

Saluer et se présenter lors des consultations : du respect, de la courtoisie et du bon sens

Les salutations lors des rencontres médicales, une perspective fondée sur des preuves

An evidence-based perspective on greetings in medical encounters

Makoul G, Zick A, Green M.

Arch Inter Med 2007;167:1172-6.

Contexte

Les premiers instants d'une consultation sont essentiels pour mettre le patient à l'aise et donner la tonalité de l'entretien. Tant au cours de l'enseignement que de l'évaluation des compétences en communication, l'importance de salutations appropriées auprès des patients est mise en lumière. Cependant, il existe peu de données pour dire ce qu'est une salutation appropriée. Les médecins et les étudiants sont typiquement encouragés pour donner une poignée de main, s'adresser au patient par son nom, et se présenter. La littérature médicale est dépourvue d'études systématiques concernant cette problématique.

Questions

Comment les patients souhaitent-ils être salués lors des consultations médicales ? Comment les médecins saluent-ils leurs patients ?

Objectif

Identifier les préférences des patients à propos des salutations qu'ils attendent du médecin. Identifier les habitudes de salutations des médecins.

Population étudiée

D'une part, 415 patients ayant accepté de participer à une courte enquête téléphonique. Ils étaient issus d'une cohorte de 1 489 habitants de 48 états américains ayant un numéro de téléphone et ayant répondu avant la 7^e sonnerie. D'autre part, 123 consultations enregistrées par vidéo ont été analysées. Elles ont été sélectionnées, car elles contenaient une 1^{re} consultation, à partir d'une banque vidéo de 600 cassettes dédiées à l'enseignement.

Méthode

Enquête transversale téléphonique selon la méthode du *random digit-dial* (RDD), réalisée entre le 2 décembre 2004 et le 5 février 2005.

Aux patients de cette population étaient posées trois questions fermées : « *Voulez-vous que le médecin vous serre la main ?* » « *Voulez-vous qu'il utilise votre prénom, votre nom, ou les deux ?* » « *Voulez-vous que le médecin se présente par son prénom, son nom, ou les deux ?* » et une question ouverte : « *Y a-t-il quelque chose d'autre que le médecin pourrait faire lors de votre 1^{re} rencontre médicale ?* » Une deuxième étude, à partir de consultations filmées, concernait l'analyse des comportements des médecins selon les trois mêmes points utilisés dans l'enquête téléphonique.

Résultats

Le taux de réponses a été de 28 % pour l'enquête téléphonique. 63 % des répondus étaient des femmes, âgées de 47 ans en moyenne (18 à 88 ans), 75 % de blancs, 10 % de noirs. 55,5 % avaient un bas niveau d'étude. Parmi les sujets répondus :

- 78 % souhaitaient que le médecin leur serre la main durant la consultation. Il s'agissait moins souvent de personnes âgées (74 % *versus* 87 % ; $p < 0,0005$). Cette attente était commune quels que soient le sexe, l'origine ethnique ou le niveau d'éducation. Les vidéos montraient que 83 % des consultations donnaient lieu à une poignée de main, 9 des 19 médecins le faisaient systématiquement ;
- 50 % souhaitaient être appelés par leur prénom, 17 % par leur nom et 24 % par les deux. Les vidéos montraient que 14 % des médecins appelaient les patients par leur prénom, 32,5 % par leur nom et 50 % ne le mentionnaient pas ;
- 7 % souhaitaient que le médecin se présente par son prénom, 32,5 % par son nom, et 56 % par les deux. Sur les vidéos, 30 % des médecins se présentaient par leur nom, 58 % par leur prénom et leur nom, 11 % ne le mentionnaient pas.

Résultats principaux

La majorité, soit 78 % des 415 participants de cette enquête, préfère que le médecin leur serre la main. La moitié d'entre eux préfère être appelée par leur prénom et 56 % préfèrent que le médecin se présente par son nom et son prénom.

Les médecins serrent la main de leur patient dans 83 % des cas, ils ne mentionnent le nom du patient qu'une fois sur deux, et se présentent généralement par leur patronyme dans son intégralité.

Commentaires

Observer ce qui est fait quotidiennement et s'interroger sur sa pertinence, voilà l'originalité de la démarche de cette étude. En objectivant le comportement réel des praticiens et les attentes des patients elle apporte un peu de fiabilité à ses conclusions.

Il semble important pour les patients que les médecins soient précisément identifiés. A contrario la demande d'une certaine familiarité (être appelé par son prénom) des patients américains peut surprendre. Cette double représentation correspond à la culture des relations sociales nord-américaines.

Les niveaux de soins primaire, secondaire ou tertiaire jouent-ils un rôle dans la construction d'un modèle relationnel avec les patients ? La première idée est qu'il y a le modèle du médecin de famille ou « médecin traitant », considéré parfois comme l'ami ou le confident de la famille. C'est celui qui consulte à la maison. De généraliste, il est en voie de mutation au grade de spécialiste. Il traverse partout dans le monde une crise identitaire grave⁽¹⁾.

Il y a celui du spécialiste, expert qui fait autorité dans un domaine bien précis. Il est parfois confondu avec un professeur. Il y a celui du médecin de l'hôpital dont le nom n'est pas toujours connu et qui est parfois confondu avec « l'aide-soignant ». Et enfin, il y a le professeur, respecté et parfois hors de portée.

L'adaptation de la manière de saluer les patients en fonction du type d'exercice mérite d'autres études qualitatives. Avec la certification des établissements de santé, la Haute Autorité de Santé a anticipé cet aspect⁽²⁾.

Entre la formulation d'un code des droits du malade et la qualité du système de santé, le contexte et la nature de la décision médicale sont transformés⁽³⁾. Comme en témoigne l'antienne du médecin traitant, le médecin généraliste français a l'habitude d'une clientèle et réciproquement. Cependant, depuis la loi du 4 mars 2002⁽⁴⁾

*l'information est devenue loyale, la décision partagée, et le consentement éclairé. Le médecin n'est plus dans la toute-puissance pour décider de ce qui est bien ou pas pour ses patients. Le message sous-tendu par cette loi est une reprise de pouvoir du patient, sinon sur son médecin du moins sur sa santé. Informé, plus autonome et décideur, ainsi devrait être le patient idéal du *xx*^e siècle. Cependant une asymétrie relationnelle persiste. Le médecin, qui n'est pas le malade, est porteur de compétences et responsable de la qualité des soins. Le patient est en position de fragilité, il est dépendant des compétences du médecin, et manque parfois de distance par rapport à ses problèmes de santé. En adressant ses plaintes à la compétence de son médecin, le patient fait que la relation de soins est porteuse d'enjeux éthiques. Dans leur étude, Makoul et al., initient une démarche également orientée vers les patients et les médecins. Ils émettent l'hypothèse qu'une certaine réciprocité initiale dans la relation introduit une dose supplémentaire de respect et de confiance. Ce que n'aborde pas cette étude tient dans la manière dont certaines consultations doivent être débutées telle que :*

comment aborder un patient suicidaire ou comment annoncer une mauvaise nouvelle⁽⁵⁾.

Qu'en conclure pour la pratique quotidienne ? Établir une relation respectueuse de la dignité et de la confidentialité, sans supériorité ni familiarité, individualisée en fonction de la connaissance acquise des patients et du contexte, est un conseil de bon sens.

Références

1. Gallois P, Vallée JP. Médecine générale : désenchantement et perspectives d'avenir. *Médecine* 2008;4:100-1.
2. ANAES. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Chapitre III. Prise en charge du patient. Références 26 à 29. Septembre 2004 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/manuel_v2_2004.pdf).
3. Pierron JP. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé* 2007;25:43-66.
4. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte=>).
5. Buckman R. S'asseoir pour parler. L'art de communiquer des mauvaises nouvelles aux malades. Guide professionnel de santé. Paris : Inter Éditions, 1994.

Philippe NICOT – UFR Limoges