

Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires

Alain Moreau, Rémy Bousageon, Pierre Girier, Sophie Figon

Département de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1 (69)

Correspondance :

Alain Moreau, Université Claude Bernard Lyon 1, Département de médecine générale, 43 boulevard du 11 novembre 1918, 69622 Villeurbanne Cedex.

Tél. : 04 72 44 83 09

Fax : 04 72 44 83 64

almoreau@club-internet.fr

Reçu le 3 octobre 2005
Accepté le 16 mars 2006

■ Summary

The "doctor" effect in primary care

Aim > To characterize the factors associated with the "doctor" effect in primary care, as reported in randomized controlled trials (RCTs).

Method > A systematic search of Medline (1964-2004) sought to identify all original reports of RCTs, as well as those reported in reviews and metaanalyses. We used the following key words: RCT, doctor-patient relationship, doctor-patient communication, knowledge, skill, attitude, non-pharmacologic effectiveness, primary care.

Results > Ten RCTs and one metaanalysis provided evidence that a combination of emotional and cognitive care has a consistently positive effect on health outcomes. This effect relies on specific attitudes and skills: empathy, reassurance, explanation, counseling, influencing patients' health beliefs and expectations, promoting change in behavior, thoughts or emotions. These can be integrated into a specific patient-centered approach to general practice. Medical education must provide training in the relational skills needed for effective treatment.

Conclusion > Qualitative and quantitative research, including RCTs, are necessary; they should be designed to deal with the heterogeneous situations and specific characteristics of general practice.

Moreau A, Bousageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. Presse Med. 2006; 35: 967-73
© 2006, Masson, Paris

■ Résumé

Objectif > À partir d'une revue de la littérature d'essais comparatifs randomisés (ECR), caractériser les facteurs associés à l'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires dans une approche globale centrée sur le patient.

Méthodes > Recherche d'ECR dans revue de synthèse, méta-analyse et base de données Medline (1964-2004). Mots clés autour de l'efficacité thérapeutique non pharmacologique en soins primaires.

Résultats > Un petit nombre d'ECR a montré que l'intervention à visée "cognitivo-émotionnelle" d'un médecin de soins primaires est efficace sur le plan thérapeutique. Cet "effet médecin" en soins primaires repose sur une attitude "émotionnelle" d'attention, d'empathie, de réassurance positive et des capacités à suggérer des changements comportementaux et psychoaffectifs chez le patient par une incitation à poser des questions, à exprimer des émotions, une prise en compte des attentes, des représentations et croyances. Il passe par une démarche explicative "cognitive" positive sur le diagnostic, le pronostic et le traitement, et des conseils adaptés. Il s'inscrit dans une approche globale centrée sur le patient. Il nécessite une formation à la dimension relationnelle de l'efficacité thérapeutique.

Conclusion > Les bases conceptuelles de cet "effet médecin" doivent être approfondies par des travaux de recherche spécifiques qualitatifs ou quantitatifs adaptés à l'hétérogénéité des patients et des situations rencontrés en soins primaires.

Voir aussi dans ce numéro :

• l'éditorial de Pierre Gallois, La médecine moderne ne se résume pas à un effet pharmacologique, p. 931-2.

Le rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans sa relation avec le patient, l'"effet médecin", était connu dès l'antiquité (Hippocrate) et, pour M. Balint [1], « *le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel.* »

Cet "effet médecin", dans le cadre de la relation médecin malade, a-t-il une efficacité thérapeutique? L'effet thérapeutique est attribué à la qualité de cette relation médecin-malade [2-5] par l'intermédiaire de l'empathie, la réassurance, l'attention portée au patient, l'écoute active, l'explication, l'encouragement, l'attitude chaleureuse et authentique, la conviction dans l'efficacité du traitement, etc. La qualité de la relation médecin - malade a été étudiée par des enquêtes de satisfaction auprès des patients et des médecins [6-10]. Ces enquêtes ont apporté des critères d'évaluation de la qualité de la relation médecin - malade mais ne constituent pas des preuves de l'efficacité thérapeutique de cette relation [11]. Dans une étude, des patients satisfaits ont été moins améliorés que les patients non satisfaits [12].

De fait "l'effet médecin" est indéniable. Quatre médecins ont eu des résultats différents (significativement d'un point de vue statistique) sur les douleurs d'ulcère duodénal alors qu'ils prescrivaient le même placebo [13]. La possibilité de cet "effet médecin" est une des justifications des procédures de double aveugle en recherche clinique car le fait de connaître le traitement que prend le patient influence (consciemment ou

inconsciemment) la relation avec le patient et l'effet thérapeutique. Le double aveugle sert à neutraliser tous les facteurs autres que le facteur pharmacologique: l'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" mais aussi l'évolution naturelle de la maladie, le phénomène de régression à la moyenne, l'effet des thérapeutiques annexes (règles hygiéno - diététiques, etc.). La mesure du critère de jugement dans le groupe placebo ne peut constituer la mesure unique de "l'effet médecin". Elle ne permet pas d'analyser les diverses modalités de mise en œuvre de cet effet médecin dans le cadre de la relation - médecin malade.

On pourrait se poser la question de l'intérêt de rechercher des preuves par les essais cliniques de l'efficacité thérapeutique des facteurs humains et subjectifs en jeu dans la relation médecin malade. A-t-on besoin de prouver qu'une relation médecin malade de qualité a une influence sur l'amélioration de l'état de santé des patients? En bons observateurs et à l'écoute des réalités, des pionniers comme M. Balint et de C. Rogers ont tracé la voie.

Trois questions se posent sur l'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires :

- Quelles études d'un bon niveau de preuve de type essais comparatifs randomisés (ECR) ont en soins primaires expliqué les facteurs contribuant à l'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin"?
- Quels facteurs (cognitifs, attitudes médicales, capacités de communication) contribuent à l'efficacité thérapeutique en soins primaires?
- Quels enjeux en termes de formation et recherche?

Méthodes

Nous avons recherché les principales synthèses : ouvrages français de synthèse sur la psychologie médicale, bibliographie des 3 revues de la littérature en anglais [14-16], résumés concernant le thème dans EBM journal (version française), bibliographie commentée médecine générale 2001, 2002, 2003, 2004 (Editions Scientifiques L&C), base de données MEDLINE (www.pubmed.gov), avec les mots clés: effet placebo ; relation et communication médecin malade ; explication/information ; suggestion ; réassurance ; écoute attentive ; empathie ; durée et le prix de la consultation ; attitude et croyance envers la prescription médicamenteuse ; *knowledge, skill*, attitude.

Les essais cliniques randomisés et études expérimentales contrôlées d'intervention portant sur la variable "amélioration de l'état de santé" (disparition de symptôme, amélioration de paramètres physiologiques, etc.) ont été inclus. Les articles comprenant le terme "psychothérapie" non liée à une intervention de soins primaires n'ont pas été inclus. Notre recherche a été limitée aux essais comparatifs randomisés et aux sujets adultes (> 18 ans).

Ce qui était connu

- **L'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin"** dans une relation médecin - malade de qualité est une donnée empirique et subjective.
- **Elle s'évalue de manière qualitative sur des critères de satisfaction.**
- **L'approche globale centrée sur le patient** est une des caractéristiques de la médecine générale, médecine de soins primaires.

Ce qu'apporte l'article

- **L'efficacité thérapeutique de la relation médecin - malade** peut se mesurer par des essais comparatifs randomisés.
- **Des attitudes et habilités médicales** (être empathique, conseiller, expliquer positivement, rassurer, encourager à des changements de comportement, prendre en compte attentes et représentation) ont montré une efficacité sur des critères cliniques objectifs.
- **Une meilleure formation à ces attitudes et habilités médicales** permettrait d'améliorer l'efficacité thérapeutique de l'approche globale centrée sur le patient.

Résultats

Quelles études ont permis d'apporter un bon niveau de preuve de l'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin".

Dix ECR [11, 17-23] et une méta-analyse [16] ont étudié l'efficacité des facteurs liés au médecin (*tableau I*). Nous avons choisi de les présenter selon la conception de Di Blasi *et al.* [15] qui ont distingué 2 types de soins et d'intervention selon

l'aspect "cognitif" ou "émotionnel". Le soin "cognitif" est centré sur l'explication écrite ou orale (savoir "*knowledge*") et le soin "émotionnel" fait intervenir les attitudes médicales et les capacités relationnelles (empathie, intérêt porté au patient, écoute active, expression des affects, suggestion, réassurance) qui font partie du savoir-faire et du savoir-être ("*skills*", attitude).

TABLEAU I

Liste des 10 essais comparatifs randomisés ayant permis d'apporter un bon niveau de preuve de l'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin"

Études	Nombre de sujets	Intervention évaluée	Critères de jugement	Résultats
Egbert <i>et al.</i> [17]	97	Explications orales préopératoires (chirurgie digestive)	Consommation d'antalgique (morphine) par jour	Diminution de 50 % à 4 jours ($p < 0,05$)
Macfarlane <i>et al.</i> [18]	259	Explications orales et écrites dans la bronchite aiguë	Consommation d'antibiotique	Diminution RR = 0,76 ($p < 0,04$)
Thomas [20]	200	"Consultation positive" : réassurance et suggestion positive dans les symptômes "banals" avec ou sans prescription de placebo	Amélioration symptomatique à 15 jours	Amélioration dans le groupe "traité" : 64 versus 39 % ($p < 0,001$)
Amigo <i>et al.</i> [21]	120 (volontaires sains)	Instructions verbales concernant la PAS et la PAD (suggestion)	Mesure de la PAS et de la PAD 5 min après l'intervention	Variations de la PAS et de la PAD concordantes avec les instructions verbales
Pollo <i>et al.</i> [22]	30	Instructions verbales sur la nature de l'antalgie post-thoracotomie	Consommation de buprénorphine sur 3 jours	Diminution de la consommation concordante avec les instructions verbales
Olsson <i>et al.</i> [23]	100	Attention portée aux patients (explications, examen soigneux, etc.) dans l'angine	Amélioration symptomatique à 2 jours	Amélioration plus importante dans le groupe "traité" ($p < 0,05$)
Reidemeier <i>et al.</i> [19]	133	Soin "empathique" pour les SDF aux urgences	Nombre de consultations aux urgences par mois	Diminution 43 versus 65 % ($p < 0,018$)
Kaplan <i>et al.</i> [11]		Consultation de 20 min avec explications personnalisées, favorisant les attentes et l'expression des émotions des sujets.	À 2 et 3 mois : - statut fonctionnel (limitations physiques, nombre d'arrêts de travail, etc.) - satisfaction	Amélioration subjective de l'état de santé ($p < 0,05$) Diminution des arrêts de travail ($p < 0,05$) Augmentation de la satisfaction des patients
ECR 1	45	Dans l'ulcère gastroduodénal	+ - état de santé subjectif (douleur)	+ Diminution des limitations physiques liées à la douleur ($p < 0,05$)
ECR 2	59	Dans le diabète non insulino-dépendant	- HbA1C	Diminution significative de l'HbA1C
ECR 3	105	Dans l'hypertension artérielle	- Niveau de pression artérielle	Diminution significative de la PAD systolique et diastolique
Mullen <i>et al.</i> [16]	74 études	Stratégies de conseils et d'éducation	Consommation de tabac, alcool, contrôle pondéral, éducation alimentaire, etc.	Augmentation des comportements préventifs chez sujets en bonne santé

PAS: pression artérielle systolique ; PAD: pression artérielle diastolique ; SDF: sans domicile fixe

Effet d'une intervention "soin cognitif"

L'explication du médecin qu'elle soit orale ou écrite représentait l'intervention cognitive par excellence. L'influence positive de l'explication lors de la visite préopératoire d'anesthésiologie sur la douleur postopératoire [17] et le rôle de l'information orale et écrite sur la réduction d'utilisation des antibiotiques dans la bronchite aiguë [18] ont été observés.

Effet d'une intervention "soin émotionnel"

Une seule étude a tenté de mettre en évidence l'effet d'un "soin empathique" sur des personnes sans abri en service d'urgence [19]. Ce soin a permis une diminution d'un tiers du nombre de visites de retour dans un délai d'un mois.

Effet d'une intervention "soins cognitivo-émotionnels"

Une "consultation positive" rassurante avec un diagnostic clair expliqué et l'affirmation d'un bon pronostic comparée à une "consultation neutre ou peu rassurante" entraîne une amélioration à 2 semaines de symptômes "banals" sans diagnostic de maladie grave (toux, mal de gorge, céphalée, etc.) [20]. L'auteur en concluait une "preuve de l'efficacité" de l'effet médecin rassurant avec ou sans placebo sur l'amélioration des symptômes "mineurs".

Suggérer une augmentation ou une diminution des chiffres de pression artérielle (PA) systolique et diastolique influence l'évaluation réelle de la PA [21]. Les auteurs soulignaient l'intérêt de la mesure de la PA sur 24 h pour éliminer ce type de variation. Une suggestion verbale sur l'efficacité antalgique d'un placebo a eu une efficacité en antalgie postopératoire en influençant attentes et représentations croyances des patients [22].

Une attention portée au patient associée à une explication sur le diagnostic, le pronostic et le traitement a permis une amélioration subjective des symptômes de l'angine [23].

Les études associant démarche explicative, attitudes et capacités relationnelles se rapprochaient davantage des conditions réelles de l'exercice médical. C'est le cas de 3 études d'intervention [11] auprès de patients atteints d'ulcère gastroduodénal, de diabète et d'hypertension artérielle. L'intervention était identique dans les 3 études. Il s'agissait d'un entretien de 20 min avec les patients qui avait pour but de leur donner des explications personnalisées sur leur maladie, le pronostic et le traitement. De plus, on leur enseignait des techniques de communication leur permettant une meilleure participation aux soins: on les encourageait à poser des questions pendant les consultations, à obtenir les informations qu'ils désiraient, à exprimer leurs émotions, et à dépasser l'embarras, la timidité ou l'inquiétude afin de mieux communiquer avec leurs médecins. Cette intervention "expérimentale" était comparée à une intervention "contrôle" beaucoup plus générale qui n'informait que de l'étiologie, de la prévalence et de la nécessité d'une autosurveillance. Les patients du groupe contrôle n'étaient pas

encouragés à poser des questions. Il n'y avait pas de différence significative dans la durée des consultations entre les 2 groupes. En revanche, l'intervention a amélioré la communication des patients: ceux-ci posaient davantage de questions, prenaient plus la parole, obtenaient plus d'informations. De même, ils exprimaient davantage d'émotions (positives ou négatives). Leur satisfaction et leur connaissance de la maladie étaient améliorées. Pour chaque étude l'intervention a permis une amélioration subjective de l'état de santé et du statut fonctionnel (moins de limitations physiques, moins de jours d'arrêt de travail, etc.) et ceci de manière significative ($p < 0,05$). Cette amélioration était moins importante quand les médecins contrôlaient les consultations en donnant davantage de directives et en interrompant le patient. De la même manière, l'expression des émotions par les médecins avait une influence significative. Cette intervention a permis d'obtenir une diminution significative de la pression artérielle diastolique et de l'HbA1C.

Démarches éducatives et les stratégies de conseils

Les démarches éducatives et les stratégies de conseils ("counseling") ont aussi montré leur efficacité. Mullen *et al.* [16] ont fait une métaanalyse sur 74 études en regroupant 3 catégories de problématiques en prévention primaire:

- addictive (tabagisme et consommation excessive d'alcool) (risque de dépendance);
- troubles nutritionnels et contrôle pondéral;
- problèmes non addictifs (contraception, autopalpation sein et testicule, réduction du stress, exercice physique, prévention des blessures).

Ils ont observé une efficacité dans l'adoption de comportements préventifs (tabagisme, consommation excessive d'alcool, troubles nutritionnels, contrôle pondéral) chez des sujets en bonne santé, un intérêt de l'autosurveillance par établissement d'un journal de bord descriptif, un intérêt des conseils brefs (tabac, alcool) et des multisupports éducatifs (audiovisuels).

Discussion

Depuis les années 1970, les psychothérapies systématisées ont commencé à être évaluées avec succès par des essais cliniques randomisés [24]. Le faible nombre d'essais cliniques d'intervention selon Di Blasi [15] est lié au fait que la recherche clinique a été focalisée sur l'évaluation des traitements pharmacologiques et a eu tendance à disqualifier les facteurs thérapeutiques non spécifiques. La principale difficulté provient du nombre important de facteurs souvent qualitatifs intervenant dans cet "effet médecin". Cet effet a été étudié sur des variables très hétérogènes (la douleur postopératoire, les symptômes bénins, l'hypertension artérielle, l'anxiété, le taux d'HbA1C). L'hétérogénéité de ces études d'intervention rend difficile toute généralisation ou extrapolation. Les ECR, même s'ils représentent la garantie d'un meilleur niveau de preuve, ne peuvent pas

explorer ou analyser la complexité des modalités de la relation médecin – patient. Les études qualitatives par entretiens semi dirigés ou techniques de "focus group" [25], les enquêtes de satisfaction, les études de suivi "avant après", les études d'observation apportent aussi leur contribution au repérage des facteurs associés à l'efficacité thérapeutique non pharmacologique du médecin [26].

Facteurs contribuant à l'efficacité thérapeutique du médecin de soins primaires

L'approche globale centrée sur la personne, intégrant la dimension biomédicale dans ses aspects organiques, fonctionnels et psychosociaux, est une caractéristique de la discipline médecine générale.

Approche centrée sur le patient

L'empathie est la composante essentielle de la relation d'aide développée par C. Rogers. Elle peut se définir comme la capacité à partager les émotions d'autrui sans être envahi, permettant leur compréhension. Elle est considérée avec l'écoute comme l'un des éléments clés de la relation thérapeutique. À part l'étude de Redelmeier *et al.* [19], nous n'avons pas identifié d'études expérimentales sur l'efficacité du « soin émotionnel » seul. Ces composantes affectives ne peuvent probablement pas être évaluées par cette méthodologie car elles sont très subjectives, incontrôlables et imbriquées rendant impossible une distinction claire et précise. Redelmeier *et al.* [19] n'ont pas étudié l'efficacité d'un soin émotionnel "pur". Aucune caractérisation simple de ce soin ne peut être établie. Le critère de jugement qui portait sur le nombre de visites aux urgences est problématique car ce n'est qu'un critère intermédiaire et discutable. Dans une démarche explicative "cognitive", l'attitude non verbale du médecin, la suggestion verbale expliquant un pronostic favorable par exemple, intervient aussi dans le domaine "émotionnel" et affectif. Prendre du temps avec le patient pour écouter et expliquer lui montre tout l'intérêt qu'on lui porte. Pourtant il existe des scores d'évaluation [27] sur l'empathie qui pourrait permettre des ECR. Aucun ECR sur l'effet de l'écoute attentive n'a été trouvé dans notre recherche. Mais l'écoute fait partie d'un tel consensus professionnel qu'on peut se demander si ce type d'étude est nécessaire.

Les patients attendent une attention particulière de leur médecin: une enquête auprès de 1148 patients de la région lorraine [28] étudiant les raisons de changement de médecin généraliste montrait que le reproche essentiel des malades au sujet de la relation avec leur médecin concernait le manque d'attention (« *il vous examine trop vite* » : 10,5 %, « *il est trop pressé* » : 6 %, « *il ne passe pas assez de temps* » : 6,5 %, « *il ne prend pas le temps de vous écouter* » : 6 %). Les patients ne demandaient pas que le médecin soit disponible en permanence mais ils souhaitaient une plus grande concentration au moment même de la consultation. Les patients sont demandeurs

d'écoute, d'une prise en compte de leurs soucis, d'explications tant sur le plan diagnostique que conduite à tenir. Ils recherchent une approche négociée, une démarche préventive pour rester en bonne santé [29].

Approche globale

Les études de Greenfield et Kaplan [11] sont les seules à avoir pris comme critère de jugement des paramètres "objectifs" tels que le niveau de pression artérielle et le taux d'HbA1C. Toutes les autres "mesurent" des paramètres plus subjectifs. Ces études ont confirmé qu'une intervention globale cognitivo-émotionnelle était efficace non seulement sur l'anxiété, sur les symptômes mais aussi sur des facteurs de risques cardiovasculaires objectivables.

Effet médecin : remède médecin ?

Le "remède médecin" proposé par Balint [1] comprenait 2 composantes : le réconfort et le conseil.

- Rassurer (proche du réconfort) est une habilité médicale que les patients apprécient et jugent le plus utile [30], que ce soit pour les affections bénignes ou graves, chroniques et évolutives. Un malade rassuré aborde ses problèmes de santé avec moins d'incertitude et d'angoisse et par conséquent plus d'autonomie. Son observance thérapeutique est meilleure. Sa demande de médicaments est diminuée [17]. Rassurer peut également réduire le recours aux examens paracliniques. Mais comme tout acte médical, rassurer a aussi ses contre-indications et ses effets secondaires. Son effet peut être contraire si l'on rassure trop tôt dès le début de la consultation avant même d'avoir écouté attentivement et d'avoir exploré la signification des symptômes pour le malade [5, 30].

- Conseiller fait partie des habilités médicales ayant montré une efficacité souvent modérée mais dans des situations où la prévalence est forte (tabac, alcool). En termes de santé publique, l'impact est important pour un faible coût. Les démarches "counseling" [31] recourent différents types d'interventions en soins primaires qui ciblent des modifications de comportement à risques pour la santé dans une optique préventive ou curative. Elles s'appuient sur des modèles théoriques cognitivo-comportementaux et utilisent la communication interactive et coopérative soignants – soignés comme dynamique de changement. Ces modèles théoriques s'appuient en particulier sur l'étude des représentations de santé du patient (*Health belief model*). L'écoute de ces représentations permet de comprendre comment le patient perçoit sa prédisposition à la maladie (susceptibility), la gravité (même potentielle comme dans le diabète) de la maladie (*severity*), le bénéfice à agir contre cette maladie (*benefit*), les obstacles qui empêchent d'agir (*barriers*), le signal de démarrage de l'action à entreprendre, le "déclat" (*cues to action*). Comprendre le niveau de confiance du patient en ses propres capacités et l'efficacité de ses compétences propres (*self efficacy*) doit aussi être repéré de même que son système de valeurs, ses orientations comportementales, ses attitudes

habituelles, ses capacités à contrôler. Ceci renvoie à la notion de lieu de maîtrise (*locus of control*) qui peut être externe ou interne si le patient pense que la résolution du problème dépend de l'extérieur ou de lui-même. Le modèle transthéorique des différents stades du changement (Prochaska, Di Clemente) permet d'évaluer le niveau de motivation du patient. Celui-ci peut se trouver au départ à un stade d'indifférence ou de pré-intention (*precontemplation*) avant d'envisager ou d'avoir l'intention d'un quelconque changement de comportement (*contemplation*). Celui-ci peut être suivi d'une étape de "préparation" avant l'"action" de changement proprement dite. La "maintenance" du changement de comportement et la rechute font partie de cette spirale dynamique du changement. À ces facteurs et déterminants individuels, doivent se rajouter les interactions avec l'environnement au sens large et le contexte sociofamilial. Soutien social, ressources éducatives plus spécialisées et campagnes médiatiques relais permettent de compléter ce dispositif de soins primaires.

- Expliquer peut aussi contribuer à rassurer et calmer l'angoisse du patient. Le consensus de Toronto [5] a montré que la détresse psychologique des patients atteints de maladies graves diminuait quand ceux-ci pensaient avoir reçu l'information adéquate. Les malades, en général, posent peu de questions (7 % du temps de la consultation en moyenne). Les médecins consacrent très peu de temps à l'explication: les 2/3 du temps consistent à analyser la symptomatologie et à se concentrer sur le diagnostic à établir [3].

Les études qui font intervenir le soin "cognitif" plus ou moins associé à un soin "émotionnel" mettent en évidence une efficacité sur le plan thérapeutique directement ou par le biais d'une réassurance et d'un accroissement de l'observance thérapeutique.

Communication non verbale, représentation mentale et croyance dans l'effet thérapeutique

La communication non verbale (aspect général, gestuelle, mimique, intonation) est considérée comme un moyen privilégié pour transmettre les émotions [3]. La capacité du médecin à exprimer ses émotions est corrélée positivement à la satisfaction du malade [7]. Cette communication affective non verbale peut transmettre de manière efficace attentes et espoir de guérison qui interviennent dans l'effet thérapeutique.

Dans une société donnée et à une époque donnée, il existe un lien entre les représentations mentales de la maladie et de sa thérapeutique, et l'efficacité de ces thérapeutiques. Une enquête réalisée dans le Limousin en 1984 [32] auprès de 100 patients consultant un "guérisseur" ne montrait aucune différence socio-culturelle pouvant expliquer cette démarche. Tous les patients étaient suivis par un médecin généraliste. Les patients venaient consulter le "guérisseur" pour ce qu'il était: un personnage ayant un "don" ou un "fluide" particulier. En dehors des consultations, les patients n'utilisaient pas en automédication les "remèdes" du guérisseur et préféraient la pharmacopée moderne allopa-

thique. Dans le système thérapeutique magique, les patients accordent plus d'importance à la représentation qu'ils se font du thérapeute qu'aux "remèdes" prescrits. La confiance qu'un patient accorde à la compétence de son médecin aussi bien sur le plan technique que relationnel est une des meilleures représentations contribuant à l'efficacité thérapeutique.

Enjeux en termes de formation et recherche

Une formation des médecins et des soignants à la dimension relationnelle a une influence sur leurs comportements. Elle est efficace dans la mesure où elle améliore leur communication. Un essai clinique randomisé [33] qui visait à améliorer la qualité de la communication de jeunes médecins en formation a montré une influence chez les patients. Ceux-ci étaient plus satisfaits et jugeaient les médecins plus empathiques. Un autre essai clinique randomisé en oncologie [34] montrait que les problèmes de communication n'étaient pas résolus par l'expérience et l'ancienneté des médecins. Une formation de 3 jours augmentait significativement la qualité de leur communication "mesurée" par les patients, les médecins, et les expérimentateurs (enregistrement vidéo). De même, la formation des infirmières à une meilleure communication [35] par l'apprentissage de mots plus "émotionnels", améliorait, de façon significative, l'expression des émotions des patients. La conférence de consensus de Toronto [5], dans sa conclusion, affirme la nécessité de la formation des médecins à une communication de qualité, et le moyen conseillé est plutôt la mise en situation avec la vidéo et des jeux de rôle.

Par contre, des thérapies brèves cognitivo-comportementales utilisées par des médecins généralistes formés ne semblent pas plus efficaces que des soins habituels de médecine générale pour traiter la dépression [36] ou la fatigue chronique [37]. L'efficacité thérapeutique de ces techniques semble meilleure quand elles sont pratiquées par des spécialistes expérimentés (même si les résultats à un an dans la dépression ne sont pas meilleurs par rapport à des soins habituels en médecine générale) [38]. La formation aux techniques de "counseling", démarche éducative, semble beaucoup plus opérationnelle en médecine de soins primaires [31]. Tout se passe comme si les psychothérapies systématisées ne pouvaient être efficaces que dans un cadre de 2^e recours.

Pour enseigner et former les médecins généralistes, il faut dégager les bases conceptuelles de la dimension psychothérapeutique de cet "effet médecin" dans le cadre de l'approche globale biopsychosociale centrée sur le patient. Ces bases conceptuelles empruntent au noyau commun à toute psychothérapie mais doivent s'adapter aux spécificités d'une médecine de soins primaires ayant des contraintes de temps et d'hétérogénéité de situations en premier recours. Les caractéristiques de base de cette approche s'articulent autour d'une écoute active empathique et d'une compréhension globale et partagée de la problématique du patient, de ses attentes et représentations. Elle

nécessite l'acquisition de compétence en communication et de capacité à promouvoir des changements chez le patient (motiver, conseiller, expliquer, réassurer, modifier les perceptions, etc.) [39]. Cette conceptualisation doit s'appuyer à la fois sur une pratique évaluable pour en mesurer l'efficacité thérapeu-

tique par des ECR et sur une réflexion qualitative autour de cette pratique. La recherche en soin primaire encore embryonnaire et insuffisante en France doit se développer autour de cette thématique.

Conflits d'intérêt: aucun

Références

- Balint M, editor. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot; 1966.
- Jeammet P, Reynaud M, Consolli SM, editors. *Psychologie médicale*. 2^e Ed. Paris: Masson; 1997.
- Corraze J, editor. *Psychologie et médecine*. Ed Le psychologue. Paris: PUF; 1992.
- Thomas KB. The placebo in general practice. *Lancet*. 1994; 344: 1066-7.
- Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D *et al*. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991; 303: 1385-7.
- Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care*. 1988; 26: 657-75.
- Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *BMJ*. 1990; 301: 968-70.
- Arborelius E, Bremberg S. What can doctors do to achieve a successful consultation? *Fam Pract*. 1992; 1: 61-6.
- Senand R, Chambonnet JY, Léauté S. Esquisse par des patients de leur médecin généraliste. Une enquête d'opinion auprès de la clientèle de 19 médecins généralistes. *Rev Prat Med Gen*. 1995; 318: 65-70.
- Jung HP, Wensing M, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' and practitioners' evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11: 315-9.
- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989; 27: 110-27.
- Patrick DL, Scrivens E, Charlton JRH. Disability and patient satisfaction with medical care. *Med Care*. 1983; 21: 1062-75.
- Sarles H, Camatte R, Sahel J. A study of the variations in the response regarding duodenal ulcer when treated with placebo by different investigators. *Digestion*. 1977; 16: 289-92.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995; 152: 1423-33.
- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2001; 357: 757-62.
- Mullen PD, Simons-Morton DG, Ramirez G, Frankowski RF, Green LW, Mains DA. A meta analysis of trials evaluating patient education and counselling for three group of preventive health behaviour. *Patient Educ Couns*. 1997; 32: 157-73.
- Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of post operative pain by encouragement and instruction of patients. *N Engl J Med*. 1964; 270: 825-7.
- Macfarlane J, Holmes W, Gard P, Thornhill D, Macfarlane R, Hubbard R. Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of patient information leaflet. *BMJ*. 2002; 324: 91-4.
- Redelmeier A, Molin JP, Tibshirani RJ. A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *Lancet*. 1995; 345: 1131-4.
- Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *BMJ*. 1987; 294: 1200-2.
- Amigo I, Cuesta V, Fernandez A, Gonzales A. The effect of verbal instruction on blood pressure measurement. *J Hypertens*. 1993; 11: 293-6.
- Pollo A, Amanzio M, Arslanian A, Casadio C, Maggi G, Benedetti F. Response expectancies in placebo analgesia and their clinical relevance. *Pain*. 2001; 93: 77-84.
- Olsson B, Olsson B, Tibblin G. Effect of patients' expectations on recovery from acute tonsillitis. *Fam Pract*. 1989; 6: 188-92.
- Gerin P, Dazard A. Recherches cliniques "planifiées" sur les psychothérapies. Analyse et prospective. Paris: Inserm; 1992.
- Moreau A, Dedianne MC, Bornet Sarassat L, Hauzanneau P, Labarère J, Terra JL. Attente et perception de la qualité de la relation entre médecins et patients. *Rev Prat Med Gen*. 2004; 674/675:1495-8.
- Moreau A. Selon quels critères de qualité évaluer la relation médecin malade? *Rev Prat Med Gen*. 1999; 477: 1835-8.
- Miller WR, Hedrick KE, Orlofsky DR. The helpful responses questionnaire: a procedure for measuring therapeutic empathy. *J Clin Psychol*. 1991; 47: 444-8.
- Boivin JM, Aubrege A, Muller-Collé F, De Korwin JD. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste? Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. *Rev Prat Med Gen*. 2003; 17: 293-7.
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C *et al*. Observational study of effect patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *Br Med J*. 2001; 323: 908-11.
- Huber P. Rassurer le malade: un acte thérapeutique. *Med Hyg*. 1993; 51: 1504-9.
- Whitlock EP, Orleans TO, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med*. 2002; 22: 267-84.
- Bertrand M, Leger JM, Herrmann C, Malauzat D, Lombertie ER. La relation thérapeutique guérisseur/malade: place de l'automédication dans les processus de guérison. *Psychol Med*. 1985; 17: 45-50.
- Smith RC, Lyles JS, Mettler JA, Marshall AA, Van Egeren LF, Stoffelmayr BE *et al*. A strategy for improving patient satisfaction by the intensive training of residents in psychosocial medicine: a controlled, randomised study. *Acad Med*. 1995; 70: 729-32.
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002; 359: 650-6.
- Razavi D, Delvaux N, Marchal S, Durieux JF, Farvacques C, Dubus L *et al*. Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study. *Br J Cancer*. 2002; 87: 1-7.
- King M, Davidson O, Taylor F, Haines A, Sharp D, Turner R. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: a randomised controlled trial. *BMJ*. 2002; 324: 947-53.
- Huibers M, Beurskens A, Van Schayck C, Bazelmans E, Metsmakers J, Knottnerus JA *et al*. Efficacy of cognitive-behavioral therapy by general practitioners for unexplained fatigue among employees: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 240-6.
- Ward E, King MB, Lyord M, Bower P, Sibbald B, Farrelly S *et al*. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression I: clinical effectiveness. *BMJ*. 2000; 321: 1383-8.
- Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General Practitioner psychological management of common emotional problems II: a research agenda for development of evidence based approach. *Br J Gen Pract*. 2000; 50: 396-400.