

RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ DANS LE CADRE DES MALADIES CHRONIQUES

Faten TLILI

Psychologue, Institut National de Santé Publique

INTRODUCTION

Les maladies chroniques représentent un enjeu de santé important. Une personne atteinte d'une maladie chronique a à faire face à des changements importants dans sa vie et doit procéder à des adaptations majeures aux répercussions de la maladie et aux contraintes de la gestion quotidienne qu'elle impose. Toute personne affectée sera amenée à interagir fréquemment avec un professionnel de santé qui sera dans une position privilégiée l'amenant à jouer un rôle important dans la vie de ses patients. La relation se développant entre les deux parties, patient et professionnel, sera donc fondamentale et est au centre de toute thérapie. Elle inclut plusieurs composantes dont le patient et ses attentes ainsi que la qualité de la communication des professionnels impliqués. Cette relation et ses composantes ont un effet sur l'observance du traitement. Plusieurs études ont, en effet, montré l'existence d'un lien entre la satisfaction des attentes du patient et l'observance thérapeutique (1,2). D'autres études ont mis en évidence une association entre communication et observance (3,4).

Convaincus de l'importance de la relation soignant-soigné, nous nous sommes attelés à l'explorer dans le cadre d'une étude menée sur le diabète et l'hypertension qui figurent parmi les maladies chroniques les plus fréquentes au sein de notre population. Bien que cette étude vise à explorer le vécu de la maladie et sa perception, certains thèmes relatifs à la relation professionnels-patients ont

émergé. Les résultats exposés dans le présent travail sont ceux de cette étude.

MÉTHODOLOGIE

L'étude citée ci-dessus a été réalisée dans le cadre d'une recherche qualitative portant sur l'analyse du système et des politiques de santé en rapport avec les maladies chroniques (Projet Medchamps). Des personnes atteintes de diabète et d'hypertension ainsi que des professionnels de santé ont été interviewés à l'aide de guides d'entretien.

Au total, 32 entretiens semi-structurés ont été réalisés. L'échantillon de patients comprenait 24 sujets, hommes et femmes, appartenant à deux régions, l'une rurale et l'autre urbaine. L'échantillon de professionnels comprenait 8 sujets incluant des spécialistes, des médecins généralistes et des infirmiers.

RÉSULTATS

L'analyse des entretiens des patients et des professionnels de santé laissent entrevoir des plaintes et des attentes des deux parties. La pauvreté des communications et des interactions avec les médecins et les infirmiers est un thème récurrent chez les patients interviewés.

Cette pauvreté génère des sentiments de manque de compréhension et d'humanité, autant de qualités jugées essentielles et très attendues par les patients. Le caractère discontinu et anonyme des relations avec les médecins dans la structure hospitalière était souvent vécu de façon négative par les patients, ceux-ci affirmant préférer être suivis par le même médecin et avoir une relation plus personnelle avec lui.

La qualité de l'écoute a été considérée aussi comme mauvaise car trop restreinte et non adaptée aux besoins des patients. Ces derniers se plaignent, en effet, d'une écoute, et plus généralement d'une consultation, focalisée uniquement sur les symptômes et la prescription des médicaments. Les patients évoquent les différents changements que la maladie introduit dans leur quotidien à différents niveaux et affirment trouver peu d'aide auprès des praticiens sur ce sujet. Leurs attentes à l'égard des médecins s'avèrent donc plus larges dépassant la gestion de la maladie elle-même et englobant leur vie au sens large du terme.

Quant aux compétences techniques des médecins, elles sont rarement remises en question dans le propos des patients. Ce sont seulement leurs compétences relationnelles et leurs qualités humaines qui sont évoquées de façon négative par les personnes interrogées.

Le discours des professionnels est centré sur la maladie et leur objectif reste d'éviter les complications. Ils montrent au travers leur discours un souci d'adapter leurs messages au patient et tiennent compte des différentes caractéristiques socioculturelles de celui-ci. Les professionnels de santé ont un certain nombre d'attentes vis-à-vis de leurs patients. Si l'on envisage ce que les médecins considèrent comme un patient «facile» ou «bon», nous remarquons qu'il s'agit d'un patient qui se conforme totalement aux instructions du médecin et qui ne les discute pas. La soumission à la parole du médecin semble être considérée comme fondamentale.

Les professionnels de santé développent parallèlement une vision d'eux-mêmes et de leur rôle en relation avec leurs patients. Leur rôle est de convaincre, de persuader et d'obtenir des changements dans le comportement de leurs patients en vue d'une meilleure observance du traitement. Convaincre se fait à travers l'éducation du patient en lui transmettant des explications et des informations sur sa maladie dans le but d'éviter les complications.

La non-coopération peut conduire les médecins à «*secouer*» leurs patients ou à rompre dans certains cas la relation thérapeutique. Une participation active du patient à la gestion de sa maladie, son implication active dans le processus de décision, n'est pas évoquée par les professionnels interviewés.

La relation avec les patients telle qu'elle apparaît semble donc être de type autoritaire. Parmi les professionnels interviewés, seule une infirmière a affirmé que son rôle consiste à écouter de façon empathique le patient et à lui offrir compréhension et humanité.

DISCUSSION

Il ressort de nos résultats que les patients développent un certain nombre d'attentes qui dépassent le strict plan de la prise en charge médicale. Ces attentes non-médicales occupent une place importante dans le vécu de la relation et sont à la source d'une perception négative des professionnels de santé dans la mesure où elles génèrent des sentiments d'insatisfaction, d'inconfort et

d'incompréhension. Nous devons néanmoins nous demander si, au travers de ces plaintes, les patients voulaient en fait exprimer un besoin d'assistance qui reste non-formulé, non-verbalisé.

En même temps, il apparaît clairement que le souci des professionnels de santé est de conduire les patients à suivre le traitement et à adopter un mode de vie bénéfique pour la santé. La prévention des complications reste leur objectif principal. Les relations qu'ils entretiennent avec leurs patients sont, toutefois, très directives et autoritaires où le rôle du patient est restreint à la soumission passive aux instructions et aux recommandations du médecin.

Nous sommes ici dans la notion d'observance conçue comme l'obéissance du patient et son désir de se conformer aux instructions médicales (Bauer, Tessier, 2001). Des réserves ont pu être émises concernant ce style relationnel où le patient est considéré comme un objet et la relation comme un rapport de force impliquant la soumission du patient. Le type de communication développé est semblable à celui décrit par Moscovici sous l'appellation de communication persuasive. Les professionnels essayent de convaincre le patient d'accepter les directives et de se conformer aux règles imposées. Si ce mode de communication peut être adapté aux maladies aiguës, son efficacité a été remise en question dans le cas des maladies chroniques.

Il est, cependant, légitime de se poser la question de savoir si les plaintes des patients ne seraient en réalité que l'expression du besoin de faire appel à un troisième intervenant. En effet, la prise en charge des maladies chroniques ne peut être le fait du seul médecin à cause notamment de l'encombrement des consultations qui ne lui permet pas d'accorder tout le temps nécessaire à chacun de ses patients. Cette prise en charge exige donc l'implication d'autres intervenants afin de procurer au patient l'écoute, l'empathie et la compréhension nécessaires. Ces nouveaux acteurs pourraient également assurer un suivi des différents aspects inhérents au mode de vie du patient.

Nous considérons que cette mission importante pourrait être celle de l'infirmier(e) et/ou de la diététicienne. Il convient de rappeler, à cet égard, qu'une des infirmières interviewées a déjà intégré cet aspect de la communication soignant-soigné dans sa pratique quotidienne.

Nos entretiens ont permis également de constater qu'il existe chez les professionnels une motivation à aider et à soutenir le patient afin qu'il puisse suivre le traitement et adopter un mode de vie sain.

Il ressort aussi de notre étude que si les professionnels se montrent soucieux de tenir compte des caractéristiques de leurs patients pour une plus grande efficacité de leur action, ils ne semblent pas pour autant prêts à tenir compte de la dimension liée à la gestion quotidienne de la maladie. L'idée que le patient peut aussi décider et faire des choix n'émerge pas du discours tenu par les professionnels lors des entretiens.

Quant aux patients, ils expriment une insatisfaction à l'égard de la relation qu'ils entretiennent avec les professionnels. Ce dont les patients se plaignent le plus, c'est le mode de communication considéré comme autoritaire et vécu comme frustrant entraînant un accroissement des sentiments d'incertitude et de défiance vis-à-vis du personnel soignant. Ce constat vient corroborer la stratégie qui consiste à placer le patient au cœur de la relation de soins (5,6,7).

CONCLUSION

Les plaintes récurrentes des patients mettent en évidence une relation soignant-soigné focalisée sur la prescription du médicament et l'absence de toute autre forme de soutien ou d'accompagnement. Ceci nous amène à penser qu'il est impératif de reconsidérer l'approche des professionnels à l'égard de la place et du statut du patient dans cette relation. Ce dernier doit être, en effet, un partenaire à part entière dans le processus de prise en charge.

Il est donc souhaitable que le patient occupe une place centrale dans la prise de décision lui permettant de jouer un rôle de premier plan dans la gestion de sa maladie. Chaque patient doit pouvoir être un véritable acteur, et non un spectateur passif, de la stratégie de prise en charge de sa maladie.

Cette approche centrée sur le patient est considérée comme étant la démarche la plus adaptée à la prise en charge des maladies chroniques. Il est donc fortement recommandé de la développer au sein de nos services et structures de soins. Il faudrait s'appuyer sur cette approche pour pouvoir construire un véritable partenariat soignant-soigné.

RÉFÉRENCES

1. Francis V., Korsch B. M. and Morris M. J. Gaps in doctor-patient communication. *New Engl. J. Med.* 1969 ; 280 : 535.
2. Korsch B. M., Gozzi E. K. and Francis V. Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics* 1968;42 : 855.
3. Vuori H., Aaku T., Aine E. *et al.* Doctor-patient relationship in the light of patients' experiences. *Soc. Sci. Med.* 1972;6 : 723.
4. Feinstein A. R. *et al.* A controlled study of three methods of prophylaxis against streptococcal infection in a population of rheumatic children--II. Results of the first three years of the study, including methods for evaluating the maintenance of oral prophylaxis. *New Engl. J. Med.* 1959;260 : 697.
5. Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney I, Levenstein J. Patient-centre clinical method II. Definition and application. *Fam Pract* 1986; 3:75-9
6. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *Brit Med J* 2001; 323 : 908-11.
7. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M. Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery. *Fam Pract* 2004; 21 : 458-68.