

plus en plus connus et appréciés d'une population familiarisée avec l'informatique et ses usages quotidiens.

En outre l'étendue de la science, rendant nécessaires des avis complémentaires, la complexité des techniques imposent délégation des tâches, interdisciplinarité, travail en équipes, autant de paramètres qui viennent diluer le rapport strictement interpersonnel du patient avec son seul médecin.

Sans méconnaître ni sous-estimer les progrès que représentent ces évolutions, il convient de s'interroger sur leurs conséquences pour le devenir de la médecine clinique et des effets propres dont elle est porteuse pour la qualité des résultats thérapeutiques. Notre propos est d'analyser la situation nouvelle de la relation médecin-malade, et d'émettre des recommandations propres à préserver les bienfaits irremplaçables du dialogue, du contact et du face à face soigné-soignant, à sauvegarder la part humaniste de la pratique médicale, et à savoir l'enseigner.

2- La relation médecin-malade (RMM)

Qu'entend-on par RMM ? Qu'est-ce qui en fait et en exige la qualité ? Nous nous en tiendrons dans ce rapport à tout ce qui est, entre le praticien et le patient (et éventuellement sa famille), échanges verbaux et non verbaux au cours d'une consultation présente ou à distance, à l'exclusion de ce qui la précède : recherche de praticien, délai de rendez-vous, attente de réception.

Les éléments de cette relation sont nombreux et de significations distinctes. Tous sont indispensables, difficilement ou partiellement mesurables. La qualité est elle-même une notion peu quantifiable, une bonne qualité étant celle qui est optimale dans des conditions données. Aussi considérerons-nous comme une bonne RMM celle qui satisfait au mieux les deux acteurs, médecin et malade, contribue aux meilleurs résultats de la prise en charge thérapeutique, et satisfait aux principes de l'éthique.

3- De quoi est faite la RMM ?

Il convient de distinguer les facteurs, qui permettent de l'établir, de la développer et de la maintenir, et les éléments qui en résultent et en font la profondeur et la qualité.

Les principaux facteurs de la RMM sont, de la part du médecin, l'écoute, l'empathie, le respect, la clarté et la sincérité des explications.

3.1- L'écoute

L'écoute est essentielle : son insuffisance est le principal motif de plainte des patients, liée au sentiment de ne pas être entendu, ressenti notamment par ceux qui souffrent de syndromes dits fonctionnels. Cette écoute doit être patiente, attentive et bienveillante. En 1999 en Amérique du Nord [1] il était constaté que la première interruption par le médecin intervenait 22 secondes après la première prise de parole du patient. Il s'agissait certes de rediriger le dialogue, avec la volonté de le rendre plus utile à la situation. Un autre travail [2] indique cependant que, en Suisse en 2002, 80% des patients primo-consultants parlent spontanément pendant moins de deux minutes, très rares étant ceux qui ont besoin de cinq minutes : ceci rendrait loisible de ne réorienter l'entretien, ce qui est souvent nécessaire, qu'après cette première phase d'écoute ininterrompue.

Les patients souffrant de pathologies chroniques, et en particulier de symptômes somatiques non lésionnels, apprécient et ont besoin de pouvoir s'entretenir aussi de sujets en rapport avec

leur vie quotidienne et sans relation évidente avec leur maladie. Il est souhaitable que le médecin connaisse et respecte ce besoin, et que le temps lui permette d'y répondre : la durée du face à face est, comme précisé plus avant, un élément crucial.

Il va de soi qu'écouter signifie également entendre dans le sens d'une véritable intégration des messages que souhaite faire passer le malade.

3.2- L'empathie

L'empathie est, suivant tous les avis et toutes les publications sur le sujet, un élément majeur et nécessaire d'une RMM de qualité [3] C'est aussi un concept d'une certaine plurivalence, qui connaît de nombreuses définitions.

L'empathie d'un soignant peut être considérée comme sa capacité à comprendre et à partager ce qu'éprouve le malade, ses émotions et sa souffrance. Certains intègrent l'empathie dans le concept plus large de la théorie de l'esprit qui est l'aptitude générale à comprendre les dispositions mentales de l'interlocuteur dans leur dimensions cognitive (ce qu'il sait, désire ou projette consciemment, et qui a aussi été désigné comme empathie cognitive), et affective (ce qu'il ressent, et qui a été désigné comme empathie affective). Cette dernière doit néanmoins être contrôlée, son excès – sympathie – pouvant être une entrave à la qualité de la RMM et comporter de surcroît un risque d'épuisement professionnel pour le médecin. L'imagerie fonctionnelle montre ces différents éléments associés à des activations cérébrales distinctes [4].

Si l'empathie est une capacité nécessaire au clinicien, son effet dans la RMM tient beaucoup à la façon dont il l'exprime, tant par le verbe que par le comportement : mise à l'aise, attention, compréhension, compassion, sollicitude, attitude chaleureuse sont les qualités par lesquelles les patients en jugent. La part verbale bénéficie d'un savoir faire, par exemple l'usage de la reformulation, l'attention à la prosodie. La communication non verbale est tout aussi importante : expression faciale, direction du regard, position du corps constituent un langage essentiel, indicateur du savoir-être du médecin face à la demande d'aide du patient. Des différences culturelles existent dans la signification de ces signes verbaux et non verbaux [5], ce qu'il faut savoir dans certaines conditions d'exercices.

La part relative de ces composantes perceptives et expressives de l'empathie varierait suivant les cultures, la première privilégiée par les Européens, la deuxième par les Anglo-Saxons. Des échelles permettent d'évaluer l'une et l'autre.

À l'appui de l'importance de l'empathie pour une bonne RMM, il a été montré une corrélation inverse entre le niveau d'intelligence émotionnelle du médecin et le risque de litige [6].

3.3- Le respect

Autre élément de la relation, le respect qui, outre l'observance de ses marques et des règles de politesse tout au long de la consultation, de l'accueil du patient à son accompagnement, comporte la tolérance : vis à vis de la personnalité du patient, de ses idées, de ses choix de vie, de ses croyances. Le respect de ces dernières va de soi, mais pose question quant aux croyances en des pratiques dont les effets n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques, comme la plupart de celles répertoriées par la MIVILUDES sous le terme de pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique (PNCVT). Le devoir du médecin est alors de mettre en garde le patient sur les dangers et les pertes de chance qu'il y aurait à y recourir, sans crainte d'ébranler sa croyance. Son attitude est plus nuancée quand il s'agit des pratiques dites thérapies complémentaires, dont les nombreuses études ont montré, à défaut d'un fondement scientifique, l'innocuité et un possible effet bénéfique dès lors qu'elles sont tenues à leur place. Si le risque est nul, si aucun traitement toléré d'efficacité prouvée n'est omis, et si la démarche diagnostique a été complète, il paraît alors licite de respecter la croyance du patient, sans pour autant la conforter ni la cautionner. Respecter cette croyance est une nécessité de

RAPPORT



Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine.
L'Académie dans sa séance du mardi 22 juin 2021, a adopté le texte de ce rapport par 105 voix pour, 5 voix contre et 9 abstentions.

LA RELATION MÉDECIN-MALADE *Physician-Patient Relationship*

D. Bontoux^{*a}, A. Autret^{**}, Ph. Jaury^{*}, B. Laurent^{*}, Y. Levi^{*}, JP. Olié^{*}.

^{*} Académie nationale de médecine

^{**} *Trinamwitté Enamwotté Dabalaia Touma*

CADÉMIE
MÉDECINE
NATIONALE
DE MÉDECINE
sensible
contenu
DE

Alliance thérapeutique
Observance
Effet placebo
Thérapies complémentaires
Téléconsultation
Intelligence artificielle

Key Words

Physician-patient relationship
Empathy
Therapeutic alliance
Observance
Placebo effect
Complementary alternative therapy
Teleconsultation
Artificial intelligence

¹ Membres du groupe de travail : A. Autret, D. Bontoux, G. Dubois, B. Falissard, C. Jaffiol, Ph. Jaury, H. Julien, B. Laurent, D. Lecomte, JR. Le Gall, Y. Levi, JP. Olié, R. Ourabah, P. Queneau, CF. Roques, Y. Toutiou, JL. Wemau.

34- Yellowlees P, Chan SR, Parish MB. The hybrid doctor-patient relationship in the age of technology. Telepsychiatry consultations and the use of virtual space. Int Rev Psychiatry 2015;27(6):476-89.

35- Matuchansky C. Intelligence clinique et intelligence artificielle. Une question de nuance. Médecine/Sciences 2019 ;55 :797-803.

Pour copie certifiée conforme

Professeur Jean François ALLILAIRE
Secrétaire perpétuel

contenu

Professeur Jean François ALLILAIRE

Secrétaire perpétuel

Secrétaire perpétuel

Jean

possible