

Imposer, refuser, négocier... pour une démarche interactivo-descriptive

Le médecin tente de faire au mieux tout en sachant qu'au bout du compte, la décision appartient au patient, autant, voire plus, qu'à lui-même.

Nos décisions s'appuient sur un mélange, dans des proportions variables, de facteurs relevant de différents registres :¹ la maladie, la rencontre et le contexte. Si chacun de ces domaines sous-tend des contraintes, des enjeux et des procédures spécifiques, leur articulation, leurs poids et leurs priorités respectives ne sont pas toujours évidentes ; elles peuvent faire l'objet d'hésitations, de négociations, voire de doutes, dès lors qu'elles ne dépendent pas que de nous et qu'elles impliquent de se positionner par rapport à des normes toujours sous-tendues par différents types de valeurs.

OPTIMISER NOS DÉCISIONS ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Depuis 1990, les séminaires nationaux du groupe Repères ont pour objectif d'aider les médecins à optimiser leurs compétences en les incitant à :

- reconnaître et explorer leurs propres pratiques ;
- intégrer la diversité et la pertinence parfois simultanées des différentes approches possibles ;
- s'intéresser aux aspects non strictement rationnels et à ceux non strictement médicaux de leurs décisions,
- souligner le caractère négocié des décisions entre médecin et patient. En d'autres termes, il s'agit de préciser quelles décisions sont prises et comment, et de quelles façons elles sont métabolisées avec les

patients. Il convient donc de décrire les pratiques dans leur complexité et leur spécificité, de les analyser dans leur genèse et leurs perspectives, et de les optimiser pour les rendre à la fois plus performantes et plus satisfaisantes. L'émergence de la réflexion et du savoir part ainsi de l'expérience pour revenir à l'expérience. Paraphrasant la très classique et très respectable démarche hypothético-déductive, nous utilisons donc une démarche que nous pourrions qualifier de « interactivo-descriptive » : l'interaction avec mes pairs m'incite à décrire les multiples dimensions de ce que j'ai fait, dit, pensé... et m'aide ainsi à optimiser ma pratique tout en développant de fait une « théorie pratique » professionnelle.

Il faut préciser qu'il ne s'agit pas d'apprendre ou de maîtriser des techniques pour « gagner » à tous les coups, ni pour être conforme à une quelconque norme, mais bien de faire au mieux ce qui a été décidé tout en sachant qu'au bout du compte, la décision appartient aussi au patient, autant, voire plus, qu'à nous-mêmes.

Car il ne suffit pas de prendre la ou les « bonnes » décisions. Encore faut-il les mettre en œuvre. Ce n'est pas toujours simple, surtout lorsqu'elles sont en désaccord avec certains éléments essentiels du contexte, qu'il s'agisse d'un éventuel référentiel ou de la demande plus ou moins insistante du patient.

ÉTUDE PAAIR

Une démarche clinique et stratégique

Sans aucun lien avec le groupe Repères, mais insérés dans le même univers d'une médecine générale qui s'affirme et développe ses propres concepts. Les promoteurs de l'étude PAAIR se sont intéressés à la situation, fréquente et importante, de la (non) prescription des antibiotiques dans les infections respiratoires présumées virales chez l'adulte. Ils ont exploré cette situation de tension entre un référentiel validé et les pratiques quotidiennes concernées par ce référentiel. Ce travail a fait l'objet d'une publication.²

Les concepts de l'étude PAAIR

Menée avec la plus grande rigueur, l'étude PAAIR s'est appuyée notamment sur :

Une position réflexive des acteurs. Les praticiens développent et utilisent tous les jours des compétences pour faire face aux situations complexes auxquelles ils sont confrontés. Cette réflexion dans l'action (le « praticien réflexif » des sciences de l'éducation) conduit à l'élaboration d'un savoir et de procédures partant de l'analyse des pratiques individuelles et collectives plutôt que des démarches expérimentales classiques (méthode hypothético-déductive). Il s'agit d'une démarche clinique et

par **Éric Galam**-
Groupe REPÈRES,
30, boulevard
Ornano, 75018 Paris.

Courriel :
eric.galam@
wanadoo.fr

IMPOSER, REFUSER, NÉGOCIER...

dynamique qui peut relever d'une introspection élargie incluant non seulement les aspects descriptifs, mais aussi stratégiques et explicatifs. C'est ainsi que travaille le groupe Repères qui se donne de « reconnaître et optimiser les compétences ». L'expérience des médecins, a priori respectable et pertinente, est dynamisée par l'expression en première personne (ce que je fais, comment je le fais et comment je le décris) et l'échange respectueux, incitatif et non normatif. Comme le dit Carl Rogers ³ « *je peux faire confiance à mon expérience* » et « *l'expérience d'un autre ne saurait me servir de guide* » ni d'ailleurs la mienne à un autre. Le travail de chacun dans le groupe permet un regard au plus près des pratiques et ouvre à une réflexion à la fois opératoire et conceptuelle.

Une lecture dynamique des événements. La notion d'incident critique a été évoquée pour la première fois, dans les années 50, par les formateurs de pilotes de chasse anglais. Ayant constaté que, malgré une formation commune, certaines missions réussissaient tandis que d'autres échouaient, ils ont étudié spécifiquement ces types de situa-

tions à évolution opposée.

L'incident critique pourrait être défini non comme un événement modifiant l'évolution d'une situation donnée, mais plutôt comme une articulation essentielle, un choix fondamental dans l'évolution de cette situation. Il peut s'agir, par exemple, du « non-renouvellement d'un hypnotique », de la prescription d'un arrêt de travail, d'une hospitalisation, ou encore d'une prise de rendez-vous.

Il s'agit d'une démarche descriptive et discursive centrée sur une articulation essentielle dans le déroulement d'une interaction. L'incident critique étudié par l'étude PAAIR a été défini comme « une situation clinique complexe » où la non-prescription d'antibiotique (définie par un référentiel validé) était difficilement applicable du fait de l'apparition, durant la consultation ou au moment de la décision, d'un événement ou d'un contexte jugé suffisamment significatif. Cette situation pouvait avoir deux issues. L'une, en adéquation avec le référentiel, se traduisait par la non-prescription d'antibiotique après adaptation stratégique du médecin (ICF : incident critique à issue favorable). L'autre témoignait d'un échec dans la non-prescription recommandée (ICD : incident critique à issue défavorable).

Des stratégies multiples

Pendant 6 mois, 30 « praticiens-chercheurs » ont accepté de rendre compte, in vivo, par le biais d'un cahier de recueil, des données précises et spécifiques des situations dans lesquelles ils étaient amenés à prescrire ou non un antibiotique, malgré le référentiel. Ils devaient expliciter les stratégies mises en place pour tenter de suivre le référentiel de non-prescription. Une analyse quantitative et qualitative (à partir d'un certain nombre de rencontres entre les praticiens chercheurs) a permis de tirer les enseignements suivants :

Les stratégies ont été identifiées à partir d'éléments exprimés par les médecins : ce qu'ils ont dit et fait pendant les consultations, la description de leur attitude vis-à-

vis des patients, les éléments de persuasion qu'ils ont mis en place (allant de l'écoute à la théâtralisation, en passant par l'argumentation, les explications, les marchandages, voire la promesse d'acte gratuit ou la prescription différée).

L'étude a exploré le moment de l'émergence du problème (à quel moment le « praticien-chercheur » identifiait que la situation était, ou allait devenir critique) qui se situait dans la moitié des cas, dès le début, voire quelquefois avant la consultation (lors de l'appel téléphonique). Parfois, surtout en cas d'ICD, elle pouvait n'apparaître qu'à la fin de la consultation, pendant ou après la prescription. Ainsi, la perception anticipée d'une situation risquant de devenir critique est un indice favorable à la mise en place d'une stratégie de conviction.

Pour le moment de la décision, l'intention de prescrire ou non apparaissait le plus souvent assez tôt et en fonction de l'anticipation de l'issue. Le processus de prescription effective (traiter ou non) s'élaborait le plus souvent durant toute la consultation, pendant ou à la fin de l'examen en cas d'incident à évolution favorable (ICF), alors qu'elle était prise majoritairement soit dès le début, soit tout en fin de consultation en cas de prescription d'antibiotique in fine (ICD).

Les motifs profonds de la décision de prescrire ou pas l'antibiotique ont été explorés.

Les arguments du patient pour demander l'antibiotique étaient d'ordre personnel (60 % des IC décrits), professionnel (35 %), familial (22 %) ou événementiel (22 %). Mais la pression pouvait venir des médecins eux-mêmes, par conviction biomédicale ou en raison de doutes. Lorsqu'ils percevaient des facteurs de risques ORL, généraux et (ou) psychologiques, ils avaient tendance à prescrire plus volontiers, même si le référentiel ne le recommandait pas. La décision de prescrire (ICD) était alors le plus souvent prise tôt dans la consultation. Les motifs profonds de prescription dans ces situations variaient largement : perception d'une anxiété ou d'une fragilité

ANTIBIOTIQUES : IMPOSER, REFUSER, NÉGOCIER...

Hospitaliser un patient réticent, convaincre de l'opportunité d'un examen complémentaire, inciter à se plier à un régime ou à arrêter de fumer, s'assurer d'une bonne observance... et à l'autre extrême : refuser un arrêt de travail, un antibiotique ou des scanners itératifs... autant de situations dans lesquelles, en désaccord avec nos patients, nous sommes amenés à négocier, comprendre un point de vue différent et tenter de faire valoir le nôtre tout en assumant les conséquences éventuelles.

Pour illustrer ces problématiques, nous avons demandé au Pr Claude Attali, responsable de l'étude PAAIR (prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires des patients de plus de 15 ans), de nous exposer la notion « d'incident critique », les différentes stratégies utilisées par les généralistes et leurs résultats.

À partir de cette situation fréquente dans laquelle nous sommes écartelés entre nos anciennes habitudes, les demandes de nos patients et les recommandations de la communauté scientifique et de la collectivité, nous nous efforcerons de décrypter les structures, les dynamiques et les enjeux de ce type d'interactions, et d'en optimiser les pratiques par des méthodes simples et efficaces au quotidien, telles que « le message je », le « qu'en pensez-vous ? » la reformulation ou encore l'acclimatation à la gestion des silences.

psychologique du patient ; peur de le mécontenter, crainte d'un conflit. Mais d'autres motifs étaient souvent invoqués : conviction du médecin de la nécessité de prescrire malgré le référentiel (28 %) ; automédication débutée par le patient ; préserver « à tout prix » la relation médecin/malade ; mise en exergue d'expériences passées qui ne plaident pas en faveur d'une tentative de négociation. Ce pouvait être aussi par compassion, lorsque le malade était confronté à des expériences douloureuses, ou, tout simplement, par manque de temps ou encore par lassitude. Enfin, il n'est pas impossible que, même pour les « praticiens-chercheurs », les représentations des antibiotiques comme « médicaments puissants et efficaces » participaient, de manière plus ou moins consciente, à la prescription finale.

Des représentations communes et des rythmes différents

Bien que patients et médecins soient insérés dans le même bain culturel et soumis à des représentations et des valeurs communes, ⁴ chacune de leur rencontre implique simultanément deux rationalités différentes (maladie en première personne et maladie en troisième personne) dans lesquelles il ne s'agit pas seulement d'identifier un problème précis mais aussi de mettre en œuvre une solution d'expert. Pourtant, à mesure que la médecine scientifique est plus prédominante, tant dans l'esprit des professionnels que des profanes, l'effort de prise en compte de la complexité et de gestion de l'incertitude est plus difficile à gérer. De même, l'émergence

de référentiels de bonne pratique ne prenant en compte ni les désirs ni les spécificités des usagers pose question, notamment car le savoir de ces deux rationalités n'évolue pas à la même vitesse : si les médecins en sont (déjà ?) à la non-prescription des antibiotiques dans certaines situations, les patients adhèrent encore aux normes récemment en vigueur (« plus c'est fort, mieux c'est » ou « si ça ne fait pas de bien, ça ne peut pas faire de mal »).

Placés au centre de ces rythmes différents, les généralistes oscillent entre une médecine pratique et « intuitive » légitimant leur appréciation personnelle et la connaissance qu'ils ont de leur malade, et une médecine théorique et objective et, par voie de conséquence, quelque peu normalisante. Sans cesse écartelés entre la médecine scientifique et celle du terrain, ils peuvent être tentés de céder à leurs patients tout en camouflant ce qu'ils appellent leurs bricolages honteux. La recherche présentée ici a eu pour effet de rendre plus visibles ces petits arrangements entre médecins et patients, mais aussi, parfois, de les rendre plus insupportables pour certains praticiens.

Un impact de la recherche sur la façon de travailler

En effet, l'étude PAAIR s'est aussi attachée à apprécier la satisfaction des médecins dans leur travail et leur perception de ce travail selon qu'ils prescrivaient ou non. Quand ils prescrivaient un antibiotique « sous la pression », ils étaient mécontents dans plus de 50 % des cas. En revanche, quand ils parvenaient à ne pas prescrire, ils étaient quasiment toujours satisfaits (94 %).

Concernant la durée de la consultation, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, elle était similaire, qu'il y eu ou non prescription d'antibiotique. La perception de cette durée par le médecin était variable. Quand ils parvenaient à ne pas prescrire « sous la pression », la consultation leur paraissait plus courte. À l'inverse, quand ils ne parvenaient pas à résister, ils avaient plus souvent le sentiment d'avoir perdu leur temps.

Tous les médecins (95 %) qui avaient su résister à la pression ont cherché à donner des explications aux patients. L'absence d'explication a augmentée significativement la probabilité d'une prescription d'antibiotiques. La plupart du temps (4 fois sur 5), les généralistes n'ont pas ressenti de difficultés à fournir ces explications.

Enfin, la participation à cette enquête semble avoir eu un impact sur la façon de travailler des généralistes, puisque la prescription d'antibiotiques a diminuée au fil du temps, tandis que les explications des médecins étaient plus efficaces dans la seconde partie de l'enquête.

CONCLUSION

Accepter de porter un regard bienveillant et précis sur nos pratiques dans leurs différents aspects est une première étape pour les reconnaître et les optimiser comme l'a fait l'étude PAAIR.

Ce travail de recherche et d'action sur les pratiques peut être complété au quotidien par des attitudes qui sont davantage des positions philosophiques que techniques :

- exprimer ma position par le message en première personne : je pense que... je souhaite que...
- m'assurer d'avoir bien compris ce que l'autre me dit par la reformulation : vous voulez dire que... ?
- apprécier son adhésion à mes propositions par le « qu'en pensez-vous ? »

Autant de « concepts » pratiques que nous allons expérimenter ensemble pour développer encore notre capacité d'être médecins, d'écouter nos patients et de négocier nos prescriptions. ■

Références

1. Galam E. Peut-on analyser la décision médicale ? Rev Prat MG 2001 ; 15 (n° 542).
2. Attali Cl *et al.* « Infections respiratoires présumées virales : comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR ». Rev Prat MG 2003 ; 17 (n° 601).
3. Rogers CR. Le développement de la personne. Paris : Dunod, 1988.
4. Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris : Payot, 1986.

Atelier /

« Antibiotiques: imposer, refuser, négocier », animé par

Claude Attali, Éric Galam

et Bernard Ortolan

le dimanche 12 octobre 2003

de 11h00 à 12 h30.