

Louis Litschgi

Le médecin sur le siège passager – tolérer plutôt que diriger

Le projet CQ a reçu, lors de la conférence SFD de Bâle, la médaille d'argent, ainsi que Frs. 2500.–, dans le cadre du prix de la recherche scientifique de l'IHAMB 2011 sponsorisé par Sandoz – PrimaryCare félicite les auteurs, dont elle publie ici le travail. Lisez cet article et ceux des autres lauréats dans le présent numéro.

Le cas

Voici un cas vécu il y a quelques années: une patiente m'appelle et demande une visite à domicile. Je reviens pour la première fois dans cet appartement du second étage cinq ans après le suicide par déféstration de son mari. Elle vit dans le même appartement avec un ami et se plaint ce jour-là de douleurs abdominales. L'examen clinique fait suspecter une diverticulite et je prescris l'antibiothérapie requise après un examen de laboratoire qui confirme mon diagnostic de suspicion. Les douleurs s'améliorent, mais pas les valeurs de laboratoire, qui se péjorent au contraire. Je recommande à la patiente une hospitalisation qu'elle refuse, tenant absolument à être traitée à la maison. Je la revois le lendemain: les douleurs se sont étendues et je trouve un péritonisme à l'examen de la fosse iliaque gauche, ce qui me fait craindre une perforation. La dame refuse toujours d'aller à l'hôpital. Sous l'antibiothérapie, l'état finit tout de même par s'améliorer et le CT réalisé dix jours plus tard révèle un abcès entre le sigmoïde et la vessie. Trois semaines plus tard cet abcès se draine spontanément au niveau du pli inguinal et les douleurs abdominales disparaissent. Cela se passait en 2003. La dame avait 73 ans. La suite a été marquée par la

persistance durant plusieurs années d'une fistule dans la région inguinale que la patiente n'a pas davantage voulu confier au chirurgien.

L'étude

Ce sont évidemment des cas très préoccupants et je suis d'autant plus heureux de l'existence de cercles de qualité qui nous permettent de parler en toute confiance de ces situations critiques. Mes collègues ont également connu des cas au décours plutôt «rude», à la suite de décisions de patients ne s'en laissant pas conter et connaissant malgré tout une issue étonnamment favorable – cela a d'ailleurs été le premier constat dans notre cercle. Après tout, que savons-nous encore de nos jours de l'évolution spontanée des maladies et quelle expérience avons-nous encore des suites lorsqu'un patient nous impose son choix en toute indépendance? Pratiquement aucune. Alors, que va-t-il se passer si nous laissons une chance au patient de démontrer qu'il a raison? Pour affiner cette question, nous nous sommes plus spécialement penchés sur des cas dans lesquels les patients avaient eux-mêmes imposé un choix contraire à l'attitude que nous préconisions sur la base de nos connaissances médicales. Laisser malgré tout la décision au patient dans ce type de situation et accepter de prendre place sur le siège passager, voilà quel a été le critère d'inclusion dans le collectif de notre étude que nous avons appelé «Le médecin sur le siège passager – tolérer plutôt que diriger». Nous y avons inclus 80 cas durant les six dernières années.

La théorie

Il y a chez les patients trois besoins fondamentaux que nous ne devons pas perdre de vue dans notre pratique médicale: le besoin d'autonomie, le besoin de compétences et le besoin d'attaches [1]. Nous sommes, d'une manière générale, complètement imprégnés par l'idée que le patient a sa souffrance et que nous avons le savoir nécessaire pour déterminer les traitements appropriés. Demander aux patients ce qu'il pense des investigations et des traitements ne nous viendrait ainsi même pas à l'idée. Si nous entendons prendre au sérieux le besoin de compétences et le besoin d'autonomie de nos patients, nous devons faire nos choix d'un commun accord. Les études sur les décisions participatives (shared decision making) ont clairement démontré les avantages de cette approche [2–4]. Le chemin vers une décision commune passe par la négociation. L'hiver dernier nous avons ainsi consacré une soirée de formation continue au thème «Négociateur d'abord – traiter ensuite» et notre invité était le professeur de pédagogie Roland Reichen-

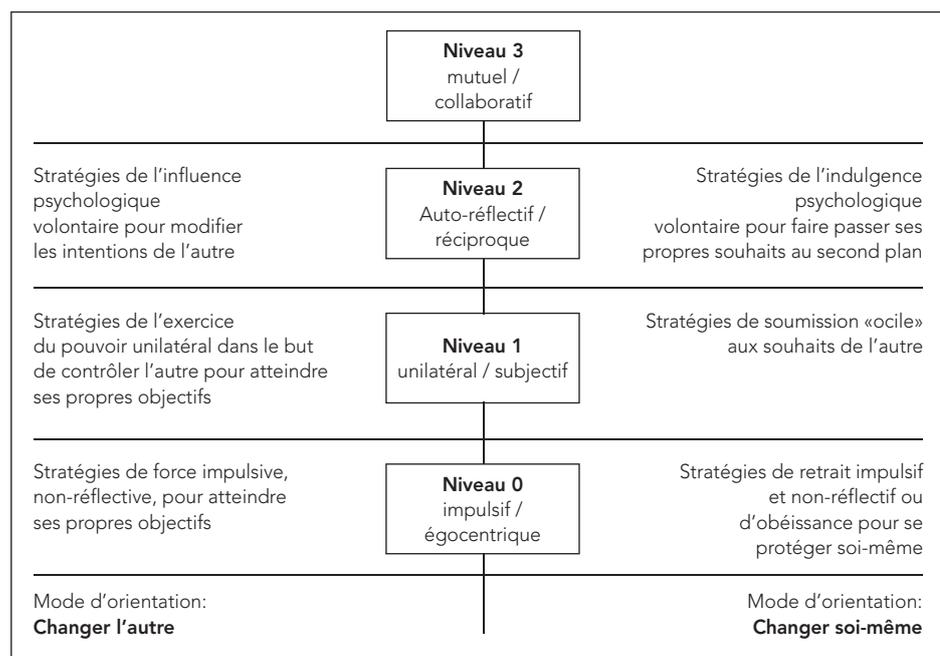


Figure 1
Stratégies de négociation selon Selman [5].

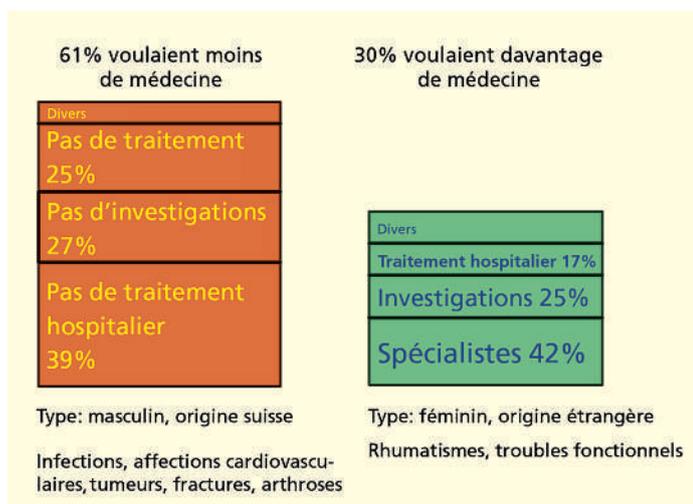


Figure 2
La population de patients inclus.

bach. Le schéma présenté dans la figure 1 résume son propos. C'était le sociologue américain Robert Selman qui a proposé il y a une trentaine d'années un schéma empirique sur la question des stratégies de négociations [5].

Les différents niveaux de compétences négociatrices que nous pouvons acquérir au cours de l'existence sont décrits, le passage d'un niveau à l'autre supposant toutefois que le niveau inférieur a été acquis. On ne peut donc pas sauter les niveaux. Pour la question qui nous occupe, ce n'est toutefois pas ce modèle des niveaux qui est important, mais la distinction faite horizontalement entre les deux modes d'orientation: «auto-changement» versus «changement de l'autre». Normalement, nous nous concentrons entièrement, dans notre pratique de la médecine, sur les manières de changer l'autre et nous utilisons l'une des trois stratégies figurant dans la partie de gauche suivant le niveau de capacité de négociation que nous avons lorsque nous rencontrons le patient. Ce mode s'apparente au verbe «diriger» ou plutôt «motiver» pour employer une expression plus distinguée et que nous aimons employer (Étape 2).

Mais penserions-nous jamais, lors des négociations avec nos patients, à nous changer nous-mêmes? Ce n'est pourtant que dans ce mode de fonctionnement que le patient pourra prétendre à une certaine chance d'autonomie. Nous appelons ce mode représenté à droite «Tolérer». Des négociations honnêtes devraient aussi laisser la possibilité à son vis-à-vis de faire valoir ses opinions.

Les résultats

Après cette petite digression dans les principes de la stratégie de négociation, revenons-en aux cas que nous avons inclus dans notre étude. L'un des critères d'inclusion était l'accord du médecin de changer sa position.

Parmi les autonomes, nous avons trouvé un nombre disproportionné de femmes, d'étrangers et de personnes âgées, autrement dit de personnes issues de couches de population socialement plutôt défavorisées. 30% voulaient davantage de médecine (investigations ou traitements), 61% en voulaient moins, 9% une autre forme. Le principal vœu des patients souhaitant davantage de médecine concernait l'adressage à un spécialiste. Le principal vœu exprimé par les sujets souhaitant moins de médecine était «je ne veux pas aller à l'hôpital». Parmi les maladies du groupe des «ré-

calcitrants» figurent en premier lieu les infections, suivies des problèmes de l'appareil locomoteur, surtout les arthroses et les fractures. Les divergences d'opinions concernaient aussi souvent les maladies tumorales et cardiovasculaires – autrement dit des diagnostics assez objectifs contre lesquels la médecine peut offrir toute une série de mesures efficaces. Les affections qui prédominaient chez les «demandeurs» étaient davantage de nature fonctionnelle ou des douleurs, autrement dit des situations plus difficiles à appréhender sur le plan diagnostic et thérapeutique.

Permettez-moi d'examiner un peu plus en détails trois cas de notre collectif pour illustrer ces deux groupes et pour faire prendre conscience au lecteur du dramatique associé au mode «Tolérer»:

Exemple 1

Un aide de cuisine de 35 ans originaire du Sri Lanka consulte son médecin en raison d'une main restant tuméfiée après un choc survenu deux semaines auparavant. Le médecin trouve une fracture du 5^e métacarpien fortement déplacée sur les clichés radiographiques (fig. 3, 4) et adresse le patient à l'Hôpital St. Clara pour un conseil de chirurgie de la main. Quelques jours plus tard, le patient revient à la consultation et affirme que l'Hôpital St. Clara ne dispose pas d'un chirurgien de la main. Il déclare d'autre part avoir réfléchi entre-temps et être déterminé à ne plus accepter d'autre traitement et à retourner au travail. N'a-t-il pas toujours été en mesure de travailler jusque-là?

Exemple 2

Une femme de 59 ans, mariée, ne pouvait plus quitter la maison non-accompagnée depuis des années en raison d'un trouble anxieux. Elle est au bénéfice d'une rente d'invalidité pour une maladie de Charcot-Marie-Tooth diagnostiquée 18 ans plus tôt dans le service de neurologie.

Première consultation: elle appelle le médecin traitant pour un état fébrile, une toux et des douleurs thoraciques. Ce dernier ne trouve rien de pathologique à l'examen clinique. La CRP est cependant à 150, alors qu'elle était encore normale lors d'un contrôle de routine effectué une semaine auparavant. En l'absence de diagnostic de certitude, il prescrit du paracétamol.

Le médecin lui rend déjà une nouvelle visite le lendemain en raison de la CRP augmentée. Elle présente toujours un état hautement fébrile à 39 °C et la CRP a passé à 160. Après le week-end, autrement dit trois jours plus tard, il la revoit une troisième fois à domicile. Elle se plaint cette-fois d'intenses nuchalgies, tandis que les thoracodynies ont disparu. Se sont en revanche ajoutés des douleurs abdominales. La tension artérielle est abaissée à 80/40 et la patiente doit s'aider de béquilles pour se rendre à la toilette. Le status urinaire montre une protéinurie et une hématurie, mais pas de signes d'infection. Le médecin aimerait hospitaliser la patiente, mais celle-ci refuse de se rendre à l'hôpital. Le confrère lui explique qu'il ne peut absolument pas apprécier correctement ce qui se passe et qu'il est donc dans l'incapacité de l'aider, mais la patiente n'en démord pas et insiste pour rester à la maison.

Exemple 3

Un patient de 62 ans, à la retraite anticipée, se plaint régulièrement de toute une série de troubles fonctionnels et vient consulter son médecin pour une constipation. Ayant déjà essayé de prendre divers laxatifs sans succès, il ne veut pas en prendre d'autres, mais insiste pour qu'on lui fasse un lavement à l'hôpital. Le service, surchargé, le réfère cependant au centre médico-social. Il retourne chez son médecin-traitant l'informant que le lavement fait par le



Figures 3 et 4
Radiographies d'une fracture fortement déplacée du 5^e métacarpien.

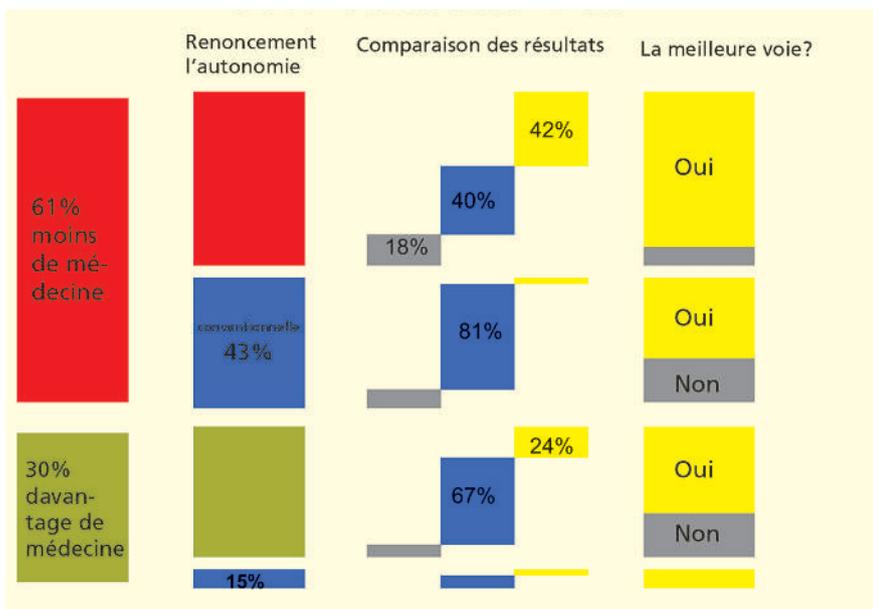


Figure 5
Evolution des cas.

CMS n'a pas résolu le problème et exigeant maintenant une coloscopie.

L'évolution

Nombre d'entre vous se diront peut-être, à la lecture de ces exemples: «Oh là là, pourvu qu'il passe entre les gouttes». Eh bien, la plupart de ces cas ont connu une issue étonnamment favorable (fig. 5).

Dans 30% des cas, la direction des opérations s'est inversée, c'est-à-dire que les recommandations initiales du médecin ont tout de même été suivies au bout d'un temps de réflexion. Plus souvent chez les «récalcitrant» que chez les «demandeurs». Dans 70% des cas, le médecin est resté sur le siège du passager.

Et quels sont les résultats à long terme sur le plan médical? Pour pouvoir évaluer l'évolution constatée dans chacun des cas, nous avons confronté cette dernière à une évolution hypothétique lors d'une prise en charge médicale conventionnelle. Les sous-groupes font res-

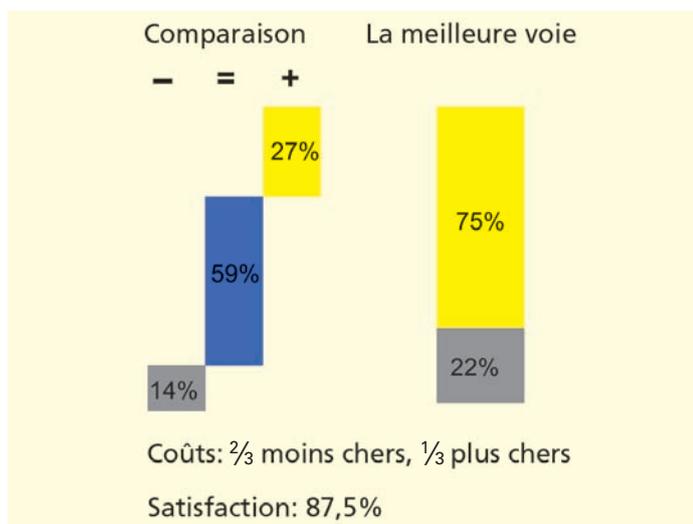


Figure 6

Cas documentés: un bilan.

sortir des résultats quelque peu différents. Les patients qui ont le plus profité sont ceux qui sont constamment restés fidèles à leur propre choix. Ceux qui se sont finalement laissés convaincre de suivre la voie préconisée par le médecin ont en revanche pâti dans une certaine mesure du retard de l'intervention médicale. Ceci ne concernait de façon surprenante que 15% des cas. Chez 85% des cas, le retard dû au choix du patient n'a pas eu de conséquences délétères. Les «demandeurs» ont aussi tiré avantage de leur attitude. Dans la quatrième rubrique – était-ce la meilleure décision? –, le médecin a rendu une appréciation globale finale tenant compte du contexte particulier du patient, de la relation avec le médecin, des critères de satisfaction du patient, etc.

Pour revenir à la réalité illustrée par ces chiffres, voici l'évolution observée dans les trois exemples décrits ci-dessus.

Le patient avec la fracture métacarpienne est revenu à la consultation deux semaines plus tard. Son médecin a constaté une main indolore et fonctionnellement intacte. La fermeture du poing, l'extension des doigts et la force brute étaient satisfaisantes et comparables au côté sain.

Chez la patiente avec le tableau clinique d'étiologie indéterminée et des paramètres inflammatoires très augmentés, l'état général s'est spontanément amélioré à la suite de la décision prise ensemble de poursuivre le traitement à domicile. La CRP est retombée à peine une semaine plus tard, sans traitement particulier et la patiente a même pu assister durant deux heures à une fête dont elle se réjouissait depuis longtemps.

Le patient constipé a finalement fait sa coloscopie deux semaines plus tard: diagnostic «constipation». Cette dernière ne s'est améliorée que trois semaines plus tard, mais cela de façon définitive, c'est-à-dire sans épisodes de rétention des selles au cours des quatre ans qui ont suivi.

La figure 6 résume les chiffres des évolutions observées dans l'ensemble du collectif étudié et répond à deux autres questions: les coûts et la satisfaction. Laisser la direction des opérations au patient a réduit les coûts induits pour le système de santé dans 66% des cas et les a augmentés chez 33% des patients. C'est précisément parce que les «récalcitrants» restent en majorité fidèles à leur décision initiale et parviennent ainsi à de bons résultats que les coûts induits ultérieurement sont restés faibles.

La satisfaction du patient et du médecin a été évaluée à l'aide de deux questions respectivement. Les réponses étaient positives à 3,5 questions sur les quatre posées.

Discussion

Prendre place en tant que médecin sur le siège passager dans le traitement du patient ne s'apparente en aucun cas à de la négligence ou à du «laisser faire». Cela veut bien plus dire faire confiance à la décision de l'autre, ce qui suppose du courage et un grand crédit accordé au patient. Les résultats de cette étude nous incitent à faire confiance aux patients autonomes.

Qu'est-ce qui peut bien expliquer les résultats étonnamment bons dans les situations où des patients imposent un autre choix que celui de la raison médicale et où nous nous inclinons devant leur décision? Je dirais que c'est l'interaction de deux facteurs importants pour la santé qui a conditionné le cours favorable: une décision en toute indépendance, d'une part, et une acceptation de cette autonomie par l'autorité compétente, d'autre part.

Une autre explication, plus audacieuse, serait la remise en question de la raison médicale, qui n'est pas en mesure d'appréhender le cas particulier.

Et notre étude peut elle aussi, évidemment, être remise en question, notamment pour cause de méthodologie non adaptée à la question examinée. Le faible nombre de sujet ne limite cependant guère qu'une généralisation des résultats. Les décisions subjectives lors de l'inclusion et l'évaluation des examens qualitatifs et semi-quantitatifs sont incontournables dans ce contexte et on peut admettre que les examinateurs étaient indépendants, puisque les résultats étaient contraires à leurs convictions. Il est incontestable, cela dit, que ces résultats souffrent du petit nombre de médecins ayant participé, du fait que j'ai moi-même documenté la plupart des cas et il est bien connu que chaque praticien a sa clientèle particulière.

Résumé

La réponse à la question «Que va-t-il se passer si nous donnons la chance au patient d'avoir raison et à nous d'avoir tort?» est la suivante: le médecin qui accepte de prendre place sur le siège passager est souvent meilleur que celui qui reste assis à son bureau directorial, du moins pour des patients à l'indépendance affirmée.

Remerciements

Mes remerciements vont à mes collègues du CQ (groupe de base: Max Handschin, Hanspeter Lienhart, Michael Nüscher, Stefan Lehmann, Miklos Teleki et Christoph Merlo en tant que invité).

Références

- 1 Ryan RM, Deci EL. Self – Determinationstheorie and the Role of Basic Psychological Needs. In: Oliver PJ et al. Handbook of Personality. NewYork: Guilford; 2008:654–78.
- 2 Eich W. Die partizipative Entscheidungsfindung als neues Forschungsfeld der Arzt-Patient-Interaktion. In: Deter HCH (Hg). Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. Döttingen: Vandenhoeck&Ruprecht; 2010:150–8.
- 3 Büchi S; Straub S; Schwager U. «Shared decision making» und individualisierte Therapiezielsetzung bei stationären Psychiatriepatienten. Praxis. 2010;99(24):1467–77.
- 4 Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. British Journal of General Practice. 1999;49:477–82.
- 5 Selman R. Interpersonlae Verhandlungen – eine entwicklungstheoretische Analyse. In: Edelstein W, Habermas J (Hg). Soziale Interaktion und soziales Verstehen. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1984:113–66.