre formation proposée aux médecins vise l'**utilisation de plans d'action**. Elle a pour but de les aider à amener leur patient à élaborer un plan d'action concernant leur maladie, en utilisant la simulation mentale pour envisager les possibilités qui s'offrent et développer des plans pour utiliser ces possibilités.

Le fait de parler de ces différents éléments favorise le mode affectif dans le discours du médecin et amène le patient à contribuer davantage à la consultation. De plus, si le médecin change son style de communication, le patient fait de même, indépendamment de ses propres caractéristiques. La prise en considération explicite des représentations de la maladie ou de plans d'action pendant la consultation entraîne une amélioration de la communication médecin-patient et rend le médecin capable d'être plus attentif aux préoccupations du patient et aux questions psychosociales et de style de vie.

Hobma et al. (2006), quant à eux, proposent une formation en petit groupe centrée sur **les besoins des médecins concernant une meilleure communication patient/médecin.**

La formation est précédée d'une évaluation individuelle des compétences en communication de chaque médecin participant, sur base de l'enregistrement vidéo de consultations. Un feed-back détaillé concernant leurs compétences leur est proposé.

Les formations se font en plusieurs séances de deux heures, réparties sur 7 mois, en petits groupes de 4 à 6 médecins. Elles sont animées par un tuteur (médecin généraliste de la région, sans expérience particulière en communication, mais qui a bénéficié lui-même d'une formation de 8 heures sur l'accompagnement de collègues dans un processus d'apprentissage). Les participants reçoivent un manuel sur l'amélioration de la qualité, des check-list, des propositions de schémas à étoffer ainsi que des exemples.

Les participants commencent par définir leurs buts personnels à améliorer (ils peuvent se baser sur les feed-back reçus), puis ils analysent leurs barrières au changement, et les plans de développement pratiques, y compris au niveau du temps, et finalement ils évaluent leurs résultats.

La formation en petit groupe est adaptée aux besoins du médecin, elle est centrée sur l'apprenant et permet de prendre en compte les besoins et attentes du médecin en termes de communication, elle répond aux objectifs personnels des participants.

Les compétences en communication sont analysées par l'échelle MAAS globale (voir page suivante) sur base d'enregistrements vidéo de deux séries (avant/après) de 8 consultations pour chaque médecin.

Cette formation permet une amélioration modérée à importante de la communication médecin-patient. Les participants montrent entre autre une amélioration importante des items centrés sur le patient (comment laisser de la place au patient pour raconter son histoire, comment lui permettre de présenter le motif principal de la visite et comment le questionner sur d'autres motifs, comment le faire nommer les demandes d'aide, ses souhaits et ses attentes, comment explorer les ressentis du patient, refléter son ressenti de la consultation, comment répondre au comportement non-verbal et aux préoccupations du patient, etc).

Mjaaland et Finset (2009) ont étudié l'impact d'une formation auprès des médecins généralistes sur les compétences en communication, ceci afin de favoriser le coping du patient.

La formation comporte 40 heures, réparties sur 8 semaines. Après une introduction sur l'impact que peut avoir le rôle du médecin généraliste sur la santé (5h), les éléments principaux de cette formation sont abordés, basés sur la thérapie brève centrée sur la solution (18h) et la thérapie cognitive brève (14h). Un aperçu de communication non verbale est également proposé avec des explications sur la relation de pouvoir dans la relation sociale médecin-patient.(3h)

La technique d'entraînement des compétences à la communication utilisée est appelée **GRIP technique**.

- G comme "Get a measure of patients symptoms and complaints"

Le médecin généraliste demande au patient de mesurer ses plaintes sur une échelle de 1 à 10.

Le médecin généraliste demande au patient quels sont, selon lui, les symptômes.

- R comme "Respond to and refocus the patient's understanding of his/her complaints"

Partir du niveau du symptôme pour se focaliser sur le niveau de la personne pour les aspects du comportement : c'est-à-dire se concentrer davantage sur ce qui est contrôlable et compréhensible par le patient plutôt que sur les effets médicamenteux d'un tel comportement.

- I comme « Identify resources and solutions »

Identifier les ressources et caractéristiques positives.

Identifier une autre attribution aux plaintes.

- P comme "promoting coping"

Promouvoir le coping, identifier le type de coping positif que le patient utilise et affiner l'usage que le patient fait de cette technique.

Résumer l'information fournie par le patient.

Prévoir un travail à la maison et d'autres consultations pour élaborer un plan de traitement.

Cette formation entraîne une amélioration du comportement de communication du médecin.

Avec cette technique, le patient amène ses plaintes au départ, mais il y a une démarche d'entraînement de type psycho-comportemental (le médecin sait où il veut amener le patient). Cependant, cette démarche se caractérise par le fait que le médecin se centre avant tout sur la conscience que le patient a de ses propres ressources et la manière dont il peut les mettre à profit dans les situations difficiles. Le médecin est ouvert à toute solution apportée par le patient, pourvu qu'elle soit légale et adéquate du point de vue de son intégrité physique. Cela implique une vision du patient comme personne capable « d'opérer des choix ».

Les auteurs concluent en disant qu'il est plus utile pour amener des changements durables de partir des choix des patients et de la conscience qu'ils ont de leurs problèmes et de leurs ressources, plutôt que de souhaiter créer des changements en leur apportant de l'information.

7. Comment évaluer la participation et les facteurs qui l'influencent ?

7.1. Mesure sur base d'enregistrements vidéo

La communication au sein de la relation médecin-patient peut être évaluée sur base d'enregistrements vidéo de consultations, interprétés via une grille validée : l'échelle **MAAS** globale (Hobma et al., 2006). (MAAS-Global, Van thiel J., Ram P., Dalen J., Maastricht, 2003)². L'échelle comprend 13 items scorés de 0 à 6. Les premiers items analysés portent sur

² in http://www.hag.unimass.nl/Maas-Global_2000/index.htm.

une partie de la consultation comme l'introduction de la consultation (donner au patient la place pour raconter son histoire, demander le motif général de la consultation et explorer les autres motifs de la consultation), le follow-up des consultations précédentes (nommer les plaintes précédentes, les demandes d'aide et décisions prises antérieurement, poser des questions sur l'adhérence aux décisions prises antérieurement, s'interroger sur le cadre de la plainte), demande d'aide (nommer les demandes d'aide, les souhaits, les attentes...), l'examen physique, le diagnostic, la gestion (décision partagée, discussion sur les alternatives, les risques et bénéfices...), l'évaluation de la consultation.

Les derniers items concernent les compétences plus générales en communication, comme par exemple l'exploration (explorer les demandes d'aide, les souhaits, les attentes...), les émotions (s'intéresser et explorer le ressenti ...), les informations données (par petites quantités, avec des explications concrètes et en s'assurant que le patient a compris), les résumés de ce qui a été dit (le contenu en est-il correct et complet, concis, recadré, reflète-t'il l'entièreté de la consultation ?), structure de la consultation (logique entre les différentes séquences...), l'empathie (le médecin semble-t'il concerné dans les intonations, les gestes, le contact visuel ?...).

Le **RCS-O** (Gallagher et al., 2005) est également un instrument qui a pour but d'analyser par enregistrements vidéo, la **communication non-verbale médecin-patient**. Il est étonnant de noter que pour tous les items analysés, le sujet de l'action est toujours le médecin.

Dans l'étude de Kidd et al. (2004), le nombre de questions posées sur base de retranscriptions d'enregistrements vidéos est sensé mesurer la **participation du patient** pendant la consultation.

La **participation du patient** est calculée chez Zandbellt et al. (2006) par le temps de parole relatif (effectif) durant la consultation. Le comportement actif de participation est plus particulièrement codé en fonction des items suivants : (1) le nombre de questions posées, (2) les énonciations affirmatives comme des opinions ou des attentes, et (3) les préoccupations ou les expressions exprimant des affects négatifs. (4) Les réponses exprimant indirectement des préoccupations ou des besoins d'information ou de soutien émotionnel sont également notées. La manière dont ces items sont codés n'est pas explicitée dans cette étude.

7.2. Mesure sur base de questionnaires

7.2.1. Mesure des résultats de la formation

Les résultats de la formation sont étudiés dans l'étude de Broers et al. (2005) en testant les médecins par questionnaire.

Leurs attitudes sont testées par des questions portant sur leur accord avec les affirmations portant sur la compliance (sur une échelle de 1 à 5) : le patient doit-il suivre les avis du médecin, le médecin devrait respecter le choix informé du patient d'utiliser un médicament autre que celui prescrit par lui, c'est la tâche d'un médecin généraliste de motiver le patient à adhérer au traitement prescrit.

A quel degré pensez-vous que les techniques suivantes sont utiles pour améliorer la compliance médicamenteuse ? (Insister sur l'importance du médicament, explorer avec le patient les raisons de la non adhérence, confronter le patient avec les conséquences négatives de sa non-compliance).

La confiance du médecin est testée par les questions suivantes :

« Etes-vous habile pour motiver vos patients asthmatiques pour qu'ils prennent leurs médicaments comme prescrit ? ».

« Si vous essayez de motiver ces patients, cela va-t-il augmenter leur adhérence au traitement ? ».

La participation est rapportée par le médecin qui est interrogé dans le cadre de l'évaluation de la formation. Ce questionnaire n'est toutefois pas validé.

7.2.2. Mesure de la participation

Dans l'étude de Kaplan (1989), citée par Kinnersley et al. (2008), **la participation mesurée est celle reportée par les patients**, évaluée par une série de questions ouvertes et fermées sur les comportements suivants :

- Noter la liste des plaintes et des symptômes prioritaires ainsi que la liste des médicaments avant la visite.
- Discuter des médicaments, des examens, des procédures et exprimer ses valeurs et préférences, discuter des risques et bénéfices et poser des questions sur les traitements alternatifs pendant la visite.
- Après la visite, appeler le médecin pour clarifier ou confirmer une information sur laquelle une incertitude était présente et /ou reporter des symptômes, effets et effets secondaires des médicaments.

7.2.3. Mesure des compétences du patient

Dans l'étude de Kidd et al. (2004), des questionnaires très simples sont utilisés. **L'auto-efficacité à poser des questions** est testée par la réponse à la question « quel est votre degré de confiance en votre capacité à poser des questions dans les situations suivantes » sur une échelle de 0 (pas du tout confiance) à 100 (extrêmement confiant).

Le questionnaire PEI exploité Wetzels et al. (2005) utilise comme mesure **les compétences du patient pour s'occuper de ses problèmes de santé**. Il comporte 6 items, comme par exemple : « Après cette consultation, je me sens plus capable de comprendre ma maladie, de faire face à ma maladie, de me conserver en bonne santé. Je me sens plus capable de me prendre en charge moi-même ».

7.2.4. Mesure de la satisfaction de la consultation

Toujours dans l'étude de Kidd et al. (2004), **la satisfaction de la consultation** est testée par la réponse à la question suivante : « globalement, quelle satisfaction avez-vous de la consultation ? La réponse est donnée sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 7 (tout à fait satisfait). Cette échelle a été testée et donne une bonne reproductibilité et une bonne validité.

Le questionnaire PEQ (Patient Experience Questionnaire) est un bref questionnaire développé dans les soins de santé primaires scandinaves pour mesurer **l'expérience du patient** pour la consultation **en ce qui concerne les résultats de la consultation** (savez-vous quoi faire pour

réduire vos problèmes de santé ? vous sentez-vous capable d'aborder vos problèmes de santé autrement ?), **la communication** (nous avons eu une bonne conversation, le docteur comprend ce qui me tracasse), **les barrières à la communication** (c'est un peu difficile de poser des questions, trop de temps a été perdu pour des discussions de peu d'importance), **l'expérience avec le personnel** (il me semble que d'autres personnes peuvent entendre quand je discute avec le personnel) et **l'état émotionnel du patient immédiatement après la consultation** (content, tendu, fâché... sur une échelle visuelle analogique de 1 à 7).

Dans ce questionnaire validé (Steine et al., 2001) , certains aspects relatifs à la consultation ne se retrouvent pas, comme par exemple les compétences techniques du médecin ou une évaluation générale de la qualité des soins, la disponibilité, l'accessibilité, le coût, l'équipement, le bâtiment.

L'absence des compétences techniques du médecin est peut-être liée au contexte scandinave en particulier. Les patients norvégiens semblent considérer que les compétences techniques du médecin sont acquises et ils émettent des remarques principalement sur les compétences en communications.

L'absence d'items relatifs à la qualité générale des soins peut être interprétée comme l'importance relative de celle-ci par rapport à la relation interpersonnelle entre un soignant et un patient.

Haskard et al. (2008) utilisent **un double questionnaire, l'un destiné au patient, l'autre au médecin**. Ces questionnaires portent sur la satisfaction des deux protagonistes. Il n'est pas mentionné si ces questionnaires sont validés.

Le questionnaire de satisfaction du patient utilisé traite la manière dont le médecin fournit de l'information, la manière dont le patient perçoit la prise de décision, les choix laissés au patient (choix du traitement, aide du médecin à prendre des décisions, adoption par le patient des conseils donnés par le médecin). La formation du médecin entraîne une amélioration de ces paramètres.

Le questionnaire PLSQ (Physician's Stress and Life Satisfaction Questionnaire) est rempli avant l'intervention, un mois après et 6 mois après la formation destinée aux médecins.

Ce questionnaire interroge l'appréciation du médecin sur la manière dont il gère le fonctionnement de sa pratique quotidienne, sur sa qualité de vie globale. La communication médecin-patient perçue par le médecin est explorée par les questions suivantes :

« Le médecin considère-t-il le patient comme une personne, le médecin est-il sensible aux problèmes de communication potentiels, le médecin reconnaît-il les problèmes de communication et facilite-t-il leur résolution ? »

«Le médecin informe-t-il ? Partage-t-il le contrôle et le pouvoir avec le patient ? Invite-t-il le patient à partager ce qu'il a compris, l'invite-t-il à prendre part à la décision ? Est-il empathique avec le patient ? »

« D'après le médecin, le patient prend-t-il l'initiative et introduit-il l'agenda ? Le patient pose-t-il des questions au médecin ? Est-il un participant actif dans la discussion ? Le patient comprend-il ce qu'il a à faire ou est-il capable de demander une clarification ? »

« Y a-t-il eu une relation de collaboration avec une conversation dans les deux sens ? Y a-t-il eu des discussions sur la prévention et la promotion de la santé ? ».

Ce questionnaire interroge également la qualité de vie du médecin, le stress ressenti dans son travail et les conséquences éventuelles de son stress sur la qualité des soins qu'il délivre. Il s'interroge globalement sur la satisfaction que le médecin tire de sa pratique.

Le questionnaire EUROPEP a été développé pour évaluer les soins en médecine générale. Il s'agit d'un **questionnaire de satisfaction du patient**.³

Ce questionnaire permet au patient d'évaluer le médecin généraliste durant les 12 derniers mois sur différents items : la manière dont le médecin témoigne de l'intérêt pour la situation personnelle du patient, la manière dont il écoute le patient et facilite la présentation des problèmes de celui-ci, la façon dont le médecin aide le patient à se sentir bien de telle manière qu'il puisse mener ses activités quotidiennes, le temps que le médecin consacre au patient pour expliquer l'examen clinique, les résultats d'examens complémentaires, voire les traitements à adopter, l'aide et le soutien que le médecin fournit au patient lorsqu'il s'agit de partager des émotions liées à son état de santé.

Le questionnaire COMRADE (validé en 2003, par Edwards et al.) évalue en 20 items auprès du patient les risques de la communication et l'efficacité des décisions concernant le traitement. Certains de ces items ont été utilisés seuls pour évaluer **la satisfaction de la consultation** et confiance dans la décision prise (Wetzels et al. (2005) et Geest et al. (2006)). D'autres items de COMRADE portent plus particulièrement sur la participation des patients lors de la consultation (je peux facilement discuter de mes problèmes avec mon médecin, le médecin m'a donné l'occasion de décider du traitement que je pensais le meilleur pour moi, le médecin m'a donné l'occasion de demander toutes les informations dont j'ai besoin au sujet du choix entre les différents traitements).

8. Recommandations

La méta-analyse réalisée par Haywood et al. (2006) relève un manque de clarté de la plupart des auteurs quant aux buts de leur intervention et aux mécanismes par lesquels ils espèrent que les interventions auront une influence sur la santé.

En ce qui concerne le **délai entre les interventions et les mesures de résultats**, Haywood et al. soulignent que pour la santé et les comportements de santé, il est difficile de modifier l'état de santé dans les laps de temps courts relevés dans la plupart des études.

De la même manière, Haskard et al. (2006) montrent que seul un follow-up à long terme (6 mois) permet d'obtenir des résultats notamment en ce qui concerne les conseils donnés par le médecin. Ceci peut provenir du temps nécessaire à la consolidation et à l'application par les médecins des compétences acquises lors de leur formation et d'une plus grande probabilité, lors d'un suivi plus long pour les patients, d'avoir pu bénéficier de ces conseils. Développer de nouvelles compétences en communication peut dans un premier temps perturber l'équilibre initial et n'entraîner que dans un second temps des améliorations plus rapides. Haskard et al. formulent cet avis suite à la réalisation d'une évaluation d'une part à l'aide d'un questionnaire de satisfaction des patients quant aux informations données par le médecin et d'autre part par la remise d'un questionnaire très détaillé à destination du médecin. Ces questionnaires sont administrés après la réalisation d'activités de formations portant à la fois sur le médecin (trois fois 6 heures de formation) et sur le patient (20 minutes de formation du patient en salle d'attente).

³ The EUROPEP-Questionnaire , in <http://www.biomedcentral.com>

La plupart des études ne montrent pas **de résultat évident en ce qui concerne les résultats des interventions visant à améliorer la participation des patients et les compétences en communication de soignants**, plusieurs auteurs proposent d' en approfondir les causes.

Bastiaens et al. (2007) suggèrent que de futures recherches se centrent sur la **détermination de méthodes flexibles** qui pourraient aider le médecin généraliste à établir des stratégies d'empowerment, à faire participer et adhérer le patient âgé à la gestion de sa santé. Ils proposent également de prévoir, dans la formation continuée des médecins, des sessions de formation dédiées à la communication patient-soigné et au rôle du soignant au sein de cette communication (aspect partagé par le CANMEDS, 2005)⁴. Il faut veiller à soutenir les médecins généralistes dans cette démarche, tout comme il faut les soutenir dans leur rôle de « communicateur ».

Kinnersley et al. (2008) témoignent également de la nécessité de mener des études dans lesquelles **les cliniciens sont formés plus intensivement**. Mais ils mettent également en évidence l'importance de mener des études qualitatives afin de mieux comprendre pourquoi les patients ne sont pas satisfaits.

De manière plus détaillée, et pour tenir compte de la particularité de chaque patient, Kidd et al. (2004) proposent **d'explorer plus profondément avec les patients les barrières affectives et cognitives** (par exemple, pourquoi oublient-ils les informations qu'ils souhaitent recevoir, et à quoi cela serait-il dû selon le patient ? Se sentent-ils embarrassés pour poser des questions ? Selon eux, comment le soignant pourrait-il les aider à dépasser cela. Les auteurs préconisent que les médecins puissent consacrer plus de temps de dialogue avec le patient et surtout les encouragent à s'exprimer dans un climat de respect et de confiance mutuelle en montrant aussi qu'ils sont aussi intéressés par les informations/questions formulées par le patient : « Quelles questions voudriez-vous me poser ? ».

En ce qui concerne la **qualité des études** sur les compétences de communication, Cegala (2002) relève dans l'ensemble des études réalisées le manque de consistance et d'information sur ce qui est considéré comme « une compétence en communication ». Il relève également l'existence d'une divergence entre les objectifs fixés de l'intervention et les instruments utilisés pour évaluer les effets de la communication. Examiner les résultats de chaque item pour l'évaluation donnerait une vue claire de l'impact de l'intervention et une notion raisonnable de ce qui est enseigné.

L'auteur recommande dès lors d'utiliser des critères d'évaluation très spécifiques ou qui indiquent l'éventail des comportements spécifiques associés aux critères inférieurs ou supérieurs apparaissant dans l'instrument d'évaluation, ceci dans le but d'améliorer la spécificité des compétences de communication reportées et d'améliorer la compréhension et l'utilité des résultats.

Il propose qu'au niveau de la conception et de la méthodologie des études, un effort soit fait pour fournir une structure théorique pour les compétences de communication réellement visées dans les interventions : par exemple, lorsqu'il s'agit de décider de l'inclusion d'une compétence de communication (souvent référence vague ou principe philosophique). Cette structure théorique pourrait provenir de la littérature théorique sur la communication, de la psychologie de l'éducation, ou de la littérature existante sur la communication soignant – patient.

⁴ <http://www.rcpsc.medical.org/canmeds>.

9. Conclusions

Au terme de cette revue de littérature, force est de constater que très peu d'études s'intéressent particulièrement à la personne âgée et que dans les études portant sur l'ensemble des tranches d'âge, les définitions de la personne âgée varient fortement d'une étude à l'autre. La plupart des études de ce dossier concerne donc l'ensemble des tranches d'âge.

Pour les études portant plus particulièrement sur les patients âgés, certaines mettent en évidence une participation plus importante de ceux-ci [Winefield (1996) et Beisecker (1990), cités par Zandbelt et al. (2007)], alors que d'autres toutefois démontrent l'inverse [Butow (2002), Street (2003) et Butow (1995), cités par Zandbelt et al. (2007) et De Ridder (2007)]. En effet, Zandbelt et al. (2007) relèvent de manière intéressante que les patients âgés semblent, si l'on se base sur leur contribution en temps de parole à la conversation, participer davantage à la conversation et communiquer de manière plus (inter)active, mais ceci est surtout valable pour les patients qui s'évaluent au départ de la consultation comme étant capable d'interagir. Les patients les plus âgés apparaissent comme étant ceux qui prennent la plus grande part à la conversation et qui expriment le plus de comportements de participation. Taylor (2009) quant à lui signale qu'une approche essentiellement centrée sur le patient est parfois moins appréciée par la personne plus âgée qui privilégie et parfois encourage un style plus directif, voire paternaliste.

Toutefois, les résultats d'une enquête menée par Thompson (2007) auprès d'une quarantaine de patients montrent que la participation est co-déterminée à la fois par les patients et les professionnels et qu'elle trouve sa place dans une relation de dialogue et de partage de décisions. Ce même auteur signale encore que tous ne sont pas prêts à s'investir dans ce type de relation, le degré d'étendue d'une telle participation dépendra notamment de caractéristiques personnelles, du type de relation entretenue avec les professionnels, du degré de sévérité de la pathologie et du contexte dans lequel celle-ci s'inscrit.

Les résultats de cette revue de littérature montrent également que les médecins tendent à manifester davantage un comportement facilitateur lorsqu'ils communiquent avec les patients âgés.

Enfin, une relation positive entre des attitudes inhibitrices de la part du médecin et des comportements de participation des patients (questions, assertions, ...) a été cependant établie dans certains cas. Il se peut que certains comportements inhibitifs adoptés par les médecins, comme par exemple changer de sujet ou ignorer ce qui est dit, surgissent au cours d'interactions où le patient « prend beaucoup de place ». Il n'y aurait donc pas de relation de cause à effet, simplement le constat qu'un comportement inhibitif ne décourage pas la participation chez ceux qui participent bien...

Il est à noter aussi que la capacité de participation des patients âgés n'est pas associée au désir de participer à la prise de décision (thérapeutique).

Relevons également les résultats d'une méta-analyse réalisée par Kinnersley et al. (2008) qui avait pour but d'évaluer différents types d'interventions réalisées auprès de patients avant une consultation de médecine générale. Les auteurs n'ont pas observé une plus grande efficacité de la consultation ni même un indice de satisfaction plus élevé auprès des patients. Les

consultations ont tout simplement été plus longues ! Ces mêmes auteurs concluent donc que les interventions portant sur le patient n'améliorent ni la qualité de la consultation, ni la satisfaction du patient. Il est également surprenant de constater que la majorité des études s'intéressent au changement de comportement du patient, sans s'intéresser à l'autre partenaire de la relation de soins, à savoir le médecin.

En conclusion, il semble que de nombreux efforts doivent encore être consentis de part et d'autre. En effet, si à l'heure actuelle beaucoup de praticiens semblent parfaitement conscients des enjeux d'une bonne communication/participation dans le cadre singulier d'une consultation de médecine (générale) auprès d'un public de personnes âgées, peu de médecins sont réellement formés aux « méthodes » favorisant cette participation qui exigent apprentissage, temps et parfois remise en question de ses pratiques (partage de pouvoir et de responsabilité, reconnaissance des besoins du patient, prise en compte de ses composantes cognitives, affectives, socio-culturelles, etc). Différents outils et formations sont à disposition des médecins (...), encore faudrait-il tenir compte de leur réelle faisabilité !

10. Bibliographie

- Bastiaens H., Van Royen P., Pavlic D.R., Raposo V., Baker R., (2007), Older people's preferences for involvement in their own care : a qualitative study in primary health care in 11 European countries., *Patient Education and Counseling*, Vol. 68, pp. 33-42.
- Beck R, Daughtridge R., Sloane P., (2002), Physician-Patient Communication in the Primary Care Office : A systematic Review, *JABFP*, Jan-fev 2002, Vol. 15, n° 1, pp. 25-38.
- Bertakis K., Roter D., Putnam S., (1991), The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction, *J Fam Pract*, Vol. 32, pp. 175-181.
- Broers S., Smets E., Bindels P., Bennebroek Evertsz F., Calff M., de Haes H., (2005), Training general practitioners in behavior change counseling to improve asthma medication adherence, *Patient Education and Counseling*, Vol. 58, pp. 279-267.
- Bonvicini K., Perlin M., Bylund C., Carroll G., Rouse R., Goldstein M., (2009), Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters, *Patient Education and Counseling*, Vol. 75, pp. 3-10.
- Cegala D., (2002), Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills, *Med Educ.*, 36 (11), pp. 1004-1016.
- de Ridder D., Theunissen N., van Dulmen S., (2007), Does training general practitioners to elicit patient's illness representations and action plans influence their communication as a whole ? *Patient Education and Counseling*, Vol. 66, pp. 327-336.
- Edwards A., Elwyn G., Hood K., Robling M., Atwell C., Holmes-Rovner M., Kinnersley P., Houtson H., Russel I., (2003), The development of COMRADE –a patient-based outcome measure to evaluate the effectiveness of risk communication and treatment decision making in consultations, *Patient Education and Counseling*, Vol. 50, pp. 311-322.
- Epstein R., (2006), Making communication research matter : What do patient notice, what do patient want, and what do patient need ? *Patient Education and Counselling*, Vol. 60, pp. 727-278.
- Gallagher T., Hartung P., Gerzina H., Gregory S., Merolla D., (2005), Further analysis of a doctor-patient nonverbal communication instrument, *Patient Education and Counseling*, Vol. 57, pp. 262-271.
- Geest T., Wetzels R., Wensiing M., Castel O., Olesen F., (2006), Evaluation of an intervention designed to enhance involvement of older patients in their own care, *European Journal of General Practice*, Vol. 12, pp. 3-9.
- Haskard K., Williams S., DiMatteo M., Rosenthal R., White M., Goldstein M., (2008), Physician and patient communication training in primary care . Effets on participation and satisfaction, *Health Psychology*, Vol 27, n° 5, pp 513-522.

Haywood K., Marshall S., Fitzpatrick R., (2006), Patient participation in the consultation process : a structured review of intervention strategies, *Patient Education and Counseling*, Vol. 63, pp. 12-23.

Hobma S., Ram P., Muijtjens A., van der Vleuten C., Grol R., (2006), Effective improvement of doctor-patient communication : a randomised controlled trial, *British Journal of General Practice*, August 2006, pp. 580-586.

Kaba R., Sooriakumaran P., (2007), The evolution of doctor-patient relationship, *International Journal of Surgery*, 5, pp. 57-65.

Kidd J., Marteau T.M., Robinson S., Ukoumunne O., Tydeman C., (2004), Promoting patient participation in consultations : a randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of three patient-focused interventions, *Patient Education and Counseling*, Vol. 52, pp. 107-112.

Kinnersley P., Edwards A., Hood K., Cadbury N., Prout H., Owen D., MacBeth F., Butow P., Butler C., (2008), Interventions before consultations for helping patients address their information needs (Review) *The Cochrane collaboration* 2008, Issue 4.

Mjaaland T, Finset A., (2009), Communication skills training for general practitioners to promote patient coping: The GRIP approach, *Patient education and counselling*, 2009 (in press).

Moral R., Salvador J., Perula de Torres L., Prados Castillejo A., (2003), on behalf of the COMCORD research group, Effectiveness of a clinical interviewing training program for family practice residents : a randomised controlled trial, *Fam Med*, 35(7), pp. 489-495.

Steine S., Finset A., Laerum E., (2001), A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome, *Family practice*, 18 (4), pp. 410-418.

Taylor K., (2009), Paternalism, participation and partnership- The evolution of patient centeredness in the consultation, *Patient Education and Counseling*, Vol. 74, Issue 2, pp. 150-155.

Theunissen N., de Ridder D., Bensing J., Rutten G., (2003), Manipulation of patient-provider interaction : discussing illness representations or actions plans concerning adherence, *Patient education and counselling*, Vol. 51, pp. 247-258.

Thompson A., (2007), The meaning of patient involvement and participation in health care consultations : a taxonomy, *Social Science and Medicine*, 64, pp. 1297-1310.

Vieder J., Krafchick M., Kovach A., Galluzzi K., (2002), Physician-patient interaction : What do elders want ? *JAOA*, 102 (2), pp. 73-78.

Wetzels R., Wensing M., van Weel C., Grol R., (2005), A consultation leaflet to improve an older patients' involvement in general practice care : a randomized trial, *Health Expectations*, 8, pp. 286-294.

Williams S., Haskard, K., DiMatteo M., (2007), The therapeutic effects of the physician-older patient relationship : Effective communication with vulnerable older patients, *Clinical Interventions in Aging*, 2(3), pp. 453-467.

Zandbelt L., Smets E., Oort F., Godfried M., de Haes H. , (2007), Patient participation in the medical specialist encounter: does physicians' patient-centred communication matter?, *Patient Education and Counseling*, Vol. 65, pp. 396-406.