

Consultation : que demande le patient, que lui proposer ?

Mots clés :
Relation médecin-patient
Communication non-verbale,
Informatique

Côté patient, le motif de consultation exprimé masque parfois d'autres problèmes qu'il peut hésiter à formuler. Côté médecin, les propositions de dépistages, d'information ou d'éducation thérapeutique font partie de l'évolution récente d'une médecine qui va très au-delà des demandes explicites ou non du patient. Dans tous les cas, la relation de confiance qui s'établit ou se poursuit durant la consultation est la base nécessaire de l'adhésion du patient aux propositions qui lui seront faites dans l'immédiat et dans la durée. De nombreuses études ont cherché à analyser les conséquences de ces évolutions¹.

La vraie demande du patient est parfois méconnue

Diverses études françaises et internationales ont montré que l'attente réelle du malade est souvent méconnue ou mal perçue par le médecin. Dans la majorité des consultations, le problème présenté en premier par le patient est considéré d'emblée comme le vrai motif de la consultation, si bien que cette première partie de la rencontre est dans les études inférieure à 30 secondes. Or il apparaît que *la demande exprimée d'emblée par le patient n'est ni la seule, ni souvent sa principale préoccupation*², ce que certains auteurs appellent « *l'agenda caché* » du patient. Méconnaître les problèmes qui peuvent exister au-delà de la demande exprimée d'emblée se traduit souvent par le « *syndrome du pas de porte* », avec à la sortie le classique « au fait, Docteur... » que nous connaissons tous².

Comment éviter ce « au fait, Docteur » ?

Les motifs de « non-dit » sont nombreux, d'ordre biomédical notamment pour des pathologies que l'on craint d'aborder (cancer, VIH...), souvent aussi d'ordre psychosocial ou existentiel. Les prendre en compte améliore l'efficacité de l'acte médical, mais aussi favorise l'écoute et la prise en charge du patient, son observance³.

Laisser au patient un peu de temps pour exprimer toutes ses plaintes n'allonge que très légèrement le temps initial de la consultation et réduit significativement le nombre de demandes en toute fin de consultation⁴. Poser simplement la question « *quoi d'autre* », une fois le premier motif exposé, permet de mieux comprendre le patient, d'éviter les « oublis » malencontreux et de prévoir avec le patient le principal sujet à aborder ce jour là. Autre possibilité : avant la fin prévue de l'entretien, demander au patient s'il souhaite parler d'autre chose que

ce qui a été abordé ; selon les cas, on pourra y répondre immédiatement ou en prévoyant un nouveau rendez-vous. Proposer au patient de noter avant la consultation ses attentes peut aussi réduire les demandes non exprimées ou de « pas de porte ».

Sur ce sujet, le consensus de Toronto insistait sur des aspects très concrets de la consultation, quant à la qualité et la quantité des informations recueillies : éviter les interruptions prématurées, avoir une écoute active et empathique, utiliser des questions ouvertes sans limitation inappropriée, avec fréquents résumés (*si je comprends bien...*). A l'inverse les interruptions inappropriées, une réassurance trop précoce sont des facteurs négatifs⁵.

Les nouvelles composantes de la consultation

Il est de plus en plus demandé au généraliste de réaliser au cours de toute consultation le dépistage des cancers, des facteurs de risque, d'informer son patient en vue d'un partage de la décision, d'assurer son éducation thérapeutique, particulièrement dans les maladies chroniques, d'accompagner les personnes âgées et les patients avec polyopathologies... Réaliser l'ensemble de ces tâches dans le cadre de la consultation sans l'allonger de façon excessive semble difficile. Assal a proposé, dans le cadre des maladies chroniques^{in1, p54}, de répartir les réponses sur plusieurs consultations, en demandant au patient de noter sur un carnet les problèmes rencontrés et de les discuter au cours de consultations successives. Le médecin peut ainsi aborder par petites touches successives les problèmes du patient dans les divers domaines de sa vie quotidienne. L'auteur (suisse) a montré par sa pratique personnelle la faisabilité de la méthode.

Que conclure pour notre pratique ?

Garder en permanence à l'esprit que la demande exprimée d'emblée n'est pas toujours la seule ou la principale permet de comprendre mieux le patient, de répondre à ses attentes et d'améliorer le résultat des soins. Cela exige de donner au patient la possibilité de s'exprimer pleinement.

L'insertion de propositions de soins à la demande du médecin doit être gérée de la même façon. La participation active du patient est tout aussi indispensable pour qu'il accepte ce qui ne faisait pas l'objet de sa demande ou des changements comportementaux toujours difficiles à obtenir.

Le principal problème posé est celui de la durée de consultation, avec ses implications sur le temps de travail médical et ses conséquences financières dans le contexte actuel de rémunération du médecin. Nous y reviendrons.

Références :

- 1- Gallois P. et al. *Médecine au Quotidien...* Unaformec ed. 2009
- 2- Vallée JP, Gallois P. *La demande exprimée d'emblée par le patient est-elle sa seule ou sa réelle préoccupation?* *Médecine* 2006; 2(1): 25-6.
- 3- Rodondi PY et al. *Que cache l'agenda caché ?* *Rev Med Suisse*. 2005; 5: 30169.
- 4- Beckman B, Frankel MD. *The effect of physician behavior on the collection of data.* *Ann Int Med*. 1984; 101: 692-6.
- 5- Simpson M et al. *Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement.* *BMJ*. 1991; 303: 1385-7.